La communication entre ergothérapeutes et équipe de soins pour le positionnement des personnes adultes polyhandicapées

Morgane Taupin

▶ **To cite this version:**

Morgane Taupin. La communication entre ergothérapeutes et équipe de soins pour le positionnement des personnes adultes polyhandicapées. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01219491

HAL Id: dumas-01219491

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219491

Submitted on 26 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Faculté de Médecine
UdA | Université d'Auvergne

CONSEIL RÉGIONAL AUVERGNE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

TAUPIN Morgane

UE 6.5 - Mémoire d'initiation à la recherche

Juin 2015

La communication entre ergothérapeutes et équipe de soins pour le positionnement des personnes adultes polyhandicapées

REMERCIEMENTS

Sous la direction de Mylène GRISONI, ergothérapeute et formatrice à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, maitre de mémoire.

Je remercie sincèrement Mylène GRISONI pour son accompagnement tout au long de ma recherche, son implication, sa disponibilité et ses nombreux conseils.

Je remercie Coralie PERRIN, ergothérapeute à Cébazat (63), pour ses conseils méthodologiques, ainsi que l'équipe pédagogique de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie (IUFE) d'Auvergne.

Je tiens également à remercier les ergothérapeutes, aides médico-psychologiques et aides-soignants qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires.

Mes remerciements sont également adressés à tous mes camarades et amis de la promotion 2012-2015 de l'IUFE avec qui j'ai partagé ces trois années d'études.

Je remercie ma famille de m'avoir soutenue et fait confiance tout au long de ma formation. Enfin, je remercie Eloi pour ses encouragements, son soutien et sa bonne humeur quotidienne durant ces trois années...

SOMMAIRE

INTRODUCTION 2

PROBLEMATIQUE PRATIQUE 3

I. Le polyhandicap 3

II. Le positionnement 8

III. La collaboration entre ergothérapeutes et équipe de soins 12

PROBLEMATIQUE THEORIQUE 21

I. Le Processus de Production du Handicap 21

II. La communication 25

III. L'interdisciplinarité 29

METHODOLOGIE DE RECHERCHE 32

I. Méthode de recherche 32

II. Population ciblée 32

III. Outil de l'enquête 33

IV. Protocole de diffusion des questionnaires 34

RESULTATS BRUTS 35

DISCUSSION 56

I. Analyse théorique 56

II. Synthèse des résultats 63

III. Analyse réflexive 65

IV. Perspectives de travail 67

CONCLUSION 68

BIBLIOGRAPHIE 69

ANNEXES .....

INTRODUCTION

La prise en charge des personnes adultes polyhandicapées exige de nombreuses connaissances au sujet du handicap et nécessite une bonne collaboration entre les différents acteurs qui gravitent autour de ces personnes fragiles. La multiplicité des déficiences, l'importance des troubles posturaux et de leurs conséquences demandent de mettre en place un positionnement adapté afin d'améliorer le bien-être des personnes polyhandicapées.

Lors d'un stage réalisé au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.), j'ai découvert le travail d'ergothérapeute auprès d'une population d'adultes polyhandicapées et l'importance de son rôle d'expert dans le positionnement et dans la préconisation d'aides-techniques. Cette expérience est venue se confronter avec une expérience personnelle, vécue en tant que remplaçante au poste d'aide-soignant dans une M.A.S. également. C'est grâce à ces deux positions adoptées que j'ai pris conscience de l'importance de la collaboration entre ergothérapeutes et soignants. En effet, j'ai constaté durant mon stage que les préconisations n'étaient pas toujours suivies. Lors de mon travail au sein de l'équipe soignante, j'ai pu m'apercevoir de la difficulté de ces professionnels à positionner les patients au quotidien et j'ai pu constater qu'en fonction de la formation que l'on a suivie, les compétences sont différentes et chacun possède ses spécificités.

Après ces deux expériences très enrichissantes, tant au niveau personnel que professionnel, j'ai pu prendre du recul et il m'est apparu essentiel de travailler sur la collaboration entre soignants et ergothérapeutes pour améliorer la qualité de vie de la personne polyhandicapée. C'est grâce à cette réflexion qu'a émergé ma question d'étude : **Comment ergothérapeutes et équipe de soins travaillent-ils en collaboration auprès des personnes accueillies en M.A.S. dans le positionnement des patients ?**

Dans une première partie, je ferai un état des lieux des éléments définissant mon sujet de mémoire c'est-à-dire le polyhandicap, le positionnement ainsi que le travail d'équipe entre ergothérapeutes et soignants ; cette problématique pratique me permettra de faire émerger ma question de recherche. Par la suite, dans la problématique théorique, je développerai trois modèles et théories afin de construire un outil d'enquête et donner une valeur scientifique à ce travail. Enfin, les résultats de mon enquête et leurs analyses me permettront d'apporter des éléments de réponses à ce travail.

PROBLEMATIQUE PRATIQUE

I. Le polyhandicap

I.1. Définition

Le concept de polyhandicap a évolué durant ces dernières années et l'émergence d'une définition est relativement récente. D'après l'historique du concept de polyhandicap, c'est dans les années 1960 qu'a lieu une prise de conscience de la part de pédiatres, prenant en charge des enfants dits « *encéphalopathes* ». Ces enfants ne bénéficiaient d'aucun soin particulier ni de structure d'accueil adaptée ; ils sont aussi appelés « *arriérés profonds* ».

Les pédiatres et psychiatres remarquent *« qu'une partie des enfants arriérés profonds n'avait pas seulement une déficience cognitive sévère ou profonde mais de très nombreux déficits associés ».* (Tomkiewicz S.,1971). Ces déficits associés font donc appel à une prise en charge bien spécifique.

En 1968, le Comité d'Études et de Soins aux Arriérés Profonds (CESAP), qui met en place des lieux de consultations, des structures d'aide à domicile, puis des établissements spécialisés, a été créé. En 1972, ce comité organise une première réunion d'informations sur le polyhandicap et le Professeur Launay, président du CESAP, insiste sur l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire, nécessaire à ces handicaps multiples.

Le mot « *polyhandicap* » est réellement apparu dans la littérature en 1969. C'est Elizabeth Zucman, alors médecin de réadaptation fonctionnelle, qui l'emploie dans un article pour la revue « *Readaptation »* (Svendsen F., 1998).

Le polyhandicap est ensuite officiellement reconnu par la loi dans l'Annexe XXIV-ter incluse dans l'article D.312-83 du Code de l'action sociale et des familles (1989). Il est définit comme « *Handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation* ».

Cette circulaire N° 89-19 du 30 octobre 1989 est notamment relative à la modification des conditions de prise en charge des enfants et adolescents polyhandicapés au sein des établissements et services d'éducation spécialisées.

Ces dernières années, le Groupe Polyhandicap France (GPF, 2005) intègre la notion de dépendance et donne la définition du polyhandicap suivante : « *Les personnes polyhandicapées sont […] atteintes de déficiences graves et durables dues à des causes variées […] où la déficience mentale sévère est associée à des troubles moteurs et très souvent à d'autres déficiences, entraînant une restriction extrême de leur autonomie ; nécessitant à tout âge de la vie un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soins, communication et socialisation […]* ».

En 1984, le Centre Technique National d'Études et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) réunit un groupe d'études et fait le point sur les trois grands groupes de handicaps associés : polyhandicap, plurihandicap et surhandicap. Une classification des handicaps multiples est reprise dans la circulaire N°86-13 du 6 mars 1986 ; elle donne les définitions suivantes :

- Le polyhandicap : « *handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde* ».
- Le plurihandicap : *« association de façon circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps »*, la prévalence est estimée à 0,5‰.
- Le surhandicap : *« surcharge de troubles du comportement sur handicap grave préexistant »*, la prévalence est estimée à 3‰.

I.2 Etiologies et épidémiologies

Le polyhandicap est lié à des lésions majeures et diffuses. Bien que dans 30% des cas l'origine soit inconnue, il existe plusieurs étiologies (Inserm, 2013) :

- Prénatale (50% des cas) : affection chromosomique, maladie métabolique, malformation cérébrale, vasculaire, rubéole, Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), intoxication par médicaments, drogue, alcool…
- Périnatale (15% des cas) : séquelles de grande prématurité, encéphalite, méningite, les souffrances obstétricales seraient impliquées dans peu de cas.
- Postnatale (5% des cas) : traumatisme, arrêt cardiaque, noyade, méningite, hémorragie, œdème…

Selon le GPF, la prévalence du polyhandicap s'élève à 2,5‰ chez les personnes de moins de 60 ans.

I.3 Déficiences, incapacités et restriction de participation

D'après le décret 2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles, la déficience est « *la perte de substance ou l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect lésionnel et équivaut, dans sa définition du handicap, à la notion d'altération de fonction* ».

Les personnes adultes polyhandicapées présentent de nombreuses déficiences et incapacités. Celles-ci ont des répercussions sur le quotidien de ces personnes et entraînent une restriction de participation importante.

I.3.1 La déficience motrice

Le premier type de déficience que nous allons développer est la déficience motrice. Un handicap moteur recouvre tous les troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs. L'atteinte peut se présenter sous différents tableaux cliniques : une paralysie, une faiblesse musculaire ou une rétraction. Chez les personnes polyhandicapées, les troubles moteurs sont pratiquement constants. La paralysie cérébrale peut entraîner une quadriplégie (paralysie des quatre membres), une hémiplégie (paralysie d'un hémicorps) ou une diplégie (paralysie des deux membres inférieurs). De plus, les personnes polyhandicapées peuvent présenter une hypotonie (diminution du tonus musculaire) ou hypertonie (augmentation du tonus musculaire), de la spasticité (exagération de la contraction réflexe d'un muscle) et une ataxie engendrant les troubles de l'équilibre.

Ces déficiences ont notamment des conséquences au niveau du maintien de la posture, des capacités respiratoires et des activités de la vie quotidienne.

I.3.2 La déficience intellectuelle

Pour la personne polyhandicapée, la déficience intellectuelle engendre des difficultés pour se situer dans le temps et dans l'espace. De plus, il existe des troubles de la mémorisation, des lacunes de raisonnement, de mise en relation des situations entre elles. On retrouve également une absence de langage ou un langage très rudimentaire et des troubles dans les capacités d'apprentissages. Cette déficience intellectuelle a également des répercussions dans les relations avec autrui.

I.3.3 Les déficiences sensorielles

Les déficiences sensorielles s'expriment principalement par des troubles de l'audition et de la vision. Ces déficiences s'aggravent avec l'avancée en âge de la personne. (Cochet A, 2007).

I.3.4 Atteintes ostéo-articulaires

Les atteintes ostéo-articulaires engendrent principalement des déformations ainsi que des luxations de hanches. Elles s'installent progressivement, sous des formes plus ou moins sévères. Ces atteintes ont une importante répercussion sur la mobilité, la respiration et l'état cutané de la personne. (Motawaj M, 2010)

I.3.5 Autres troubles

Les personnes polyhandicapées sont atteintes de nombreux autres troubles. L'épilepsie touche notamment 40 à 50% des patients porteurs de polyhandicap. Les autres troubles répandus sont : l'insuffisance respiratoire chronique, les troubles nutritionnels et les troubles de l'élimination, la fragilité cutanée et les troubles somatiques. Certaines personnes polyhandicapées ont également des troubles du comportement tels qu'une certaine agressivité, une agitation, des cris etc. Ces troubles ont un retentissement sur la qualité de vie et la prise en charge au quotidien des personnes polyhandicapées s'avère parfois difficile. (Jordan O, 2008)

I.3.6 Incapacités

Outre les diverses déficiences existantes, les personnes polyhandicapées présentent des incapacités. D'après le décret 2007-1574 du 6 novembre 2007, l'incapacité est définit comme *« la réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes physiques ou psychiques et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion de limitation d'activité »*.

Ces incapacités se retrouvent principalement dans la communication avec autrui, la toilette et les déplacements. Dans ces trois domaines, les personnes polyhandicapées ont donc besoin d'une aide-humaine et/ou technique mais aussi d'une surveillance. En effet, 40% des personnes polyhandicapées sont susceptibles de se mettre en danger eux-mêmes ou de mettre en danger autrui du fait de leur comportement.

I. 4 Les lieux de vie

Les personnes adultes polyhandicapées ont des besoins particuliers en termes de soins, d'aide et de surveillance humaine. Elles peuvent vivre en milieu spécialisé ou à domicile.

Il existe différents types de structures médico-sociales pouvant accueillir les personnes dont le handicap les rend inaptes à réaliser seuls les actes de la vie quotidienne et qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants. Les foyers d'accueil médicalisés (F.A.M.) hébergent 16% des adultes polyhandicapés, les foyers occupationnels en accueillent 12%. Les M.A.S. accueillent les trois-quarts des adultes polyhandicapés vivant en institution.

Pour cette recherche, j'ai fait le choix de traiter en particulier les M.A.S. et les F.A.M. ; établissements médico-sociaux et lieux de vie principaux des personnes polyhandicapées adultes.

Selon le décret n° 78-1211 du 26 décembre 1978, pour être accueilli en M.A.S., la personne doit répondre à plusieurs critères qui sont : être « *âgée de moins de 60 ans ; atteinte d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou d'une association de déficiences intellectuelles, motrices ou sensorielles ; incapable d'accomplir les actes essentiels de l'existence et tributaire d'une surveillance et de soins constants ; reconnue handicapée par la Commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ; titulaire d'une décision d'orientation de cette même commission.* ». Les personnes polyhandicapées répondent à ces différents critères.

Le nombre de M.A.S. et de F.A.M. ainsi que leurs capacités d'accueil sont en croissance constante depuis leur création, sous l'impulsion donnée par les différents plans de création de places d'hébergement médico-social (2008-2012). Ces plans visent à réduire les listes d'attente pour l'entrée en structure d'hébergement, pour des adultes dont la gravité du handicap ne permet pas d'exercer une activité professionnelle, ni une activité de jour (comme dans le cadre d'un foyer de vie). Le nombre de place reste néanmoins insuffisant à l'heure actuelle (CNSA, 2012).

Bien que le nombre de F.A.M. soit plus important que le nombre de M.A.S. en France depuis 2006, ces derniers sont souvent de plus petites structures avec un nombre de places plus réduit.

Pour les deux établissements, 90% des places sont réservées à l'accueil internat (complet ou à la semaine) ; les accueils de jour et accueils temporaires sont plus limités. (Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques, DREES, 2006)

Malgré leur grande similitude dans leur mode de fonctionnement, il existe une différence, notamment d'agrément, entre les M.A.S. et les F.A.M. Les M.A.S. sont équipées pour accueillir essentiellement des adultes atteints de polyhandicap (62 % des places agrées) et dans une moindre mesure, des personnes souffrant d'une déficience intellectuelle et/ou psychique. Les F.A.M. proposent des places d'accueil à des publics dont le profil de déficiences est plus diversifié. Ils peuvent ainsi recevoir des adultes déficients intellectuels et/ou psychiques, des personnes polyhandicapées, des déficients moteurs et des adultes souffrant de troubles autistiques ou troubles envahissants du développement. Les F.A.M. accueillent des adultes qui, malgré une relative autonomie, nécessitent des prises en charge spécifiques en soins. (Makdessi Y., 2012)

Il a été constaté pour l'ensemble des populations hébergées dans une M.A.S. ou dans un F.A.M. que le degré de déficience semble plus sévère pour les personnes accueillies en M.A.S., autant pour la déficience intellectuelle que de la déficience motrice (Makdessi, Y., 2012). Cette sévérité nécessite donc une prise en charge adaptée et des soins spécifiques, les professionnels travaillant dans ces établissements se doivent d'être vigilants, notamment au sujet du positionnement de la personne adulte polyhandicapée.

II. Le positionnement

II.1 Le positionnement : définition

D'après le Conseil Consultatif sur les Aides Technologiques (CCAT, 1994), le positionnement est « *une opération visant à placer et à maintenir une personne dans une position donnée au moyen d'une aide à la posture* ». Plus familièrement, le positionnement est aussi appelé « installation du patient » par les différents professionnels. Dans une démarche de positionnement, il est impératif que la personne polyhandicapée soit intégrée dans sa globalité, avec tout son environnement.

Pour ce sujet, il est également intéressant de pouvoir définir le terme de « posture », qui signifie *« la capacité du corps à disposer des segments corporels confortablement et fonctionnellement… ».* (Ward, 1994)

II.2 Les aides techniques à la posture

Les aides-techniques (ou produit d'assistance) représentent *« Tout produit fabriqué spécialement ou existant sur le marché destiné à prévenir, à compenser, à contrôler, à soulager ou à neutraliser les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de la participation ».* (Norme Internationale ISO 9999, 2007)

Selon le CCAT, l'aide technique à la posture (ATP) est définie comme *« un appareil permettant à une personne d'adopter une posture appropriée »*. Le rôle de l'ATP est d'améliorer le confort du patient, de favoriser sa stabilité, mais également de répartir de façon plus uniforme les différentes pressions. (Trefler E., 1991)

Chaque ATP possède une spécificité : contrôle de la posture, aide à la mobilité ou prévention et traitement des escarres.

II.3 Le positionnement : un acte complexe

La plupart des patients polyhandicapés sont assis dans leur fauteuil ou allongé dans leur lit durant un long moment de la journée. Il est donc important de les installer dans une position de confort maximal. Le positionnement doit répondre à de nombreux critères : l'indication orthopédique, la stabilisation posturale, l'amélioration de la mobilité et la prévention d'escarres. Afin d'assurer un positionnement adéquat, chaque partie du corps doit être analysée et positionnée avec précision : tête, tronc, hanches et genoux fléchis. Ces éléments permettent notamment de bien placer la personne au fond de son fauteuil.

Le maintien dans la durée d'une mauvaise position, au lit ou au fauteuil, peut entraîner différents problèmes : inconfort, douleurs, plaies de pression, contractures, spasticité, déformations, dysfonctionnements des organes internes, restriction de la mobilité et dépendance accrue du patient. Cette mauvaise position peut parfois avoir des conséquences graves.

La surveillance du positionnement du patient nécessite donc certaines précautions et des moyens techniques adaptés. L'équipe de soins qui gravite autour du patient doit être constamment vigilante. Les patients polyhandicapés changent de positions plusieurs fois dans la journée (lever, toilette, temps de sieste, coucher, etc.) ; le positionnement du patient doit donc être revu, modifié à chaque fois. L'installation des personnes polyhandicapées fait appel à des techniques particulières.

Il s'agit d'un système complexe qui évolue en fonction du patient. L'importance du positionnement signifie qu'une formation complète des professionnels et la connaissance du patient sont indispensables pour assurer confort et qualité de vie au patient polyhandicapé.

II.4 Les risques liés à un mauvais positionnement

Le maintien prolongé d'un mauvais positionnement peut avoir d'importantes répercussions chez la personne adulte polyhandicapée. Ces répercussions sont nombreuses et peuvent être réparties en différentes catégories :

- Morbides :

Un mauvais positionnement prolongé engendre tout d'abord des douleurs et de l'inconfort pour la personne. Deuxièmement, un maintien trop prolongé favorise l'apparition de blessures, l'augmentation de plaies de pression et d'escarres. En effet, les plaies de décubitus (ou escarres) apparaissent lorsqu'une saillie osseuse écrase la peau ou la chair contre une surface extérieure. Pour certaines personnes, les escarres se forment seulement en quelques heures de pression constante et peuvent aller jusqu'à former des cratères profonds. Les escarres sont actuellement les premières conséquences du maintien d'une position inadéquate du fait de la mauvaise répartition des pressions et des forces de cisaillements.

Dans les répercussions morbides, il est possible d'identifier les risques liés aux dysfonctionnements des organes internes et notamment des complications cardiorespiratoires, des troubles de la déglutition et des troubles digestifs.

En effet, l'inclinaison du tronc de la personne adulte polyhandicapée et sa posture en général a une grande influence sur les organes mettant en jeu ces différentes fonctions physiologiques. Il est notamment possible que ces organes internes soient comprimés voire déformés.

Les risques orthopédiques sont également un enjeu du positionnement : une mauvaise posture peut provoquer, à long terme, des déformations orthopédiques.

- Psychologiques :

Un maintien prolongé dans un mauvais positionnement peut entraîner une restriction de la participation sociale du patient et donc un sentiment d'isolement.

De plus, ce sentiment d'isolement peut engendrer une baisse de l'estime de soi, une perte d'autonomie voire une dépression.

- Fonctionnelles :

Une mauvaise position a forcément des répercussions sur les capacités fonctionnelles de l'individu. En effet, c'est en fonction de la position du corps qu'il est possible d'agir plus ou moins sur notre environnement et de développer son indépendance. Lorsqu'un individu n'est pas correctement installé, il est possible que celui-ci ne puisse plus effectuer certains actes de la vie quotidienne ; une aide humaine est alors nécessaire.

- Sociales :

Les possibilités de communiquer, d'échanger ou de participer à une activité de groupe peuvent être diminuées lorsque le positionnement d'une personne n'est pas adapté.

Lors d'un positionnement il est primordial d'avoir tous ces éléments en tête, afin de favoriser la qualité de vie des personnes polyhandicapées. Différents acteurs sont impliqués dans cette démarche.

II.5 Les professionnels concernés par le positionnement

Un bon positionnement au lit ou au fauteuil nécessite l'implication d'une équipe pluridisciplinaire. En effet, de par leurs spécificités et compétences, plusieurs professionnels doivent faire partie de cette démarche. On retrouve notamment les médecins, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les soignants (aides-médico-psychologiques et aides-soignants). Cette équipe pluridisciplinaire regroupe les professionnels qui sont au plus près du patient. Cependant, des intervenants extérieurs à l'établissement d'accueil du patient peuvent être inclus dans cette démarche. Il s'agit notamment des revendeurs de matériel médical et des orthoprothésistes.

Pour la rédaction ce mémoire de recherche, j'ai pris la décision d'axer mes recherches sur le travail des ergothérapeutes et des soignants. En effet, les ergothérapeutes ont un rôle d'expert dans la démarche de positionnement. Les soignants, quant à eux, sont les professionnels les plus proches du patient et se doivent donc d'être impliqué dans cette démarche pour assurer confort et bien-être au patient.

III. La collaboration entre ergothérapeutes et équipe de soins

III.1. L'ergothérapie : définition

D'après son étymologie grecque, le terme ergothérapie provient de « *ergon* » qui signifie travail et de « *therapeia* » qui veut dire cure. Il s'agit d'un traitement qui utilise le travail manuel. En pratique, l'ergothérapie utilise l'activité manuelle pour favoriser l'indépendance et l'autonomie d'une personne en situation de handicap.

L'ergothérapie est une profession paramédicale qui intervient dans le domaine de la rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion.

L'ergothérapeute travaille sur prescription médicale, auprès de toutes les populations : enfants, adultes et personnes âgées. Il possède un champ d'intervention important : neurologie, traumatologie, rhumatologie, brûlure, gériatrie, pédiatrie etc…

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapie a pour objectif de « *de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* ».

L'ergothérapeute prend en compte toutes les activités quotidiennes d'un individu, ses habitudes de vie ainsi que son environnement.

L'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute donne une définition détaillée de la profession et permet de connaître les champs de compétences de l'ergothérapeute, notamment dans le domaine de l'autonomie et de l'indépendance du patient (Annexe I).

III.2 Les compétences de l'ergothérapeute dans la démarche de positionnement

Selon le Décret d'actes relatifs au métier d'ergothérapeute et publié dans le journal officiel du 21 novembre 1986, l'ergothérapeute est habilité à « *l'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie* ». Le terme « d'aides-techniques » regroupe tout le matériel utilisé par l'ergothérapeute pour positionner correctement une personne : coussins, matelas, cales de positionnement etc. Cette action correspond donc à la démarche de positionnement.

L'Arrêté du 5 juillet 2010 décrit en détail les compétences de l'ergothérapeute, certaines sont directement liées au domaine du positionnement, notamment les suivantes : « *Installer la personne de façon appropriée et ergonomique – Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité* » (compétence 3), ainsi que la compétence 4 « *Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques* ».

Dans l'article 1 du décret d'actes, il est précisé que les ergothérapeutes sont habilités à accomplir, sur prescription médicale, des actes de « *maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles, prévention des aggravations* ».

Le maintien des capacités et les actes de prévention sont à mettre en lien avec le positionnement de la personne, notamment pour sa participation sociale et son indépendance.

Le positionnement a donc complètement sa place dans le champ d'intervention de l'ergothérapie. Dans les établissements spécialisés, comme les M.A.S. ou F.A.M., les ergothérapeutes sont notamment perçus comme endossant la responsabilité du confort et de l'installation des patients.

III.3 La démarche de positionnement par l'ergothérapeute

La mise en place du positionnement d'un patient nécessite une démarche précise et structurée. En théorie, l'ergothérapeute qui est sollicité pour mettre en place une installation, travaille à partir d'une prescription médicale lui indiquant les modalités : positionnement lit, positionnement fauteuil, fabrication d'une aide-technique à la posture etc…

Cette démarche structurée se décompose en plusieurs étapes : l'évaluation initiale, les objectifs, le plan d'intervention et sa mise en place et enfin, l'évaluation finale. Dans certains cas, des évaluations intermédiaires sont nécessaires afin de réajuster le positionnement.

Au préalable, il est important de lire le dossier médical du patient, afin de prendre connaissance de sa pathologie, des éventuelles contre-indications, des antécédents et des douleurs connues.

Il est également indispensable de connaître l'état cutané du patient avant un positionnement. Ces derniers éléments peuvent être discutés avec le médecin de la structure et l'équipe soignante, qui réalisent des soins au quotidien.

- L'évaluation initiale

Elle permet de prendre connaissance de la situation. Il s'agit d'évaluer au mieux les besoins du patient concernant son installation et de découvrir l'environnement de celui-ci.

Cette évaluation initiale peut prendre différentes formes, il peut s'agir d'un entretien avec le patient, quand cela est possible. Dans ce cas, il est important de prendre en compte les attentes de celui-ci et de discuter de son projet de vie. L'entourage familial du patient peut être intégré dans cette démarche.

Dans le cas contraire, les échanges doivent se faire avec les soignants, qui pourront donner des renseignements concernant les habitudes de vie du patient et permettre d'avoir tous les éléments pour répondre à la problématique posée.

L'étape de l'évaluation initiale comprend également un bilan clinique. Ce bilan va permettre d'évaluer l'état orthopédique du patient. Il s'agit de rechercher d'éventuelles raideurs, rétractions, limitations articulaires voire de la spasticité.

Suite à ces bilans articulaire et musculaire, l'ergothérapeute va pouvoir observer la posture du patient. Pour cela, il existe des échelles quantifiées telle que l'échelle de Mesure du Contrôle Postural chez l'Adulte Assis (MCP2A), qui permet, à l'aide de prises de mesures et d'observations, de faire une évaluation posturale du patient. Cette échelle, développée par Brigitte Gagnon, permet de coter la posture du patient dans les différents plans de l'espace (frontal, sagittal, transversal). Les membres inférieurs, le bassin, le tronc et la tête sont côtés selon leur inclinaison, rotation, bascule etc. Cette échelle n'est valable que pour une position assise, aucune échelle n'a été validée concernant la posture assise.

Il est également primordial que l'ergothérapeute prenne en compte tout l'environnement du patient. Pour cela, il doit connaître ses habitudes de vie, l'aménagement de sa chambre et de son lieu de vie. De plus, il doit évaluer ou être renseigné par l'équipe au sujet de ses capacités fonctionnelles, de ses capacités cognitives, de ses déplacements et enfin, son degré d'autonomie et de dépendance.

Ces informations seront primordiales pour la préconisation d'aides techniques, notamment au sujet fonctions cognitives, si un fauteuil roulant est nécessaire par exemple.

Enfin, l'ergothérapeute doit interroger les soignants concernant la réalisation des transferts, la mise en place des aides-techniques déjà existantes si il y a lieu et leur conformité. Grâce à cette évaluation initiale, l'ergothérapeute aura une vision globale de la personne, de son environnement et de la problématique posée.

- Les objectifs

Les objectifs sont déterminés à la suite de l'évaluation initiale par l'ergothérapeute et le reste de l'équipe pluridisciplinaire. Ces objectifs doivent être cohérents avec les besoins du patient et son projet de vie ; ils sont également fixés avec le patient et son entourage. Ils sont formulés sous forme de verbes et permettre de préciser le rôle des préconisations qui vont être mis en place : compenser, corriger, soutenir, améliorer etc…

- Le plan d'intervention et sa mise en œuvre :

Une fois les objectifs établis, l'ergothérapeute détermine les moyens qu'il va utiliser. Ces moyens peuvent tout d'abord correspondre à une correction de la position du patient. L'ergothérapeute peut modifier le positionnement en débutant par le bassin, le tronc, la tête puis les membres inférieurs et supérieurs. Il est nécessaire de commencer par corriger la position du bassin car celui-ci est à l'origine de la position des autres segments du corps. Suite à cette correction, l'ergothérapeute va pouvoir s'intéresser aux éléments extérieurs : fauteuil roulant, matelas, coussins, cales pieds, accoudoirs, dossier, appui-tête… En fonction des besoins, ces éléments peuvent être ajoutés, enlevés ou réglés différemment pour améliorer le confort du patient. Concernant le positionnement au patient au lit, l'ordre d'installation est le même : bassin, tronc, tête et membres. Au lit, l'ergothérapeute va veiller à ce que le patient soit confortablement installé, sans douleur ; des coussins de positionnement peuvent être ajoutés dans le lit, en fonction des déformations orthopédiques du patient notamment.

Il est parfois difficile de trouver le positionnement adapté dès le premier essai, quelques ajustements sont alors nécessaires, suite à la plainte du patient ou à des observations faites par les soignants par exemple. Les aides-techniques à la posture peuvent être modifiées, réglées ou confectionnées spécialement pour le patient par l'ergothérapeute. Dans tous les cas, des normes d'hygiène et un cahier des charges précis doivent être respectés.

Pour favoriser la bonne mise en place des nouvelles préconisations faites par l'ergothérapeute, des formations, des conseils et une surveillance peuvent être proposés.

- L'évaluation finale

Cette évaluation finale a lieu quelques temps après la mise en place des aides techniques à la posture. Il s'agit de s'assurer de la conformité des préconisations : absence de douleur à long terme, solidité des aides-techniques, satisfaction du patient, respect de la mise en place. Au besoin, des modifications et des ajustements seront apportés.

Dans tous les cas, il existe une surveillance plus ou moins rapprochée de la part de l'ergothérapeute qui a la possibilité de reprendre la démarche de positionnement.

III.4 L'équipe soignante

D'après le Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, l'équipe soignante est un « *Groupe de professionnels ayant des qualifications différentes dans le domaine de la santé qui collaborent à la réalisation d'un projet de soins individualisés communs* ». C'est donc un ensemble de professionnels liés au domaine de la santé qui sont : médecins, infirmiers, aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP), brancardiers, rééducateurs…

Mes recherches bibliographiques pour ce travail portent uniquement sur le rôle d'AS et d'AMP dans la démarche de positionnement des personnes polyhandicapées.

III.4.1 Les aides médico-psychologiques

A la frontière entre l'éducatif et le soin, l'AMP accompagne et aide des personnes en situation de handicap dans tous les gestes de la vie quotidienne, il favorise également l'épanouissement de ces personnes. D'après le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP), l'AMP apporte une aide de proximité permanente à la personne et crée « *une relation attentive et sécurisante pour prévenir et rompre l'isolement, […] appréhender les besoins et les attentes afin de leur apporter une réponse adaptée. Il a un rôle d'éveil, d'encouragement et de soutien de la communication et de l'expression verbale ou non* ». L'AMP intervient dans diverses structures de soins et travaille en équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical.

Selon le référentiel de compétences relatif au diplôme d'AMP (Annexe II), il est possible de mettre certains éléments en lien avec le positionnement.

En effet, l'AMP doit « a*ssurer lever, sieste, coucher, installer la personne dans une position en rapport avec son état de santé* ». On peut également souligner qu'il doit *« satisfaire aux besoins fondamentaux et veiller au bien-être et au confort de la personne ».* Une attention doit être apportée au confort du patient, qu'il soit positionné au lit ou au fauteuil.

III.4.2 Les aides-soignants

Parmi le personnel soignant, les aides-soignants sont les plus proches du patient. En effet, ils assurent l'hygiène et le confort au quotidien. L'AS apporte son aide principalement pour les soins de nursing (toilette, habillage, repas, etc.).

Il peut travailler au domicile des patients ou en établissements de soins, au sein d'une équipe pluridisciplinaire et sous la responsabilité des infirmiers.

Selon l'Annexe IV de l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif au diplôme d'AS (Annexe III), il est possible de distinguer certains éléments en lien avec le sujet de cette recherche. En effet, l'AS doit « *installer le patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap en fonction de la prescription, lever et mobiliser la personne en respectant les règles de manutention* ».

III.5 Le rôle de l'équipe soignante dans la démarche de positionnement

Les professionnels soignants, AMP et AS, sont au quotidien en lien avec la personne polyhandicapée et sont spécialisés dans l'accompagnent de chaque activité de la vie quotidienne. Ils ont un rôle essentiel dans la démarche de positionnement du patient ; ils se doivent d'être vigilants, appliqués et minutieux.

Les soignants interviennent dès l'évaluation initiale de la démarche de positionnement. L'accompagnement qu'ils apportent au patient dans tous les actes de la vie quotidienne va leur permettre de saisir au maximum ses besoins et de les transmettre aux autres professionnels de l'équipe. Ce sont eux qui connaissant le mieux les habitudes de vie de la personne et qui peuvent juger de son état général, de sa fatigue etc. Souvent, c'est suite à une observation faite de la part des soignants que la démarche de positionnement débute.

Les soignants sont donc en capacité de participer à l'élaboration des objectifs et de s'assurer de leurs cohérences, aux vues des connaissances qu'ils ont du patient et des contraintes matérielles et humaines auxquelles ils font face.

Au moment des essais de préconisations, leur proximité avec le patient va leur permettre de faire remonter à l'équipe des observations : douleurs, plaintes, rougeurs, blessures, escarres, coupures etc. Ainsi, le positionnement pourra être réajusté pour améliorer le confort du patient.

Une fois le choix du positionnement établi et les essais réalisés, les soignants gardent un rôle primordial ; celui d'installer au quotidien la personne et de surveiller. De plus, ils assurent les changements de position tout au long d'une journée : lever, temps de repos, coucher etc. De nombreuses manipulations des aides-techniques sont donc exigées ; tout en gardant une vigilance particulière au bon positionnement à chaque transfert.

Cette grande implication des soignants exigent donc une connaissance parfaite du matériel, de son utilisation, des techniques de manutention et la compréhension de l'intérêt du positionnement. Sans cette connaissance, les répercussions peuvent être dramatiques pour le patient et le choix du positionnement paraître inadapté.

Afin d'obtenir la meilleure efficacité et d'assurer la mise en place des préconisations, les soignants doivent s'impliquer dans la démarche de positionnement, en lien avec les ergothérapeutes.

III.6 Le travail d'équipe entre ergothérapeute et équipe de soins

III.6.1 Le travail en équipe

Chaque professionnel possède ses propres savoirs et compétences. Afin de fournir un accompagnement et des soins au patient en cohérence avec son projet de vie, ces professionnels ont la nécessité d'être en relation. Comme le définit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946, la santé correspond à un « *état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*, un positionnement adapté permet donc d'atteindre cet état de bien-être. Les professionnels parlent également de l'amélioration de la qualité de vie du patient, il s'agit de « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* ». (OMS, 1993)

La prise en charge du polyhandicap est une prise en charge globale et le travail du positionnement répond à des objectifs précis. Une collaboration entre ergothérapeutes et équipe de soins est donc fondamentale. Tous les acteurs de la prise en charge doivent adhérer au positionnement, pas seulement l'ergothérapeute qui le met en place mais aussi l'équipe de soins qui réalise chaque jour plusieurs manutentions du patient.

Ces professionnels se retrouvent donc interdépendants : les soignants attendent les conseils de l'ergothérapeute qui lui, attend des soignants un retour sur le positionnement mis en place et les observations faites. Pour que cet échange d'informations soit efficace, la communication entre ergothérapeutes et soignants doit être optimale.

III.6.2 La communication

L'objectif d'une bonne communication dans l'équipe est donc d'abord d'améliorer le confort des patients, en transmettant au mieux l'information concernant son positionnement mais aussi d'améliorer son état de santé (cutané, respiratoire) ainsi que l'indépendance du patient.

Il existe différents moyens pour communiquer, chacun est plus ou moins adopté par les différents professionnels.

- Les moyens oraux :

L'échange par communication orale est principalement utilisé lors des transmissions. Ces moments de transmissions correspondent aux échanges d'informations au sujet des patients entre les professionnels qui finissent leur journée de travail et ceux qui la débute. Des temps de transmissions sont déterminés dans le planning des professionnels, chaque jour. Les réunions d'équipe sont également un moyen de communiquer, en général, il y un nombre plus importants de professionnels différents présents à ces réunions comparés aux transmissions. Les temps de réunions permettent donc d'avoir une vision plus globale du patient, car chaque professionnel apporte ses observations et projets.

Enfin, les échanges informels font également partie des moyens de communication oraux. Bien qu'elles soient difficilement quantifiables, de nombreuses informations transitent par ce biais-là. Les échanges informels ont lieu entre professionnels de même formation ou avec d'autres professionnels. Ces échanges se font de vive voix ou par téléphone.

- Les moyens écrits :

L'échange par écrit passe principalement par les transmissions écrites. Les soignants sont dans l'obligation de rédiger chaque jour, pour chaque patient, une transmission donnant diverses informations : état de santé, fatigue, douleurs, évènements particuliers, soins réalisés, etc.

En fonction des structures, ces transmissions sont faites de façon manuscrite ou par informatique. Le dossier médical du patient représente également un moyen de communication, il retrace les données importantes du patient.

D'autres supports sont également utilisés pour communiquer, comme les notes de services, les synthèses de réunion ou les schémas.

Divers moyens de communication peuvent être mis en place dans les établissements pour échanger entre les ergothérapeutes et soignants. Cependant, mon expérience personnelle en tant que remplaçante au poste d'aide-soignant ainsi que mon stage professionnel en tant qu'étudiante ergothérapeute m'ont permis de percevoir l'existence de certains dysfonctionnements. Mes observations ainsi que le témoignage des certains ergothérapeutes m'ont notamment révélé le manque d'adhésion des équipes de soins au projet de positionnement, le manque d'intérêt ou simplement leur incompréhension face aux installations préconisés.

De plus, les soignants ont souvent révélé le fait de ne pas se sentir soutenus dans cette démarche de positionnement, de manquer de moyens humain et matériel. Certains professionnels soulignent également leur manque de formation à cette démarche.

En pratique, j'ai donc pu observer que les patients n'étaient pas toujours correctement installés ou que les préconisations étaient peu voire pas mise en place. D'après les éléments de ma problématique pratique détaillée ci-dessus, cette mauvaise utilisation des aides-techniques ainsi que le manque de communication entre professionnels entraînent une diminution de la qualité de la prise en charge de la personne adulte polyhandicapée et donc de sa qualité de vie.

Grâce à mes différentes recherches bibliographiques et à ma curiosité sur le sujet, je suis me dirigée vers la question de recherche suivante, à laquelle je tenterai de répondre : **Comment améliorer la communication entre ergothérapeute et équipe de soins dans le positionnement des personnes adultes polyhandicapées ?**

PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Cette partie vise à développer des éléments théoriques et à les mettre en lien avec ma recherche. En effet, il est indispensable de s'appuyer sur des concepts et modèles théoriques reconnus afin de donner une valeur scientifique à ce travail. Nous étudierons tout d'abord le modèle du Processus de Production du Handicap (PPH), puis les théories sur la communication et enfin l'interdisciplinarité, appelée aussi interprofessionnalité.

I. Le Processus de Production du Handicap

Le Processus de Production du Handicap (PPH) est un modèle crée par Patrick Fougeyrollas et publié en 1998. Il s'agit d'un modèle explicatif des causes et conséquences d'une maladie ou d'un traumatisme. Il est possible de le définir comme étant un « *modèle interactif non linéaire mettant en évidence les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, humains et matériels, qui peuvent influer sur l'apparition des situations de handicap* ». Ce modèle repose sur une approche biopsychosociale, c'est-à-dire une approche globale du patient et de son environnement. Le PPH permet de mettre en évidence toutes les interactions existantes entre habitudes de vie, facteurs environnementaux et facteurs personnels.

Les maladies, traumatismes et autres atteintes peuvent causer des déficiences et entraîner des incapacités ; elles peuvent être temporaires ou permanentes et de nature différentes (stable, progressive ou régressive). Néanmoins, ce sont également les obstacles ou les éléments facilitateurs que peut rencontrer la personne dans son environnement qui, en interaction avec ses incapacités, pourront perturber ses habitudes de vie. Ces perturbations pourront ensuite compromettre la réalisation des activités quotidienne de la personne et donc, sa participation sociale.

Le PPH met en évidence que la réalisation des habitudes de vie de la personne est le résultat de son identité, de ses déficiences, de ses capacités ou incapacités mais également de son environnement.

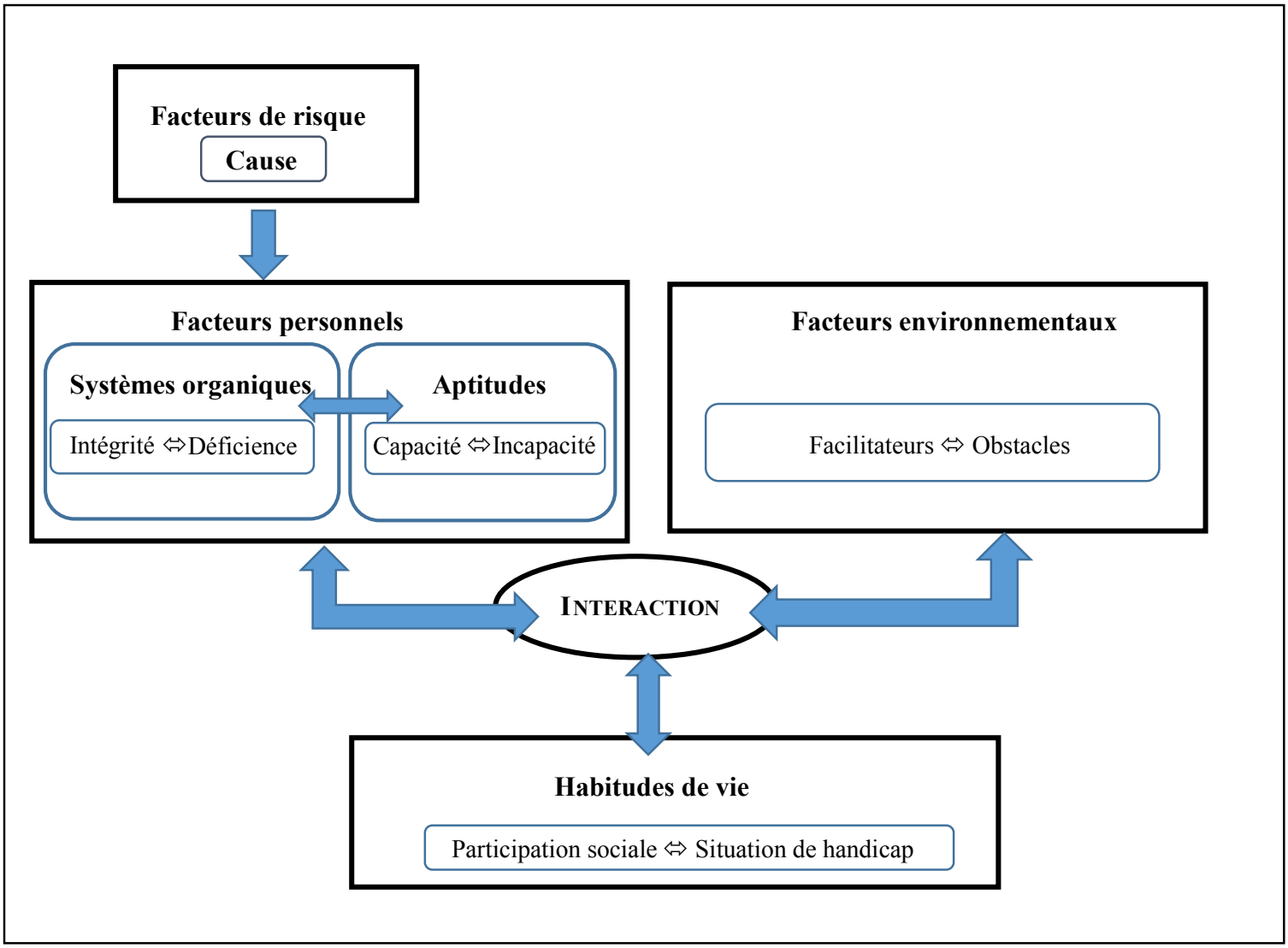

Figure a : Le modèle du PPH (Fougeyrollas, 1998).

Fougeyrollas et son équipe québécoise ont identifié et défini quatre grandes catégories dans leur modèle : les facteurs de risque, les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Ils précisent que ces catégories sont en interaction en permanence.

I.1 Les facteurs de risques

Un facteur de risque représente un élément propre à l'individu ou venant de son environnement ; qui est « *susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne* ». On distingue plusieurs catégories de facteurs de risques :

- Les risques biologiques
- Les risques liés à l'environnement physique
- Les risques liés à l'organisation sociale
- Les risques liés aux comportements individuels et sociaux

Comme noté dans le schéma de Fougeyrollas représenté ci-dessus (fig. a), certains facteurs de risques peuvent devenir des causes. En effet, lorsque ceux-ci sont trop importants, ils peuvent alors être à l'origine d'une maladie, d'un traumatisme ou de toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. Dans le cadre de ma recherche et comme décrit précédemment dans la problématique pratique, il est possible d'identifier différents risques pour la personne adulte polyhandicapée. En effet, les atteintes ostéo-articulaires représentent notamment un risque biologique pour la personne polyhandicapée. Un maintien prolongé dans un mauvais positionnement mis en place par les soignants représente un risque lié à l'environnement physique. Dans le cas d'un non-respect d'un protocole mis en place pour une personne ou d'un manque de communication dans l'équipe pluridisciplinaire, le risque est lié aux comportements individuels et sociaux. Enfin, les risques liés à l'organisation sociale correspondent à l'organisation du système de santé et à toutes ces répercussions lors d'un dysfonctionnement.

I.2 Les facteurs personnels

Les facteurs personnels se décomposent eux aussi en plusieurs catégories : les systèmes organiques et les aptitudes.

- Les systèmes organiques

Un système organique est un « *ensemble de composantes corporelles visant à une fonction commune* ». Lorsque le système est intact, on parle d'intégrité, dans le cas contraire on parle de déficience. L'état d'un système organique se mesure donc sur une échelle allant de l'intégrité à la déficience totale.

- Les aptitudes

L'aptitude est la capacité d'une personne à accomplir une activité physique ou une activité mentale. Concernant les aptitudes, elles se mesurent sur une échelle allant de la capacité à l'incapacité totale. Une fois l'aptitude évaluée, il est possible de déterminer la nécessité ou non d'apporter une aide à la personne.

I.3 Les facteurs environnementaux

Un facteur environnemental représente une dimension sociale ou physique ; ce facteur est un lien direct avec le contexte d'une société. Cette catégorie est divisée en deux sous-groupes :

- Les facteurs sociaux (politico-économiques et socio-culturels)
- Les facteurs physiques (nature et aménagements)

Le modèle du PPH reconnaît pleinement les facteurs environnementaux comme composante intégrée au processus du handicap. Ces facteurs peuvent être facilitateurs ou obstacles.

Dans le cadre de ma recherche, le positionnement de la personne polyhandicapée est un facteur environnemental ; qui peut être facilitateur lorsqu'il favorise l'indépendance de la personne ; en revanche lorsqu'il n'est pas adapté, il peut représenter un obstacle à la participation sociale.

I.4 Les habitudes de vie

La principale définition de l'habitude de vie est « *habitude d'activité quotidienne dans nos vies, comme l'alimentation, les activités physiques etc.* ». Fougeyrollas a complété cette définition et précise qu'une habitude de vie « *est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socio-culturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socio-culturelle…)* ». On relie les habitudes de vie également aux soins personnels, aux déplacements, au travail, aux loisirs, etc…

Les habitudes de vie permettent notamment d'évaluer la qualité de la participation sociale de la personne. Lorsque les habitudes de vie sont réalisées pleinement, on dit que la participation sociale est de qualité, en revanche, lorsque les habitudes de vie ne peuvent pas être réalisées, on parle de situation de handicap.

L'utilisation du PPH m'a semblé pertinente dans ce travail de recherche tout d'abord car la personne est prise en compte dans sa globalité. En effet, ce modèle met en évidence l'interaction entre la personne, son environnement et ses habitudes de vie, comme ont l'habitude de travailler les ergothérapeutes. De plus, ce modèle de Fougeyrollas a été utilisé comme référence dans l'élaboration du dossier patient en ergothérapie ; validé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), publié en 2001.

II. La communication

La communication a été étudiée par de nombreux théoriciens, dans des disciplines différentes. Après avoir donné une définition générale de la communication, je vais développer deux théories, sélectionnées par rapport à ma problématique.

II.1 Définition de la communication

Etymologiquement, le terme communication vient du latin « *communicare* » qui signifie « *mettre en commun, échanges de propos, action de faire-part* ». C'est une mise en commun et une transmission d'informations et de connaissances.

La communication correspond également à la mise en œuvre de la relation. Un individu ne peut pas vivre seul, il lui est nécessaire de communiquer pour vivre. La communication est un élément fondateur d'une société.

II.2 Théorie de Claude Shannon et Warren Weaver

Claude Shannon, né en 1916, était un ingénieur et mathématicien américain. Il est l'un des pères fondateurs de la théorie de l'information. Shannon ; aidé du mathématicien Warren Weaver ; publie en 1949 *« Théorie mathématique de la communication »* dans le cadre de ses travaux pour les laboratoires de recherche Bell, société spécialisée dans la télégraphie et la téléphonie.

Ces deux américains établissent donc un schéma permettant de quantifier une circulation d'informations par un canal donné, avec un objectif scientifique (fig. b).

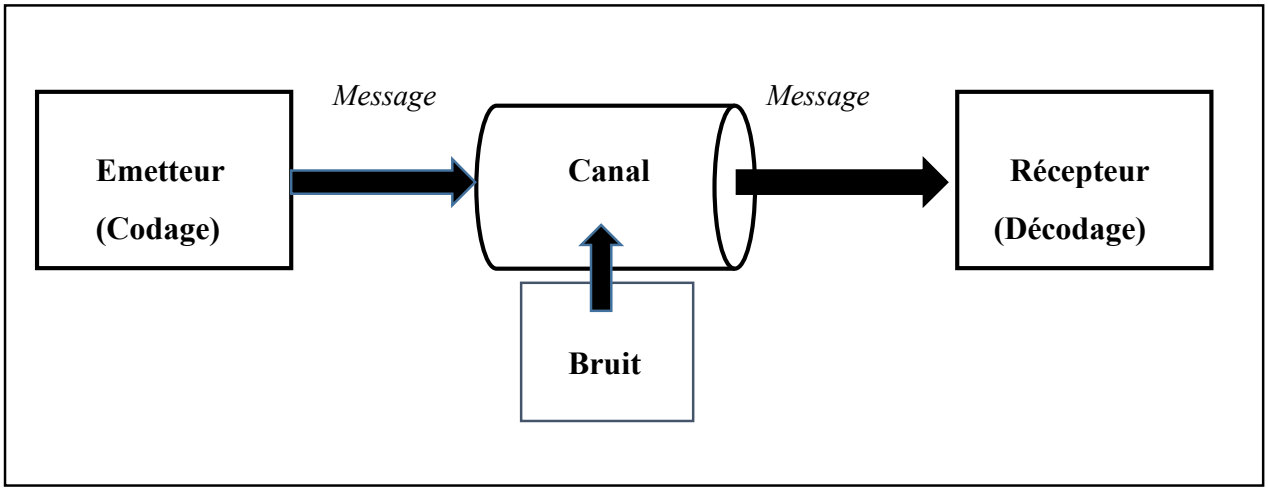

Figure b : Modèle de Shannon (1949).

Ce modèle représente une structure linéaire unidirectionnelle ; la communication est décomposée en éléments, en séquences qui s'enchaînent permettant de transmettre un message.

Les éléments représentés sont :

- **Emetteur :** il transforme le message en un signal qui est alors envoyé par le canal de communication. Dans le cas du langage oral, l'émetteur est l'organe vocal qui produit le signal, transmis à travers l'air.
- **Récepteur :** il change le signal reçu en message et l'amène jusqu'à destination. Dans le langage parlé, la destination est le cerveau et le récepteur du signal est l'oreille. Il effectue l'opération inverse de l'émetteur.
- **Message :** il s'agit du contenu des informations transmises.
- **Canal de communication :** le message circule à travers le canal, c'est le support de l'information. En fonction des caractéristiques de celui-ci, le message sera plus ou moins bien transmis. Pour le langage parlé, l'air représente ce support physique.
- **Bruit :** il s'agit des altérations du message transmis (additions indésirables d'informations ou erreurs de transmissions). Ces altérations peuvent provenir de l'émetteur (mauvaise transmission) ou du récepteur (transformation du message) mais aussi du canal d'informations (parasites diverses).

Norbert Wiener, mathématicien et théoricien américain apporte au modèle de la communication la notion de feedback (ou processus de régulation). Selon lui, l'action d'un élément sur un autre engendre en retour une réponse de ce deuxième élément vers le premier. C'est cette réponse que Wiener qualifie de feedback ; les deux éléments sont alors liés par une boucle de rétroaction. Ainsi, la communication n'est plus représentée comme linéaire mais plutôt comme circulaire ; dans cette nouvelle configuration, l'émetteur et le récepteur interagissent (fig. c).

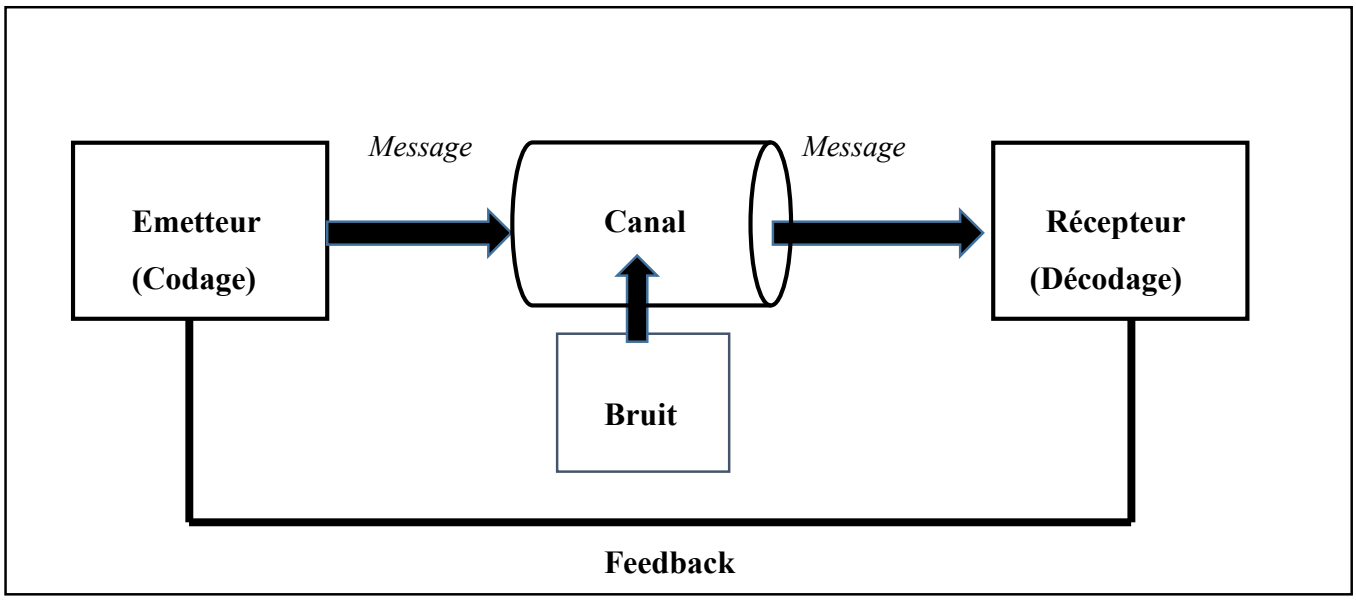

Figure c : Modèle de Shannon modifié par Wiener (1949).

Il est possible de distinguer deux types de feedback selon Wiener :

- **Feedback positif** : il s'agit d'accentuer un phénomène, la réaction du récepteur renforce l'attitude de l'émetteur.
- **Feedback négatif** : il s'agit d'une régulation. La réaction du récepteur conduit l'émetteur à se corriger.

II.3 Théorie de Roman Jakobson

Roman Jakobson, né en 1896, était un penseur et un linguiste très influent durant le XXème siècle. En 1963, dans ses travaux sur les fonctions du langage, Jakobson s'inspire du modèle de Shannon, décrit précédemment, pour l'adapter à la communication entre individus, il distingue six éléments : l'émetteur, le récepteur, le message, le contexte, le contact et le code. De plus, chacun de ces éléments est relié à une fonction dans la communication.

- **L'émetteur** : il s'agit de l'instance qui produit le message et qui, dans la plupart des cas, en est le responsable. L'intention de communiquer est rapportée à l'émetteur. Jakobson associe cette partie à la fonction expressive, l'émetteur informe sur sa personnalité, ses opinions etc.
- **Le récepteur** : il s'agit de l'instance qui reçoit le message. Cet élément est relatif à la fonction conative. A travers son langage, l'émetteur tente d'influencer le récepteur.

- **Le message** : il s'agit de l'ensemble particulier de signes qu'adresse l'émetteur au récepteur. Le message est un ensemble d'éléments porteurs d'informations ; il suppose donc un codage de l'émetteur et un décodage du récepteur. La fonction poétique correspond au message, avec un certain nombre de caractéristiques propres.
- **Le code** : le facteur code est lié au message ; il s'agit du système de signes dans lequel sont prélevés ceux qui vont constituer le message. Si le code utilisé est commun aux deux interlocuteurs, la communication est facilitée et le message pourra être plus facilement compris. En pratique, chacun possède son propre code qu'il est possible de remanier pour partager avec les autres individus. Le code est associé à la fonction métalinguistique.
- **Le contact** : il s'agit du lien qui existe entre l'émetteur et le récepteur. C'est la fonction phatique ; utilisée pour maintenir le contact physique et psychologique.
- **Le contexte** : associé à la fonction référentielle, c'est ce sur quoi porte le message.

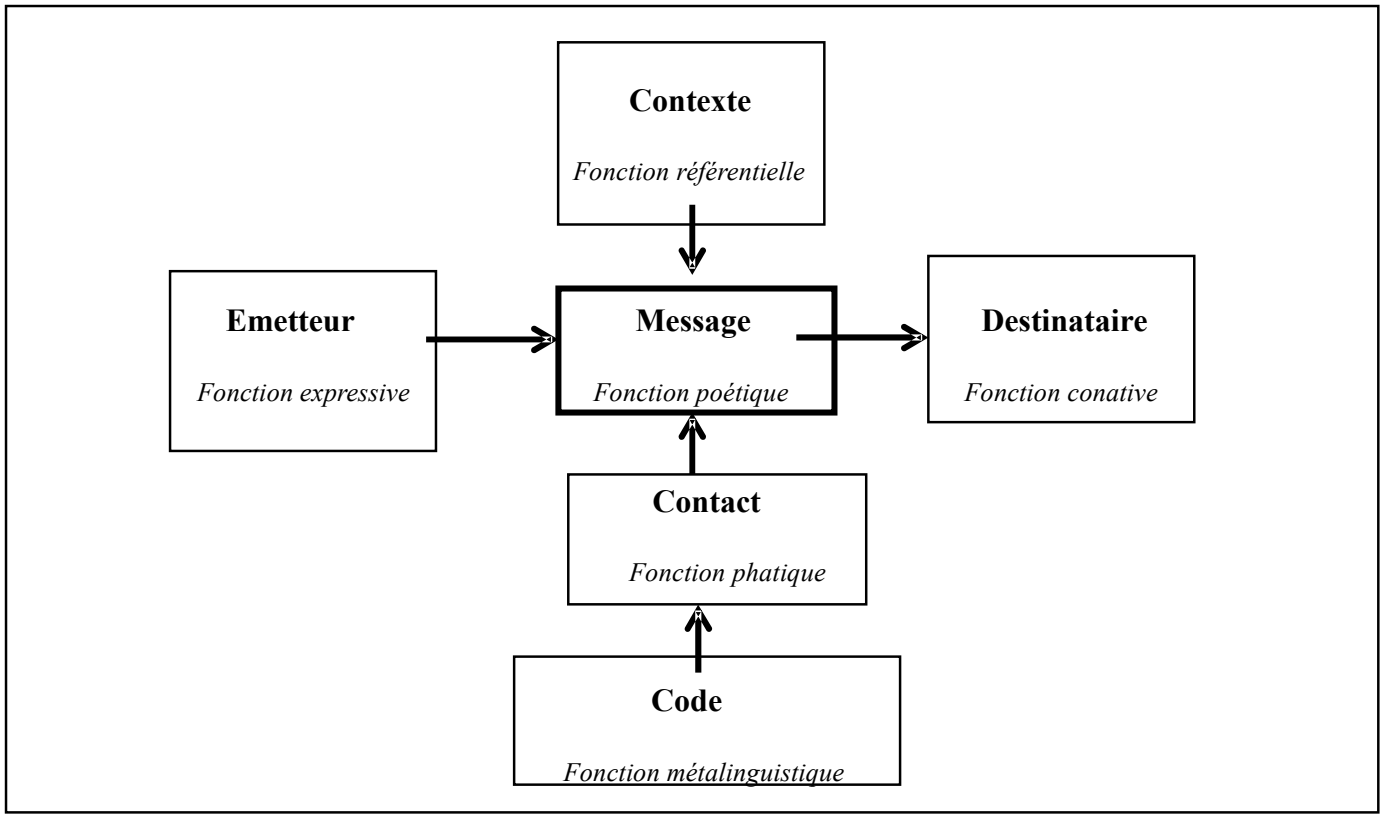

Figure d : Schéma de Jakobson (1963)

III. L'interdisciplinarité

III.1 Les modes de fonctionnement

Le travail d'équipe peut prendre différentes formes selon le fonctionnement des différents acteurs. Trois modes de fonctionnement peuvent être définis dans le travail d'équipe (Arnholz-Marchalot I., ergothérapeute, 2009) :

- **Pluri – ou multidisciplinarité** : c'est une multiplicité des disciplines qui collaborent. Il y a une mise en commun des expertises, sans dépasser le stade de l'information mutuelle. La pluridisciplinarité est définie comme une rencontre autour d'un thème commun. Chaque acteur agit de façon indépendante, mais avec des approches parallèles tendant à un but commun, par addition des contributions spécifiques. Il s'agit donc d'une addition de compétences, avec pour objectif l'amélioration de la qualité de vie du patient. Chaque professionnel concerné garde son champ d'action, sa méthode et sa spécificité, avec peu d'échanges entre eux. Dans la pluridisciplinarité, l'identité professionnelle est donc bien préservée ; en revanche, le manque d'échanges d'informations et la perte de cohérence du projet de soins peuvent être des problèmes rencontrés.

- **Interdisciplinarité ou interprofessionnalité** : il y a une méthodologie commune aux différentes disciplines avec un dialogue, des échanges de connaissances, d'analyses et de méthodes entre elles. Chaque professionnel apporte sa spécificité et ses compétences mais cette fois-ci avec la notion d'échanges au sein d'une équipe. L'interdisciplinarité implique des interactions et des enrichissements mutuels de la part des professionnels. L'avantage est donc le choix d'un projet de soins bien défini, connu et appliqué par l'ensemble des professionnels ; il y a un réel travail d'équipe.

- **Transdisciplinarité** : il s'agit d'une adoption d'une démarche scientifique commune. La transdisciplinarité dépasse le cloisonnement des disciplines et ne se préoccupe pas des frontières. Tous les acteurs sont en interaction ; sans se soucier des disciplines de chacun, dans l'intérêt du patient et pour son projet de vie. Il existe donc une mise en commun de toutes les données concernant le patient, une reconnaissance des capacités de chacun et un échange de rôles et de fonctions possibles au sein de l'équipe.

III.2 Collaborer et coopérer

Avant de définir le mode de fonctionnement à approfondir pour cette étude, il paraît pertinent de donner les définitions des termes « coopérer » et « collaborer » afin d'en faire la distinction.

La collaboration est définie comme une action commune, où les activités restent indépendantes ; il s'agit d'un travail commun (LeBoterf, 1997). La coopération est, quant à elle, définie comme une mission commune, les tâches à réaliser sont réparties au sein d'un groupe. Il s'agit de faire une action conjointement avec quelqu'un, de prendre part à une mission. (Rey A., 2004)

Dans la coopération, les liens entre les différents acteurs sont plus forts : il y a des relations d'interdépendance, d'intercompréhension, d'échanges et d'écoute. La notion de volonté des acteurs est importante dans cette démarche de coopération, les professionnels construisent volontairement des liens entre eux, dans le but de mettre en place une action commune. (Zarifian P., 2005) Dans ce cas, la coopération suppose donc des échanges, de la communication entre les différents professionnels.

III.3 L'interdisciplinarité

Pour ce travail de recherche, il m'a semblé pertinent de traiter en particulier l'interdisciplinarité. En effet, ce processus s'inscrit dans une volonté réciproque de coopération ; cette idée me semble donc être essentielle dans l'intérêt du patient, notamment au sujet de son positionnement.

Au fil des siècles et durant l'évolution des pratiques de soins, l'interdisciplinarité est devenue une nécessité afin de travailler ensemble et dans le respect des compétences de chacun. L'interdisciplinarité invite à une certaine ouverture d'esprit et favorise la recherche des interactions. (Arnholz-Marchalot I., 2009)

L'identité professionnelle est un prérequis à l'interdisciplinarité, celle-ci permettra de bien connaître sa pratique, ses spécificités et ses limites. L'interdisciplinarité ne signifie pas une uniformisation des pratiques et des rôles. (Goullet de Rugy B, 2002)

Il existe certaines règles pour s'inscrire dans une démarche d'interdisciplinarité, il est notamment nécessaire d'avoir la volonté de s'interroger en équipe sur la cohérence de ses pratiques, d'accepter de les partager et de découvrir de nouveaux savoirs.

Des éléments tels qu'une bonne communication et des formations interdisciplinaires au sein d'une structure peuvent favoriser cette démarche. Elles permettent en outre de faire partager ses connaissances et de découvrir celles de autres professionnels.

L'interdisciplinarité permet une approche globale du patient. Cette notion de globalité est fondamentale dans la prise en charge des personnes polyhandicapées, de par la complexité de la situation. Une démarche interdisciplinaire, notamment pour le positionnement de ces patients parait judicieuse. Les professionnels doivent coopérer et communiquer autour du patient, dans le but d'améliorer sa qualité de vie et de répondre à son projet personnel.

A l'aide des trois modèles détaillés ci-dessus, j'ai élaboré une matrice théorique (Annexe IV) me permettant de construire un outil de recherche. Cette matrice théorique est composée de différents critères, en liens avec les éléments théoriques. Ces critères seront ensuite analysés un à un et permettront de répondre à mes interrogations.

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin de répondre à ma question de recherche, il me semble nécessaire de définir la méthodologie appliquée, la population ciblée ainsi que l'outil utilisé pour mon enquête.

I. Méthode de recherche

Afin de réaliser ce travail d'initiation à la recherche concernant le travail d'équipe entre ergothérapeutes et équipe soignante dans le positionnement des personnes adultes polyhandicapées, j'ai choisi d'utiliser une méthode de recherche différentielle. Cette méthode est quantitative et étudie les facteurs qui différencient les individus ou les groupes dans un échantillon. Cette méthode différentielle cherche à comprendre les variations et ainsi mettre en évidence certains éléments. Grâce à cette méthode, je souhaite faire émerger des éléments de réponses à ma question de recherche.

II. Population ciblée

Pour répondre au mieux à mes interrogations, j'ai choisi d'interroger à la fois les ergothérapeutes et les soignants ; ce choix pourra me permettre d'identifier plus précisément leur coopération et les différents liens existants entre eux.

II.1 Critères d'inclusion

Les personnes inclues dans cette étude sont :

- Les aides-soignants, diplômés d'Etat, travaillant dans des Maisons d'Accueils Spécialisées ou des Foyers d'Accueils Médicalisés, où travaille également au moins un ergothérapeute diplômé d'Etat au sujet du positionnement des patients.
- Les aides médico-psychologiques, diplômés d'Etat, travaillant dans des Maisons d'Accueils Spécialisées ou des Foyers d'Accueils Médicalisés, où travaille également au moins un ergothérapeute diplômé d'Etat au sujet du positionnement des patients.
- Les ergothérapeutes, diplômés d'Etat, travaillant dans des Maisons d'Accueils Spécialisées ou des Foyers d'Accueils Médicalisés. Ces ergothérapeutes doivent travailler sur le positionnement des patients en utilisant des aides-techniques à la posture.

II.2 Critères de non inclusion

Les personnes non concernées par l'enquête sont :

- Les aides-soignants, aides médico-psychologiques et ergothérapeutes ne travaillant pas dans des Maisons d'Accueils Spécialisées ou Foyers d'Accueils Médicalisés.
- Les aides-soignants, aides médico-psychologiques et ergothérapeutes ne répondant pas aux critères d'inclusion décrits ci-dessus.
- Tous les professionnels autres qu'aides-soignants, aides médico-psychologiques et ergothérapeutes.

III. Outil de l'enquête

La méthode différentielle nécessite l'utilisation d'un outil spécifique. Pour cette étude, j'ai décidé d'utiliser un questionnaire. Pour interroger les différents professionnels, j'ai créé deux questionnaires : un pour les ergothérapeutes (Annexe V), l'autre pour les soignants, c'est-à-dire les aides-soignants et aides médico-psychologiques. (Annexe VI).

Pour construire ces deux questionnaires, je me suis appuyée sur la matrice théorique développée dans la problématique théorique et reposant sur des modèles et concepts. La matrice, composée d'indice, m'a permis de choisir les différentes questions à poser aux professionnels.

Le questionnaire destiné aux ergothérapeutes comporte 21 questions, celui destiné aux soignants comporte 19 questions. Les questionnaires sont principalement constitués de questions fermées à choix binaires ou multiples. Certaines questions sont semi-ouvertes et offrent la possibilité de préciser une réponse ou bien d'ajouter une proposition. A la fin des deux questionnaires se trouve une question ouverte, où chaque professionnel a la possibilité de faire des remarques.

Chaque question correspond un des trois concepts ou modèles de ma matrice théorique. Une fois chaque questionnaire analysé, les éléments identifiés pourront me permettre de répondre à ma question de recherche.

IV. Protocole de diffusion des questionnaires

Pour diffuser au maximum mes questionnaires, j'ai pris contact, à l'aide de réseaux sociaux, avec des ergothérapeutes travaillant en M.A.S. et en F.A.M. ; j'avais également gardé contact avec mon ancienne tutrice de stage, travaillant en M.A.S. 15 ergothérapeutes ont répondu à ma demande et j'ai pu leur expliquer ma démarche ; cependant seulement 9 ont donné suite à ces échanges. Les professionnels ont fait le choix de recevoir mes deux questionnaires par mails et de les diffuser eux-mêmes à leurs collègues soignants. Une lettre d'informations était transmise avec chaque envoi de questionnaires (Annexe VII). Dans certains cas, j'ai envoyé à l'établissement une enveloppe déjà affranchie pour faciliter le renvoi des questionnaires complétés. Pour les retours, la plupart des réponses a été envoyés par voie postale ; les autres questionnaires complétés ont été scanné et m'ont été renvoyé par mail.

J'ai reçu un total de 70 réponses ; cependant 13 questionnaires n'étaient pas exploitables car non remplis intégralement. Je retiens donc un total de 57 questionnaires à analyser pour la suite.

RESULTATS BRUTS

Dans cette quatrième partie, je vais présenter les résultats obtenus à mon enquête. Les résultats bruts sont décrits question par question.

Questions d'introduction :

- **Quelle est votre profession ?**

	Nombre
Ergothérapeute	9
Aide-soignant	18
Aide médico-psychologique	30
TOTAL	**57**

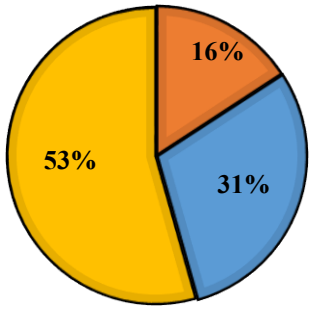

Figure 1 : Répartition des professionnels.

Sur l'échantillon total, les professionnels se répartissent de la manière suivante : 53% d'aides médico-psychologiques (AMP), 31% d'aides-soignants (AS) et 16% d'ergothérapeutes.

- **Dans quelle structure travaillez-vous ?**

Sur l'échantillon total, les professionnels se répartissent dans deux structures différentes. Plus la moitié des personnes interrogées travaillent en M.A.S. (Fig.2).

	Nombre
Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M)	8
Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S)	49
TOTAL	**57**

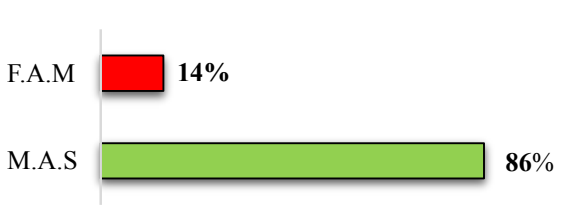

Figure 2 : Lieux d'exercice des professionnels.

Il est possible de séparer les catégories professionnelles et de les répartir selon leurs lieux d'exercices (Fig. 3).

	M.A.S	F.A.M
Ergothérapeute	8 *(soit 89%)*	1 *(soit 11%)*
Aide-soignant	18 *(soit 100%)*	0
Aide médico-psychologique	23 *(soit 77%)*	7 *(soit 23%)*
TOTAL	**49**	**8**

Figure 3 : Répartition des professionnels par lieux d'exercice.

On note également une différence de répartition entre ergothérapeutes et soignants selon le lieu d'exercice.

- **Depuis quand travaillez-vous dans cette structure ?**

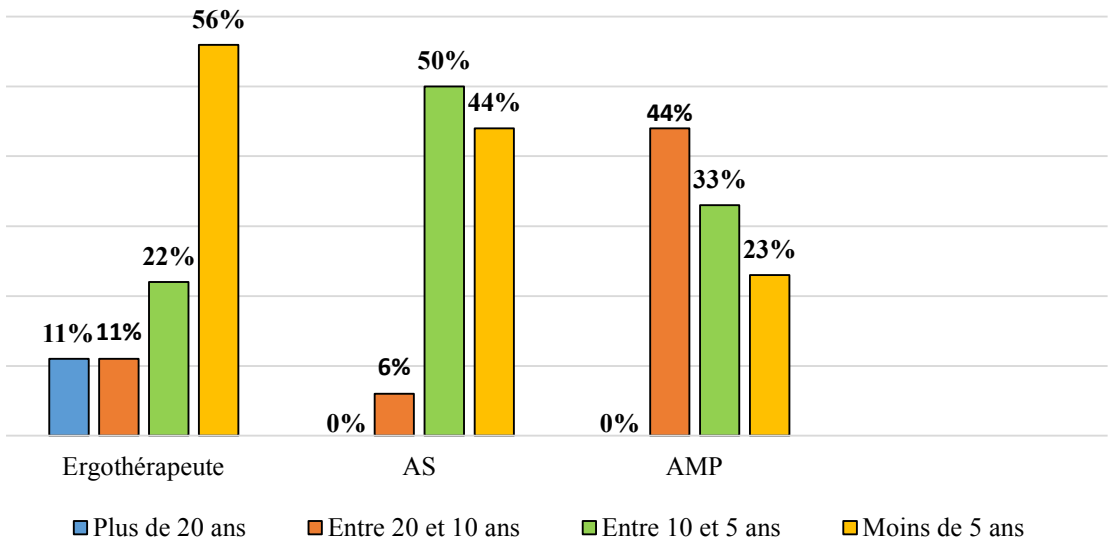

Figure 4 : Répartition de l'ancienneté des professionnels au sein de la structure selon les professions.

Sur l'échantillon total, 1 personne travaille dans la structure depuis plus de 20 ans. 15 personnes ont entre 20 et 10 ans d'ancienneté dans l'établissement (26% de l'échantillon total) ; 21 personnes ont entre 10 et 5 ans d'ancienneté soit 37%. 20 personnes travaillent dans la structure depuis moins de 5 ans (35%) (Fig.4).

- **Depuis quand êtes-vous diplômés ?**

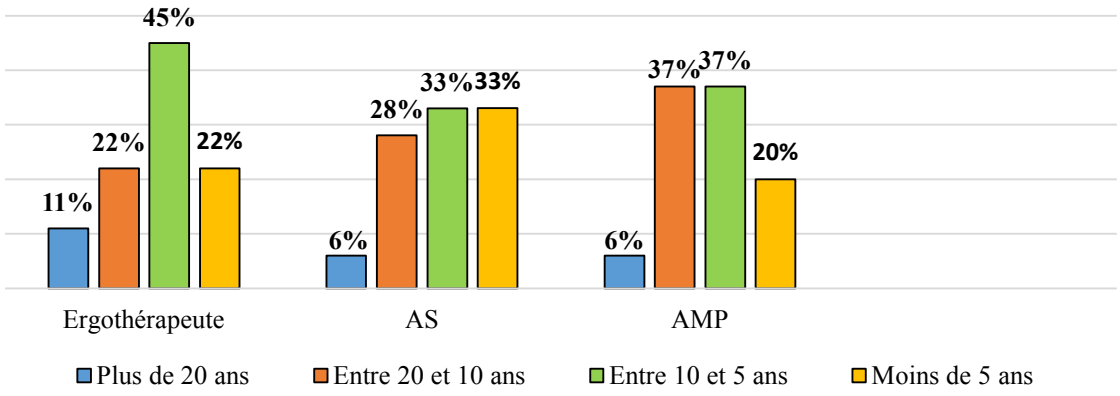

Figure 5 : Ancienneté des professionnels

Sur l'échantillon total, 4 personnes sont diplômées depuis plus de 20 ans, soit 7%. 18 personnes interrogées ont entre 20 et 10 ans d'ancienneté de diplôme, soit 32% et 21 personnes une ancienneté de diplôme comprise entre 10 et 5 ans (37%). Si l'on regarde par profession, on note que cette ancienneté diplôme se retrouve principalement chez les ergothérapeutes interogés (Fig. 5). Enfin, 14 personnes sont diplômées depuis moins de 5 ans (24%).

Questions :

- **Question 1 : Pour vous, le positionnement est un acte nécessaire pour :**

	Nombre
Améliorer le confort du patient	44
Réduire les douleurs du patient	26
Prévenir le risque d'escarre	23
Faciliter la réalisation des AVQ	15
Prévenir les déformations orthopédiques	9
Faciliter la réalisation des soins	9
Améliorer les fonctions physiologiques	7
Stabiliser la posture	6
Favoriser la communication	5
TOTAL QUESTIONNAIRES	**48**

Figure 6a : Intérêts du positionnement selon les soignants (AMP/AS)

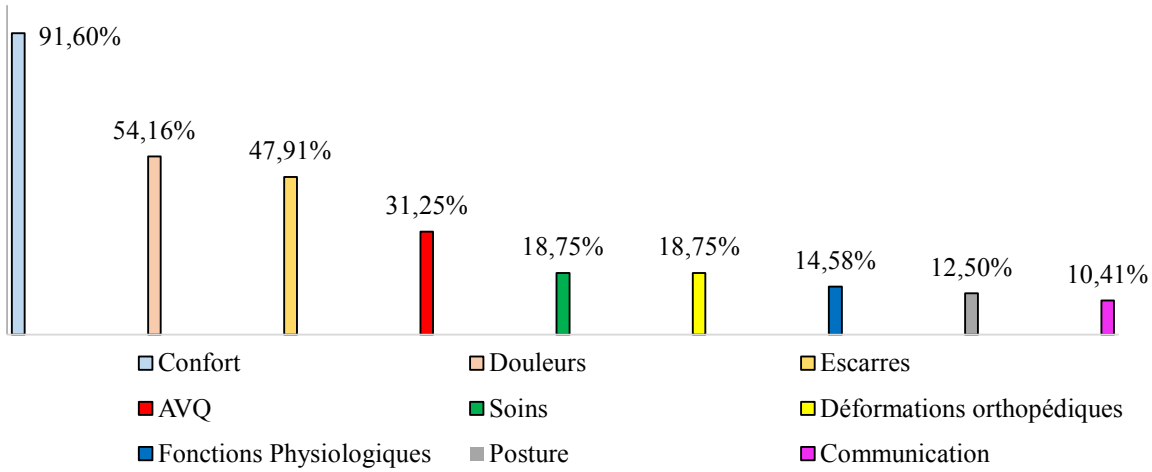

Figure 6b : Intérêts du positionnement selon les soignants en %.

Les soignants identifient trois principales raisons à la mise en place d'un positionnement. 91,60% des soignants pensent que le positionnement est nécessaire pour permettre d'améliorer le confort du patient, ainsi que pour réduire les douleurs (54,16%) et 47,91% estiment que le positionnement permet de prévenir le risque d'escarres (Fig. 6b).

	Nombre
Améliorer le confort du patient	8
Prévenir les déformations orthopédiques	8
Faciliter la réalisation des AVQ	5
Améliorer les fonctions physiologiques	3
Prévenir le risque d'escarre	2
Stabiliser la posture	1
Réduire les douleurs du patient	0
Favoriser la communication	0
Faciliter la réalisation des soins	0
TOTAL QUESTIONNAIRES	**9**

Figure 7a : Intérêts du positionnement selon les ergothérapeutes.

On note que certaines réponses n'ont pas été citées par les ergothérapeutes : la réduction des douleurs du patient, favoriser la communication du patient et faciliter la réalisation des soins pour l'équipe soignante (Fig. 7a).

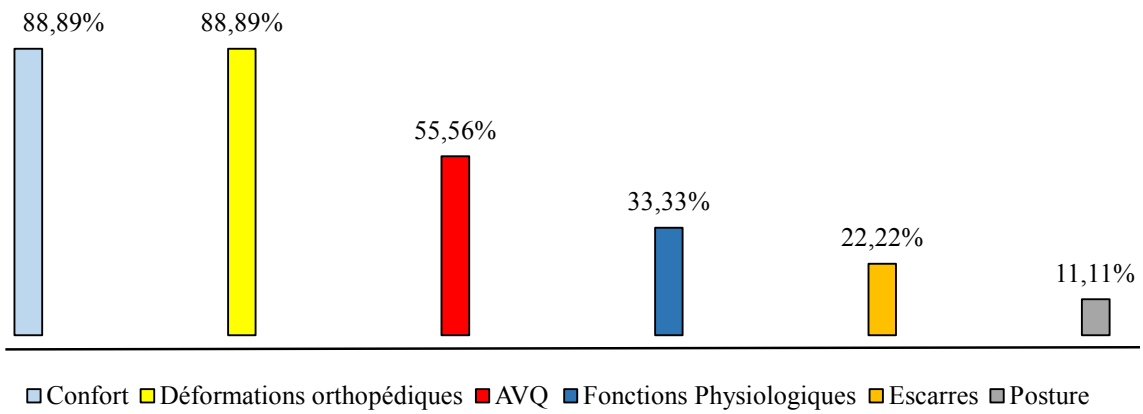

Figure 7b : Intérêts du positionnement selon les ergothérapeutes en %.

On note que les ergothérapeutes de l'échantillon identifient trois intérêts principaux au positionnement : le confort du patient, prévenir les déformations orthopédiques et faciliter la réalisation des actes de la vie quotidienne (Fig. 7b).

L'échantillon total, soignants et ergothérapeutes, donnent l'amélioration du confort du patient comme principal intérêt du positionnement, à 92% (Fig. 6a et 7a)

- **Question 2 : Quelles-sont, selon vous, les répercussions d'un maintien prolongé d'un mauvais positionnement ?**

	Nombre
Cutané	44
Fonctionnel	32
Respiratoire	26
Psychologique	25
Nutritionnel	14
Social	14
TOTAL QUESTIONNAIRES	**48**

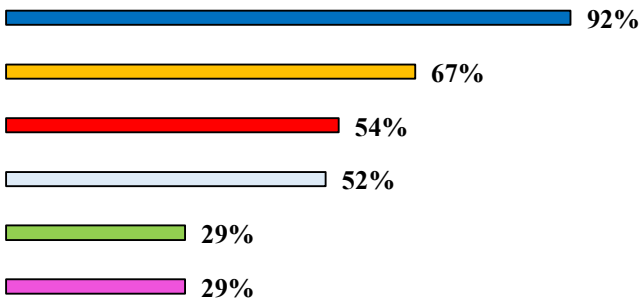

Figure 8 : Répercussions d'un maintien d'un mauvais positionnement selon les soignants.

Les soignants identifient trois répercussions principales au mauvais positionnement : cutané, fonctionnel et respiratoire (Fig. 8).

	Nombre
Cutané	9
Fonctionnel	9
Respiratoire	7
Nutritionnel	6
Psychologique	5
Social	5
TOTAL QUESTIONNAIRES	**9**

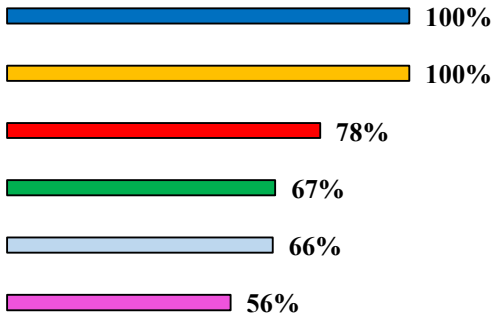

Figure 9 : Répercussions d'un mauvais positionnement selon les ergothérapeutes.

Les ergothérapeutes identifient les trois mêmes répercussions d'un mauvais positionnement que les soignants. Arrivent ensuite les répercussions nutritionnelles, psychologiques et sociales.

- **Question 3 : Dans votre pratique professionnelle, vous intervenez dans la démarche de positionnement pour :**

Chaque professionnel estime être concerné dans chaque étape de la démarche de positionnement. Cependant, il est possible de noter des différences entre soignants et ergothérapeutes :

	Nombre	Fréquence
Installation quotidienne du patient	42	87,5 %
Repositionnement	31	64,5 %
Contrôler et surveiller	25	52 %
Assurer l'hygiène et le nettoyage	24	50 %
Evaluer le positionnement	20	41,6 %
Recherche de solutions matérielles	11	22,9 %
Essais	10	20,8 %
Choix du positionnement	6	12,5 %
Fixer les objectifs	6	12,5 %
TOTAL QUESTIONNAIRES		**48**

Figure 10 : Rôles des soignants dans la démarche de positionnement.

Les soignants de l'échantillon ont principalement définis leur rôle dans 3 étapes la démarche de positionnement : l'installation quotidienne du patient (87,5%), le repositionnement (64,5%) ainsi que le contrôle et la surveillance (52%) (Fig. 10).

	Nombre	Fréquence
Choix du positionnement	9	100 %
Recherche de solutions matérielles	9	100 %
Evaluer le positionnement	8	88,8 %
Contrôler et surveiller	6	66,6 %
Essais	6	66,6 %
Fixer les objectifs	5	55,5 %
Repositionnement	5	55,5 %
Assurer l'hygiène et le nettoyage	1	11,1 %
Installation quotidienne du patient	1	11,1 %
TOTAL		**9**

Figure 11 : Rôles des ergothérapeutes dans la démarche de positionnement.

Les ergothérapeutes, quant à eux, ont répondu participer à cette démarche en : faisant le choix du positionnement (100%), recherchant des solutions matérielles (100%) ainsi qu'en évaluant celui-ci (88,8%) (Fig. 11). On note donc que la totalité des ergothérapeutes se sentent concernés par deux étapes.

- **Question 4 : Quels sont les outils de communication que vous utilisez pour communiquer au sujet du positionnement ?**

	Nombre
Réunion d'équipe	38
Transmission orale	38
Transmission écrite	35
Téléphone	19
Fiche explicative	14
Mail	12
Dossier patient	11
Schéma/Photo	10
Note de service	5
TOTAL QUESTIONNAIRES	**48**

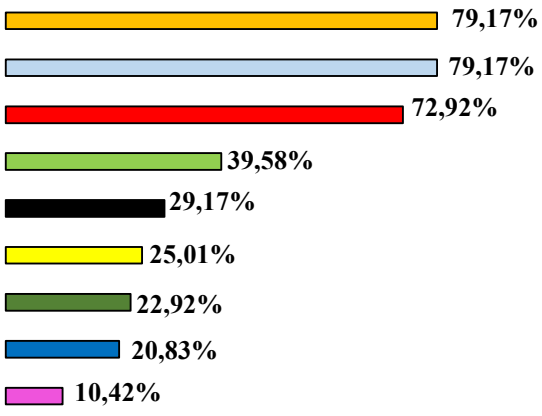

Figure 12 : Outils de communication utilisés par les soignants.

	Nombre
Schéma/Photo	8
Réunion d'équipe	7
Transmission orale	7
Transmission écrite	6
Dossier patient	5
Fiche explicative	4
Mail	3
Téléphone	1
Note de service	0
TOTAL QUESTIONNAIRES	**9**

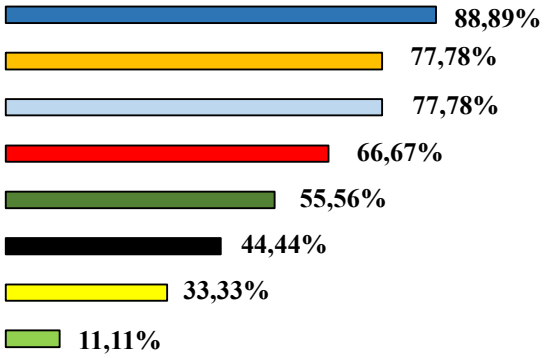

Figure 13 : Outils de communication utilisés par les ergothérapeutes.

Il est possible de noter une différence dans l'utilisation des outils de communication selon les professionnels. Les soignants utilisent principalement les transmissions orales (79,17%) ainsi que les réunions d'équipes (79,17%) pour communiquer au sujet du positionnement (Fig.12) tandis que les ergothérapeutes interrogés utilisent principalement des schémas et photographies (88,89%) (Fig.13). Dans un second temps, on retrouve également chez les ergothérapeutes l'utilisation des transmissions orales et des réunions d'équipes.

- **Question 5 : Avec quels professionnels communiquez-vous principalement au sujet du positionnement ?**

	Nombre	Fréquence
Ergothérapeute	44	91,67%
Kinésithérapeute	29	60,42%
Infirmier	28	58,33%
Aide Médico-Psychologique	17	35,42%
Médecin	11	22,92%
Aide-Soignant	10	20,83%
Cadre de Santé	4	8,33%
TOTAL QUESTIONNAIRES		**48**

Figure 14 : Echanges entre soignants et autres professionnels au sujet du positionnement.

Les soignants identifient principalement trois catégories professionnelles pour échanger au sujet du positionnement des patients : les ergothérapeutes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers (Fig. 14).

	Nombre	Fréquence
Aide Médico-Psychologique	9	100%
Kinésithérapeute	8	88,89%
Médecin	7	77,78%
Aide-Soignant	7	77,78%
Infirmier	1	11,11%
Psychomotricien	1	11,11%
Revendeur médical	1	11,11%
Educateur Spécialisé	1	11,11%
Ergothérapeute	1	0%
Cadre de Santé	0	0%
TOTAL QUESTIONNAIRES		**9**

Figure 15 : Echanges entre ergothérapeutes et autres professionnels.

La totalité des ergothérapeutes interrogés ont cités les AMP comme principaux interlocuteurs au sujet du positionnement. Arrivent ensuite les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins et les aides-soignants. Les ergothérapeutes ont cité de nouvelles catégories professionnelles : psychomotricien, revendeur médical et éducateur spécialisé (Fig. 15).

- **Question 6 : Rencontrez-vous des difficultés pour communiquer au sujet du positionnement ?**

	Oui	Non
Soignants	5	43
Ergothérapeutes	6	3
TOTAL	**11**	**46**

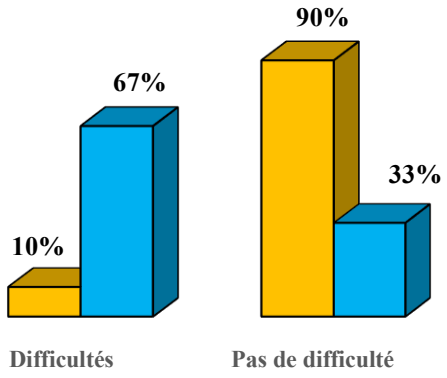

Figure 16 : Difficultés rencontrées par les professionnels de l'échantillon pour communiquer au sujet du positionnement.

On note une différence entre professionnels à propos des difficultés rencontrées. En effet, 66,67% des ergothérapeutes estiment rencontrer des difficultés contre 10,42% des soignants (Fig. 16).

A l'inverse, 43 soignants interrogés pensent ne pas avoir de difficultés pour communiquer au sujet du positionnement (89,58%), contre seulement 3 ergothérapeutes (33,33%) (Fig.16).

- **Question 7 : Quelles sont selon vous les raisons de ces difficultés ?**

Les professionnels ayant répondu avoir des difficultés de communication à la question précédente, ont répondu à cette question et donné diverses raisons :

	Soignants	Ergothérapeutes
Turn-over	1	6
Manque d'écoute	1	3
Manque de temps d'échanges	3	1
Vocabulaire trop spécifique	1	1
Mauvaise compréhension des messages transmis	1	1
Manque de disponibilité	0	1
Manque de volonté	0	1
Manque d'encadrement	0	1
Manque de formation	0	1
Manque de moyens	1	0
TOTAL QUESTIONNAIRES	**5**	**6**

Figure 17 : Causes des difficultés de communication au sujet du positionnement.

On note que la totalité des ergothérapeutes rencontrant des difficultés de communication identifient le turn-over des équipes comme principale cause, la seconde cause citée est le manque d'écoute de la part des équipes. Selon les soignants, la principale cause des difficultés de communication est le manque de temps d'échanges (Fig. 17).

- **Question 8 : Utilisez-vous un outil de communication spécifique au positionnement des patients ?**

	Oui	Non
Soignants	28	20
Ergothérapeutes	4	5
TOTAL	**32**	**25**

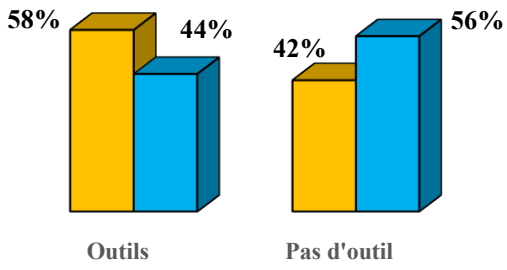

Figure 18 : Utilisation d'un outil de communication spécifique au positionnement.

D'après l'échantillon total, 56% des professionnels utilisent un outil de communication spécifique au positionnement (Fig. 18).

	Soignants	Ergothérapeutes
Transmissions orales	25,92%	50%
Schémas/Photos	14,81%	50%
Démonstrations	3,70%	50%
Transmissions écrites	14,81%	25%
Protocoles	14,81%	25%
Fiches d'évaluations	14,81%	0
TOTAL QUESTIONNAIRES	**28**	**4**

Figure 19 : Outils utilisés par les soignants et ergothérapeutes pour communiquer au sujet du positionnement.

D'après les professionnels utilisant un outil spécifique, soignants et ergothérapeutes de l'échantillon utilisent principalement des transmissions orales. Les ergothérapeutes citent également les démonstrations (50%) contre 3,70% des soignants (Fig. 19).

Concernant les soignants ayant répondu ne pas utiliser d'outil spécifique pour communiquer au sujet du positionnement, 70% jugent qu'il serait nécessaire d'en créer un, tandis que 30% n'en voient pas l'utilité ; en revanche, 100% des ergothérapeutes n'utilisant pas d'outil spécifique jugent qu'il serait intéressant d'un créer un.

- **Question 9 : D'après vous, dans le cadre du positionnement, il est :**

	Indispensable de communiquer	Intéressant de communiquer	Pas nécessaire de communiquer	Inutile de communiquer
Soignants	39	7	1	0
Ergothérapeutes	9	0	0	0
TOTAL	**48**	**7**	**1**	**0**

Figure 20 a : Intérêt de la communication entre ergothérapeutes et soignants au sujet du positionnement.

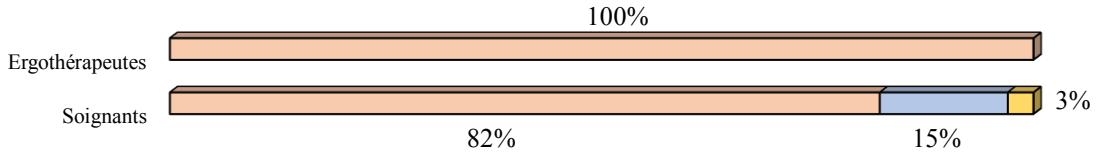

Figure 20 a : Intérêt de la communication entre ergothérapeutes et soignants au sujet du positionnement en %.

84% de l'échantillon total estiment qu'il est indispensable de communiquer entre ergothérapeutes et équipe soignante (Fig. 20a). En revanche, 3% des soignants jugent qu'il n'est pas nécessaire de communiquer avec les ergothérapeutes au sujet du positionnement (Fig. 20b).

- **Question 10 : Lorsque vous avez une observation en lien avec le positionnement, vous informez en priorité :**

	Soignants	Ergothérapeutes
Ergothérapeute	41	0
Infirmier	19	1
Kinésithérapeute	14	3
Médecin	5	4
Aide Médico-Psychologique	4	4
Aide-Soignant	2	5
TOTAL QUESTIONNAIRES	**48**	**9**

Figure 21 : Interlocuteurs prioritaires au sujet du positionnement.

Selon la figure 21, 85,42% des soignants disent informer en priorité les ergothérapeutes lorsqu'une observation est faite à propos du positionnement, les infirmiers sont cités en deuxième position (39,58%).

Les ergothérapeutes de l'échantillon affirment à 55,56% informer les aides-soignants et à 44,44% les aides médico-psychologiques et les médecins (Fig. 21).

- **Question 11 : Le choix et la démarche de positionnement sont-ils définis en équipe pluridisciplinaire ?**

	Oui	Non
Soignants	35	13
Ergothérapeutes	8	1
TOTAL	**43**	**14**

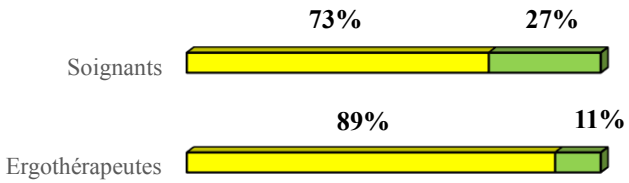

Figure 22 : Définition du choix et de la démarche du positionnement en équipe pluridisciplinaire.

On note qu'ergothérapeutes et soignants s'accordent en majorité à dire que le choix et la démarche du positionnement sont définis en équipe pluridisciplinaire ; 75% de l'échantillon total l'affirme (Fig. 22).

- **Question 12 : Connaissez-vous les objectifs d'un positionnement lorsqu'il est mis en place pour un patient ?** (Question dédiée aux soignants)
- **Question 12 : Informez-vous l'équipe soignante des objectifs spécifiques d'un positionnement lorsqu'il est mis en place pour un patient** (Question dédiée aux ergothérapeutes)

	Oui	Non
Soignants	43	5
Ergothérapeutes	8	1
TOTAL	**51**	**6**

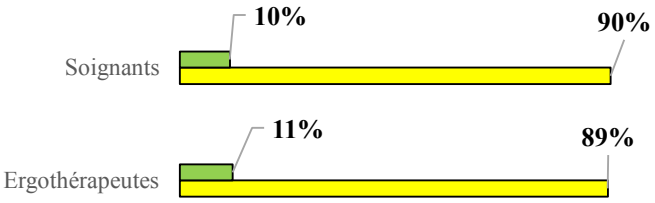

Figure 23 : Transmissions et connaissances des objectifs selon les professionnels.

90% des soignants interrogés affirment connaître les objectifs d'un positionnement lorsqu'il est mis en place pour un patient. Ce résultat concorde avec la réponse des ergothérapeutes, qui disent à 89% informer les équipes des différents objectifs (Fig. 23).

- **Question 13 : Transmettez-vous les résultats de vos observations aux ergothérapeutes ?** (Question dédiée aux soignants)
- **Question 13 : Tenez-vous compte des observations transmises par l'équipe soignante à propos d'un positionnement ?** (Question dédiée aux ergothérapeutes)

82% des soignants évoquent transmettre leurs observations, pour plusieurs raisons :

	Nombre
Modifier le positionnement si besoin	23
Les ergothérapeutes évaluent le positionnement	16
Pour le bien-être du patient	7
Faciliter la prise en charge	4
Avoir des explications sur le positionnement	3
Valoriser le travail	2
TOTAL QUESTIONNAIRES	**44**

Figure 24 : Raisons de la transmissions des observations aux ergothérapeutes.

On note que les soignants évoquent trois principales raisons : la modification du positionnement par les ergothérapeutes (52%), l'évaluation de celui-ci (36%) et enfin le bien-être du patient (16%) (Fig. 24). 8% des soignants disent ne pas transmettre leurs observations aux ergothérapeutes (2 AS et 2 AMP), ils disent les transmettre plutôt aux infirmiers de la structure. En revanche, 100% des ergothérapeutes disent tenir compte des observations faites par l'équipe soignante. Ils évoquent différentes raisons :

	Nombre
Proximité au quotidien avec le patient	8
Avoir une vision globale du patient	7
Connaître les habitudes de vie du patient	2
Faciliter le travail des soignants	2
TOTAL QUESTIONNAIRES	**9**

Figure 25 : Raisons de la prise en compte des observations des soignants selon les ergothérapeutes.

89% des ergothérapeutes interrogés estiment qu'il est nécessaire de tenir compte des observations des soignants car ils sont proches du patient et le suivent au quotidien. De plus, cela permet d'avoir une vision globale (78%) du patient (Fig. 25).

- **Question 14 : Transmettez-vous les résultats de vos observations à l'équipe soignante ?** (Question dédiée aux ergothérapeutes)

  100% des ergothérapeutes disent transmettre des résultats de leurs observations.

- **Question 14 : Vous arrive-t-il de ne pas mettre en place le positionnement ou les aides-techniques préconisés par l'ergothérapeute pour un patient ?**

  (Question dédiée aux soignants)

	Soignants
Oui	16
Non	32
TOTAL	**48**

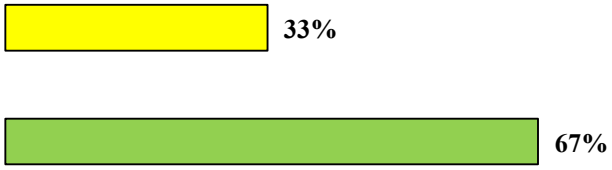

Figure 26 : Non-respect de la préconisation des ergothérapeutes.

67% des soignants disent respecter les demandes de l'ergothérapeute au sujet de la mise en place d'un positionnement (Fig. 26). Les autres donnent des raisons au fait de ne pas toujours mettre en place ces préconisations :

	Nombre	Fréquence
Matériel non adapté	5	31,25%
Méconnaissance de l'utilisation du matériel	4	25%
Essai non concluant	3	18,75%
Utilisation trop difficile	3	18,75%
Manque de temps	2	12,5%
Perte du matériel	2	12,5%
Manque de sécurité	1	6,25%
Oubli	1	6,25%
Refus du résident	1	6,25%
TOTAL QUESTIONNAIRES		**16**

Figure 27 : Raisons du non-respect des préconisations des ergothérapeutes selon certains soignants.

- **Question 15 : Avez-vous reçu une formation à propos du positionnent ?** (Question dédiée aux soignants)
- **Questions 15 : Avez-vous formé l'équipe soignante de votre structure à la démarche de positionnement ?** (Question dédiée aux ergothérapeutes)

	Oui	Non
Soignants	27	21
Ergothérapeutes	5	4
TOTAL	**32**	**25**

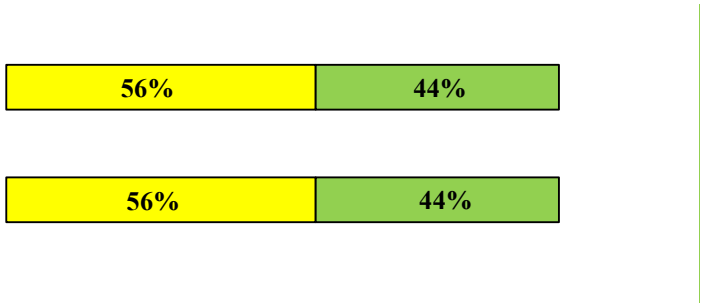

Figure 28 : Formation à la démarche de positionnement de l'échantillon total.

Pour les soignants formés à la démarche de positionnement, 89% ont été formé durant leurs études, 26% par le biais de formations complémentaires et 52% au sein de l'institution où ils travaillent. Pour les ergothérapeutes ayant formé l'équipe soignante de leur structure, 75% ont principales donnés des informations orales et 75% ont animés des formations avec des démonstrations. 95,2% des soignants non formés jugent qu'il serait nécessaire de suivre une formation. 100% des ergothérapeutes n'ayant jamais animé de formation auprès des équipes soignantes pensent qu'il serait nécessaire de le faire.

- **Question 16 : Lorsque l'ergothérapeute préconise un positionnement ou une aide-technique à la posture, il/elle :** (Question dédiée aux soignants)
- **Question 16 : Lorsque vous préconisez un positionnement, auprès de l'équipe soignante vous :** (Question dédiée aux ergothérapeutes)

	Soignants	Ergothérapeutes
Fait une démonstration	39	6
Explique la mise en place	36	8
Explique les objectifs	36	6
S'assure de la bonne compréhension	30	6
Aucune de ces propositions	1	0
TOTAL QUESTIONNAIRES	**48**	**9**

Figure 29a : Attitudes des ergothérapeutes selon les soignants et les ergothérapeutes.

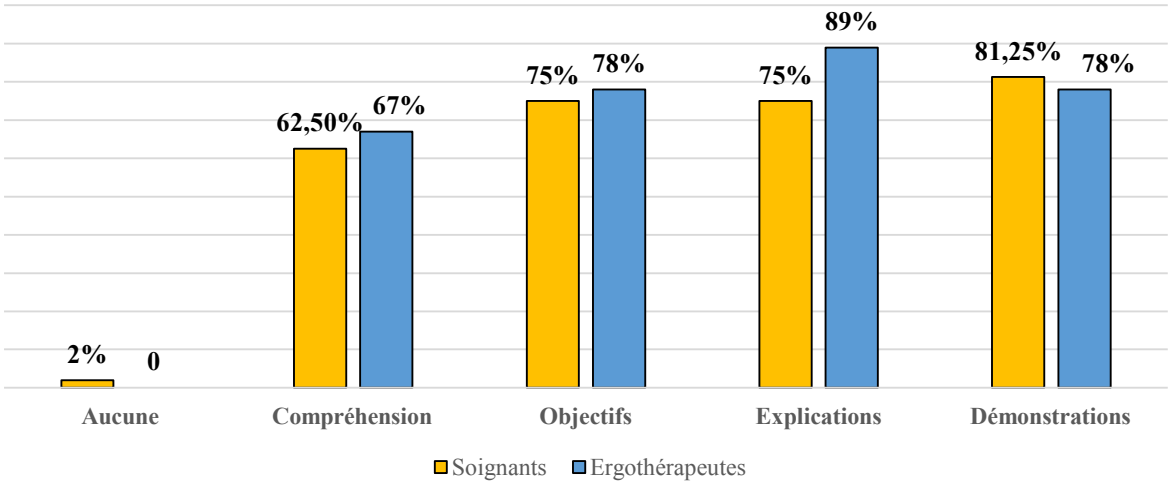

Figure 29b : Attitudes des ergothérapeutes selon les soignants et les ergothérapeutes en %.

On note que les professionnels affirment que les ergothérapeutes utilisent en majorité des démonstrations et des explications lors de la mise en place d'un positionnement ou d'une aide-technique (Fig. 29.a).

- **Question 17 : Vérifiez-vous régulièrement si le positionnement ou les aides-techniques que vous avez préconisé sont correctement mis en place par l'équipe soignante ?** (Question dédiée aux ergothérapeutes)

78% des ergothérapeutes de l'échantillon total affirment vérifier régulièrement. Plusieurs raisons sont données :

	Nombre
Bien-être du patient	4
Eviter les blessures du patient	3
S'assurer de la bonne mise en place	3
Réexpliquer si besoin	2
Augmenter l'efficacité	2
Transmettre les informations à chaque changement d'équipe	1
TOTAL QUESTIONNAIRES	**7**

Figure 30 : Causes de la vérification du positionnement par les ergothérapeutes.

A l'inverse, 22% des ergothérapeutes disent ne pas vérifier régulièrement la mise en place des préconisations, notamment par manque de temps et à cause de grand nombre de patients dans la structure.

- **<u>Question 17</u>** (Questionnaire dédiés aux soignants) /**<u>Question 19</u>** (Questionnaires dédiés aux ergothérapeutes) : **Globalement, êtes-vous satisfait de la collaboration entre ergothérapeutes et équipe soignante dans votre pratique ?**

	Soignants	Ergothérapeutes
Oui	41	9
Non	7	0
TOTAL	**48**	**9**

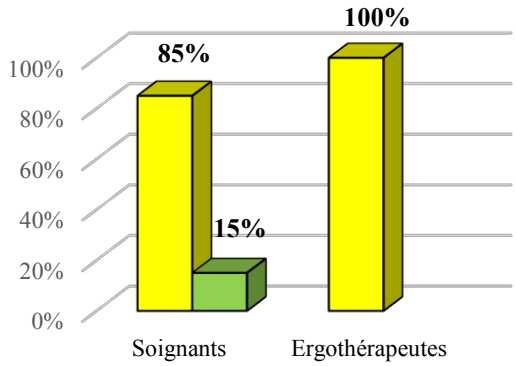

Figure 31 : Satisfaction de la collaboration entre soignants et ergothérapeute.

87% de l'échantillon total affirme être satisfait de la collaboration entre ergothérapeute et équipe soignante (Fig. 31).

- **<u>Question 18 : Lorsque vos préconisations ne sont pas respectées et que les aides-techniques sont mal utilisées, selon vous, quelles en sont les raisons</u>** (Question dédiée aux ergothérapeutes)

	Nombre
Incompréhension de l'intérêt du positionnement	7
Manque de temps	6
Manque de connaissances	5
Manque de démonstrations	5
Manque d'explications	4
Matériel compliqué à utiliser	3
Manque de volonté	1
Manque de personnel	1
TOTAL QUESTIONNAIRES	**9**

Figure 32a : Raisons du non-respect des préconisations par les soignants selon les ergothérapeutes.

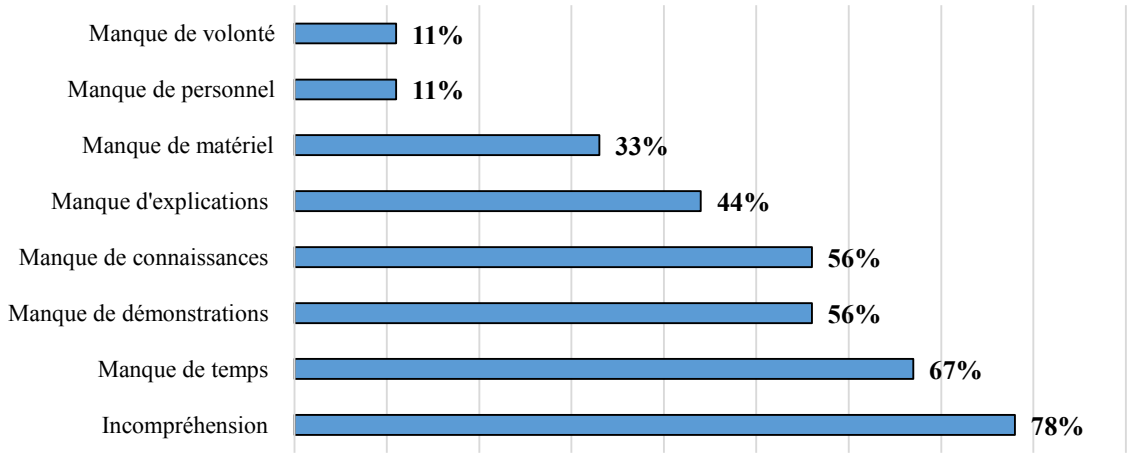

Figure 32b : Raisons du non-respect des préconisations par les soignants selon les ergothérapeutes en %.

On note que les ergothérapeutes estiment à 78% que les soignants ne mettent pas en place les préconisations car ils ne comprennent pas l'intérêt du positionnement. Ils identifient également trois causes importantes : le manque de temps, le manque de démonstrations et le manque de connaissances (Fig. 32a et Fig. 32b).

- **Question 18 : Vous sentez-vous suffisamment intégré à la démarche de positionnement : réflexion, détermination des objectifs, essais, choix, évaluation, etc. ?** (Question dédiée aux soignants)

	Oui	Non
Soignants	40	8

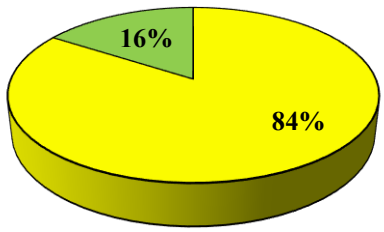

Figure 33 : Intégration des soignants à la démarche de positionnement selon eux.

La plupart des soignants estiment être suffisamment intégrés à la démarche de positionnement au sein de leur établissement (Fig. 33).

- **<u>Question 19</u>** (Questionnaires dédiés aux soignants)**<u>/Question 21</u>** (Questionnaires dédiés aux ergothérapeutes) **<u>: D'après-vous, quels sont les points à améliorer ?</u>**

	Soignants	Ergothérapeutes
Les supports : photos, schémas, fiches explicatives	35	8
Les démonstrations	14	6
La communication et les explications données	13	7
Autres	4	2
TOTAL QUESTIONNAIRES	**48**	**9**

Figure 34a : Points à améliorer selon les professionnels.

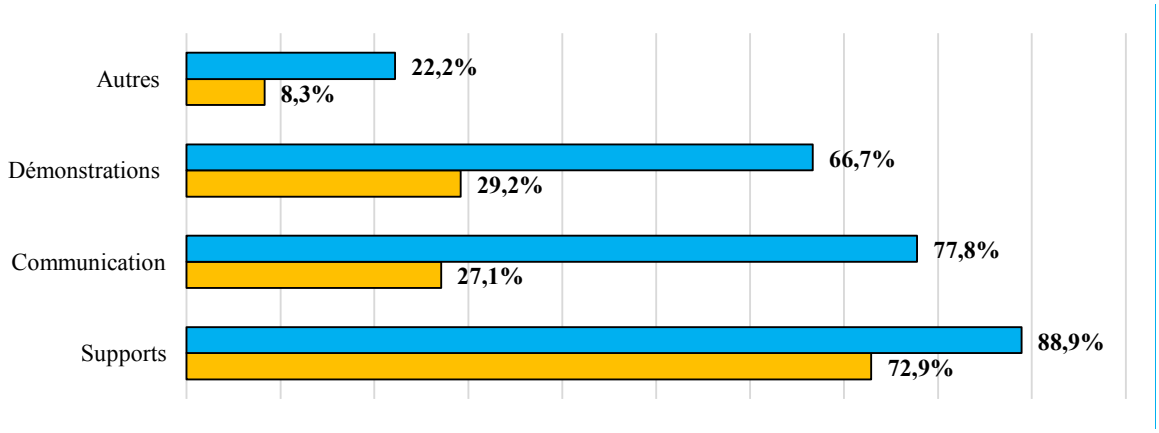

Figure 34b : Points à améliorer selon les professionnels en %.

90% de l'échantillon total pensent que les supports utilisés sont à améliorer (Fig. 34a). Dans la catégorie « Autres », les professionnels ont cités la nécessité d'augmenter le temps de présence de l'ergothérapeute ainsi que le budget de la structure comme étant à améliorer.

- **<u>Question 20 : Pensez-vous que l'équipe soignante doit être plus impliquée dans la démarche de positionnement ?</u>** (Question dédiée aux ergothérapeutes)

77,8% des ergothérapeutes interrogés estiment que l'équipe soignante devrait être plus impliquée dans la démarche de positionnement.

Pour les ergothérapeutes ayant répondu « oui », plusieurs raisons sont évoquées : les principales sont la connaissance du patient par les soignants et la source d'informations qu'ils représentent (33%) ainsi que la nécessité d'établir une communication pour faire comprendre l'intérêt du positionnement (33%). Les autres raisons évoquées sont : « *rendre les soignants partie prenant pour mieux utiliser les aides-techniques* » (28%) et « *l'ergothérapeute ne peut pas travailler sans les soignants* » (15%). Les ergothérapeutes interrogés ont également répondu que les soignants devraient être plus impliqués et qu'actuellement « *ils manquaient de volonté* » (15%).

Pour les ergothérapeutes ayant répondu « non », ils estiment à 100% que les soignants font « *avec leurs connaissances et le peu de temps qu'ils ont* ».

Après la description des résultats bruts, nous pouvons maintenant les analyser.

DISCUSSION

Dans cette partie, je vais analyser les résultats décrits ci-dessus. Tout d'abord, les réponses aux questions d'introduction seront analysées. Par la suite, les résultats seront regroupés par thème, établi à partir de la matrice théorique : le Processus de Production du Handicap, la communication et l'interprofessionnalité. Ce regroupement par thème me permettra de faire des liens avec ma problématique pratique et ma partie théorique. Enfin, je tenterai de répondre à ma question de recherche et de faire une analyse réflexive de ce travail.

I. Analyse théorique

I.1 Analyse des questions d'introduction

Mes questionnaires ont été envoyés à des professionnels issus de trois formations différentes. Sur 57 réponses au total, 9 questionnaires d'ergothérapeutes ont été traités, 18 questionnaires d'aides-soignants et 30 questionnaires d'aides médico-psychologiques. Les questionnaires des aides-soignants et aides médico-psychologiques ont été regroupés, soit un total de 48 questionnaires concernant les soignants. On observe donc une grande disparité entre le nombre de réponses par profession. Ce résultat est en cohérence avec la réalité, il est fréquent qu'un seul ergothérapeute travaille dans une structure accueillant des personnes adultes polyhandicapées, contrairement aux soignants qui sont plus nombreux.

Les questionnaires ont été envoyés dans deux types de structures différentes : les F.A.M. et les M.A.S. Les résultats montrent que la proportion de soignants travaillant en M.A.S. (86%) est plus importante que ceux travaillant en F.A.M., il est possible de noter la même observation pour chaque catégorie professionnelle. Ce résultat est à mettre en lien avec l'envoi des questionnaires, plus nombreux en M.A.S. qu'en F.A.M.

56% des ergothérapeutes travaillent dans la structure depuis moins de 5 ans. Seule une personne, ergothérapeute, a une ancienneté dans la structure de plus de 20 ans, ce résultat est en cohérence avec l'ancienneté de diplôme (Fig.5). La majorité des professionnels interrogés ont une ancienneté dans la structure comprise entre 5 et 10 ans. La proportion d'AMP ayant une plus grande ancienneté est la plus importante (44%). Il est possible faire le même constat concernant l'année d'obtention du diplôme.

Ces différents éléments, comme la faible ancienneté de certains professionnels, ont pu influencer les réponses aux questions suivantes.

I.2 Analyse des réponses en lien avec le PPH

Ce modèle, qui repose sur une approche globale du patient et de son environnement, intervient dans les différentes questions posées aux professionnels, qui seront analysées avec les deux autres thèmes. Il est néanmoins possible d'analyser ici les réponses aux questions concernant la satisfaction des professionnels au sujet de collaboration (question 19 pour les ergothérapeutes/question 17 pour les soignants). La réponse à ces questions est en lien avec les facteurs de risques développés dans le PPH, elle permet de savoir si le fonctionnement actuel est satisfaisant d'après les professionnels. Pour cette réponse, 100% des ergothérapeutes affirment être satisfait contre 85% des soignants. Ce résultat peut être nuancé dû à la disparité entre le nombre d'ergothérapeutes et le nombre de soignants ayant répondu aux questionnaires. Cette satisfaction représente un élément facilitateur du PPH.

Les soignants estiment à 84% être suffisamment intégrés à la démarche de positionnement (Fig. 33), tandis que 78% des ergothérapeutes estiment que les soignants devraient l'être davantage. Ce résultat met en évidence une importante différence de ressenti entre les professionnels, les soignants ont la sensation d'être bien intégrés, contrairement aux ergothérapeutes. Il est possible d'identifier ce résultat comme étant un obstacle au sein des facteurs environnementaux du patient.

Certaines autres questions sont issues du PPH, comme le détaille la matrice théorique dédiée à ce modèle, les réponses à ces questions seront néanmoins analysées parmi les autres thèmes : la communication et l'interprofessionnalité.

I.3 Analyses des réponses en lien avec la communication

Les résultats vont être analysés selon la matrice théorique, basée sur les théories de Shannon, Weaver et Jakobson.

La question n°16 permet d'identifier le contenu du message transmis. Les professionnels s'accordent à dire que les ergothérapeutes font principalement des démonstrations et expliquent la mise en place d'un positionnement et des aides-techniques. 90% des soignants affirment connaître les objectifs d'un positionnement avant sa mise en place, ce résultat peut être mis en corrélation avec celui des ergothérapeutes, qui affirment à 90% informer les soignants des objectifs du positionnement (Fig. 23). Cependant, cela ne signifie pas que celui-ci est toujours correctement mis en place.

Il est possible d'analyser les principaux acteurs de la communication. Les résultats à la 5ème question montrent que les soignants communiquent principalement avec les ergothérapeutes au sujet du positionnement (91,67%) puis avec les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers (Fig. 14).

Les ergothérapeutes quant à eux, affirment communiquer à 100% avec les AMP et à 77,78% avec les aides-soignants (Fig. 15). Ces résultats sont cohérents avec les rôles de chacun dans une structure accueillant des personnes adultes polyhandicapées, c'est-à-dire la spécificité des ergothérapeutes dans la démarche de positionnement, l'expertise des kinésithérapeutes au sujet de la posture du patient et les observations quotidiennes des soignants. Les ergothérapeutes échangent également régulièrement avec les médecins au sujet du positionnement (77,78%) contrairement aux soignants (22,92%), ces derniers ont probablement peu de temps d'échanges prévus avec le médecin de l'établissement. Les ergothérapeutes ont ajouté d'autres catégories professionnelles que celles initialement proposées dans la question : psychomotricien, éducateur spécialisé et revendeur médical.
Les ergothérapeutes identifient donc plus d'interlocuteurs différents au sujet du positionnement que les soignants, qui ciblent plus facilement deux catégories professionnelles. On retrouve les revendeurs médicaux, comme évoqué dans la problématique pratique.

Les professionnels ont conscience de l'importance de communiquer et favorisent les échanges entre eux afin d'améliorer le travail d'équipe. Ce résultat n'exclue pas l'existence de difficultés pour permettre cette communication. Cependant, 84% des professionnels jugent que la communication entre ergothérapeutes et soignants est indispensable dans le cadre du positionnement, seulement un soignant a répondu que cette communication n'était pas nécessaire, sans évoquer de causes. La majorité des professionnels reconnaissent donc la nécessité d'échanger et le rôle de chacun.

Il est possible d'identifier les principaux canaux de communication utilisés par les professionnels au sujet du positionnement. Les soignants utilisent en priorité les transmissions orales et les réunions d'équipe, c'est-à-dire une communication orale et notamment des échanges informels. La communication n'est donc pas formalisée au sein de l'équipe.

Les ergothérapeutes ont tendance à utiliser plutôt des schémas et photos (89%), soit un moyen de communication écrit, contre 20% des soignants seulement. On observe donc une utilisation différente des moyens de communication à disposition.

De plus, 50% des ergothérapeutes affirment utiliser les démonstrations comme outil de communication spécifique dans le cadre du positionnement, contre seulement 3,70% des soignants. Ces résultats interrogent quant à la bonne communication entre professionnels. Les transmissions orales semblent être l'outil commun de communication entre ergothérapeutes et soignants mais peuvent générer des difficultés, notamment à cause du turn-over des équipes comme le soulignent tous les ergothérapeutes interrogés. L'utilisation du dossier patient comme un outil de communication n'est pas cité en priorité, ce résultat interroge au sujet de l'accessibilité à la transmission écrite, le dossier patient étant en théorie l'outil commun pour échanger au sujet du patient. Les réunions d'équipes seraient à privilégier, elles représentent un temps d'échanges à exploiter au maximum pour une bonne coopération. La création d'un outil spécifique à la communication et dédié à la transmission d'informations au sujet du positionnement pourrait être envisagée afin d'améliorer la prise en charge du patient.

Pour apprécier la notion de feed-back, 78% des ergothérapeutes interrogés affirment vérifier régulièrement la mise en place des préconisations et leur conformité, cette vérification permet de s'assurer de la bonne compréhension des soignants et de s'assurer du bien-être du patient. Cependant, 33% des soignants ne respectent pas toujours les préconisations liées au positionnement, notamment par méconnaissance du matériel (Fig. 27). On observe ici une discordance entre la vérification des ergothérapeutes et le respect des préconisations.

Au sujet de la communication, il est intéressant d'identifier les obstacles. Tout d'abord, 10% des soignants disent avoir des difficultés à communiquer, contre 67% des ergothérapeutes. Ce résultat met en évidence la grande différence de ressenti entre les professionnels. Les ergothérapeutes identifient le turn-over comme principal cause de ces difficultés, tandis que les soignants attribuent cette difficulté au manque de temps d'échanges. De plus, 20% des professionnels rencontrant des difficultés identifient l'absence de langage commun et un vocabulaire trop spécifique comme causes.

Outre le fait que les professionnels ne ressentent pas de la même manière l'existence de difficultés de communication, les causes identifiées sont également différentes.

Ce résultat est surprenant et il est important d'y porter une attention particulière : cette différence de ressenti met en évidence l'existence de difficultés au sein de l'équipe.

I.4 Analyses des réponses en lien avec l'interprofessionnalité

Les réponses à la première question permettent de déterminer si les professionnels attribuent des objectifs communs au positionnement. La grande majorité des soignants et ergothérapeutes s'accordent à dire que le positionnement est un acte nécessaire pour améliorer le confort du patient. Les soignants associent ensuite deux autres intérêts au positionnement : diminuer les douleurs du patient et faciliter la réalisation des actes de la vie quotidienne (AVQ). Les ergothérapeutes identifient également la réalisation des AVQ mais privilégient la prévention des risques orthopédiques à la douleur. La formation des ergothérapeutes, plus spécifique au positionnement, leur permet de mieux connaître les risques orthopédiques. En revanche, 18,75% des soignants voient l'intérêt du positionnement pour faciliter la réalisation des soins, alors qu'aucun ergothérapeute n'a cité cette réponse. Ce résultat correspond bien au rôle de chacun dans la pratique quotidienne. Les professionnels s'accordent tout de même à identifier le positionnement comme étant principalement un acte préventif.

Les professionnels interrogés ont des visions similaires concernant les risques d'un maintien prolongé d'un mauvais positionnement. En effet, les répercussions principalement citées sont, par ordre décroissant de réponses citées : les risques cutanés, fonctionnels et respiratoires. Ces répercussions ont été citées dans cet ordre, que ce soit pour les soignants ou pour les ergothérapeutes. Ces trois domaines avaient également été développés dans la problématique pratique. Ce résultat ne précise pas l'attention particulière que porte chaque professionnel par rapport à ces risques.

Dans une démarche d'interprofessionnalité, il est important que chaque professionnel possède sa propre identité et connaisse son champ d'intervention. Les résultats à la 3ème question montrent comment soignants et ergothérapeutes voient leur rôle dans la démarche de positionnement. Les ergothérapeutes affirment intervenir pour choisir le positionnement et rechercher des solutions matérielles (100%) ainsi qu'assurer l'évaluation (88,8%), il est possible d'observer une bonne identité professionnelle chez les ergothérapeutes au sujet du positionnement. Les soignants définissent principalement leurs missions comme étant l'installation quotidienne du patient (87,5%), le repositionnement (64,5%) ainsi que le contrôle et la surveillance (52%).

Cependant, on constate pour certains actes une grande différence de répartition, l'identité professionnelle semble moins marquée pour les soignants et la définition des rôles moins précise.

En plus de l'identité professionnelle, il est important de connaître les compétences des autres acteurs de l'équipe. Si l'on croise les deux tableaux (Fig. 10 et Fig. 11), il est possible d'observer que les ergothérapeutes et soignants connaissent le rôle des autres professionnels. En effet, seulement 11,11% des ergothérapeutes affirment participer à l'installation quotidienne du patient, laissant cette mission aux soignants. A l'inverse, uniquement 12,5% des soignants considèrent fixer les objectifs du positionnement et participer au choix de celui-ci, soit 87,5% des soignants laissant les ergothérapeutes diriger cet acte. Cette reconnaissance des capacités de chacun s'accompagnent de la reconnaissance du besoin de communiquer entre ergothérapeutes et soignants. Les actes professionnels sont en effet complémentaires et les échanges permettent d'améliorer la pratique de chacun. Ces résultats correspondent au référentiel d'activités de chaque profession et aux missions attendues, comme nous l'avons vu dans la problématique pratique.

Néanmoins, certains résultats sont à nuancer et paraissent paradoxal. En effet, lorsqu'une question porte uniquement sur le choix du positionnement, 73% des soignants affirment qu'il est défini en équipe (Fig. 22) et qu'ils y prennent part, alors qu'uniquement 12,5% d'entre eux l'ont identifié dans leur mission lors d'une question précédente.

Ce résultat soulève des interrogations par rapport à la place des soignants au sein de l'équipe, d'autant plus que 89% des ergothérapeutes affirment utiliser cette coopération dans le choix du positionnement. Il semble donc primordial de valoriser la place importante des soignants dans la démarche de positionnement, notamment en redéfinissant leur rôle. Chaque observation que transmettent les soignants contribue au choix et à l'ajustement du positionnement, comme détaillé dans la problématique pratique.

Les ergothérapeutes pensent intégrer les soignants dans la démarche de positionnement en les informant des objectifs de celui-ci (Fig. 23), ce résultat est cohérent avec la réponse des soignants affirmant à 89% les connaître.

Le travail d'équipe sous-entend également la notion de formation et d'intégration de savoirs à partir des connaissances des autres, comme décrits dans la problématique théorique.

D'après la 15ème question, 56% des soignants ont été formés au positionnement, principalement durant leurs études, ce qui peut être mis en relation avec l'ancienneté du diplôme, plutôt faible. Les ergothérapeutes sont fortement sensibilisés à cette démarche durant leurs études et peuvent donc être une source d'informations et transmettre leur savoir au sein des équipes.

Cependant, seulement 56% affirment avoir formés l'équipe soignante de la structure où ils travaillent actuellement, par le biais d'informations orales et de démonstrations. Pour les professionnels n'ayant jamais formé les équipes ou pour les soignants n'ayant jamais reçu de formation, la grande majorité pensent que ce serait intéressant de le mettre en place. On peut notamment souligner que le manque de formation des professionnels est identifié comme un frein à la coopération. De plus, les soignants qui affirment ne pas mettre en place les préconisations de l'ergothérapeute se justifient par le manque de connaissance du matériel et le mauvais choix de celui-ci, la formation des professionnels joue donc un rôle important pour le travail en équipe.

Certains résultats peuvent interroger ; en effet, les ergothérapeutes identifient l'incompréhension des soignants ainsi que leur manque de connaissances comme obstacles à la coopération et comme principales raisons du non-respect des préconisations. Ce résultat est surprenant, sachant qu'ergothérapeutes et soignants sont d'accord sur les principaux bénéfices et risques du positionnement. Le manque de communication influence donc sur la pratique, il est important de prendre un compte les remarques des soignants, qui installent au quotidien les aides-techniques et les manipulent plusieurs fois dans la journée. Pour une meilleure observance, les soignants doivent adhérer au choix du positionnement et au plan d'intervention fixé.

D'après la dernière question posée aux professionnels, les axes à travailler pour améliorer la coopération portent en priorité sur les supports mis à disposition, c'est-à-dire les photos, schémas et fiches explicatives du positionnement. Ergothérapeutes et soignants étant en accord sur cette réponse, ce résultat offre une première piste de réflexion pour améliorer la communication au sujet du positionnement des personnes adultes polyhandicapées.

II. Synthèse des résultats

A partir de l'analyse des résultats présentée ci-dessus, je vais tenter de répondre à la question de la recherche. Des pistes de réflexion pourront être apportées par la suite.

Nous avons vu que chaque professionnel identifiaient des interlocuteurs principaux pour communiquer au sujet du positionnement. Les ergothérapeutes ont cités en priorité les soignants et les masseurs-kinésithérapeutes, tandis que les soignants affirment interagir en priorité avec les ergothérapeutes à ce sujet. Les professionnels ont donc conscience du rôle de chacun dans la démarche de positionnement et de l'intérêt du travail en équipe.

De plus, les professionnels interrogés, aussi bien ergothérapeutes que soignants, identifient des intérêts similaires à la mise en place d'un positionnement adapté pour la personne adulte polyhandicapée. Cette similitude se retrouve également pour les répercussions liées à un mauvais positionnement.

Cependant, il existe certaines divergences dans les opinions et les ressentis des professionnels. Nous avons notamment vu que les ergothérapeutes ressentaient plus de difficultés dans la mise en place de la communication que les soignants. De plus, nous avons pu remarquer que les professionnels n'utilisaient pas en priorité les mêmes moyens de communication. Alors que les ergothérapeutes utilisent de préférence les supports écrits pour communiquer, tels que les schémas ou les photographies, les soignants emploient un mode de communication orale. Cette différence de moyen de communication utilisé peut engendrer d'importantes difficultés. Concernant l'utilisation d'un outil de communication spécifique au positionnement, les ergothérapeutes identifient en particulier l'utilisation des démonstrations et supports, ce qui n'est pas le cas des soignants, qui là encore privilégient les transmissions orales. De plus, la majorité des professionnels n'utilisant pas d'outil spécifique jugent qu'il serait intéressant d'un créer un.

Ces premiers résultats permettent d'apporter des éléments de réponses à ma question de recherche. La création d'un outil de communication, utilisable par tous les professionnels et dédié au positionnement des personnes adultes polyhandicapées pourrait permettre d'améliorer la communication entre ergothérapeutes et équipe soignante. Nous avons vu dans les précédentes parties qu'une bonne communication entre professionnels était un élément clé dans la prise en charge globale du patient, notamment pour l'amélioration de sa qualité de vie.

Cet outil spécifique pourrait être développé sous la forme de support papier avec photos et explications annotées, détaillant les étapes importantes de la mise en place du positionnement par les soignants. Ce support représenterait un outil toujours accessible aux professionnels, notamment lors des changements d'équipe. En effet, le fait d'avoir un moyen de communication écrit facilite l'accessibilité à l'information, contrairement à la transmission orale qui nécessite toujours la présence d'une autre personne. De plus, l'utilisation des photos permettrait de faciliter la compréhension des soignants au sujet de l'installation du patient, comparés aux informations orales.

En revanche, l'utilisation de cet outil spécifique nécessiterait un temps d'adaptation et de formation pour tous les professionnels. Il serait intéressant de le construire en équipe, afin qu'il convienne à un maximum de personnes et que tous puisse l'utiliser de façon optimale.

Nous avons pu remarquer dans l'analyse précédente que la majorité des professionnels ont conscience de la nécessité de communiquer entre eux mais éprouvent quelques difficultés pour y parvenir. Les raisons exprimées concernent principalement le turn-over, c'est-à-dire le changement fréquent des équipes, le manque d'écoute et d'échanges ainsi que le vocabulaire trop spécifique employé par les ergothérapeutes. Il est donc conseillé d'utiliser un langage simple et commun à chaque professionnel pour favoriser la transmission d'informations. De plus, afin de s'assurer de la cohérence des actions mise en place, les ergothérapeutes doivent être certains de la bonne compréhension des soignants concernant les préconisations. Cette vérification peut se faire sous plusieurs formes : interroger les soignants, leur demander de faire une démonstration de la mise en place du positionnement, faire une surveillance régulière… La réalisation de cette étape est importante, elle représente également un moment propice aux soignants pour interroger les ergothérapeutes sur des points techniques du positionnement.

Afin d'améliorer cette communication, il serait intéressant de formaliser des temps d'échanges au sujet du positionnement des patients, lors des réunions d'équipe notamment. En effet, les résultats ont montré que l'utilisation des transmissions orales prenait une part importante, mais l'efficacité de ce mode de communication n'a pas été démontrée. Il me semble qu'il serait intéressant d'organiser des temps de transmissions orales, formalisés, pour échanger au sujet du positionnement du patient.

L'équipe soignante serait ainsi pleinement intégrer à la démarche de positionnement et la perte d'informations serait moindre. De plus, ces temps d'échanges formalisés permettraient de redéfinir la place des soignants dans la démarche de positionnement en reprécisant l'intérêt de transmettre leurs observations au reste de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, nous avons vu que les observations des soignants étaient primordiales pour la définition des objectifs du positionnement ainsi que pendant tout le suivi de celui-ci.

Pour améliorer la communication entre ergothérapeutes et équipe soignante, la combinaison entre la création d'un outil spécifique adapté à chaque professionnel ainsi que l'organisation de temps d'échanges dédiés au positionnement semble pertinent. Néanmoins, pour que ce plan d'action améliore réellement la communication entre les professionnels, il est nécessaire que les soignants soient formés et possèdent des bases solides concernant le positionnement.

Bien qu'ils connaissent l'intérêt d'un positionnement adapté, les résultats de mon étude ont montré que les soignants ne connaissent pas toujours l'utilisation des aides-techniques à la posture ni l'intérêt de certaines préconisations. Les résultats précédents ont également révélé que la majorité des professionnels jugent les formations nécessaires. Ces formations pourraient donc être animées par les ergothérapeutes et être l'occasion de faire des démonstrations et de redéfinir la nécessité de travailler en équipe autour du positionnement.

III. Analyse réflexive

Suite à ce travail, je vais faire une autocritique de ma recherche et proposer des axes d'amélioration qui auraient pu être envisageables.

III.1 Méthodologie utilisée

Le choix d'une méthode différentielle avec l'envoi de questionnaires m'a semblé le plus pertinent afin de toucher un maximum de personnes et d'être le plus représentatif possible. Les questionnaires ont été principalement envoyés aux ergothérapeutes, qui les ont eux-mêmes distribués aux soignants de l'établissement. Cette méthode de diffusion du protocole peut être critiquée car aucun contrôle n'a été effectué sur le mode de transmission des questionnaires par les ergothérapeutes. Il est donc possible que les ergothérapeutes n'aient diffusés les questionnaires qu'à certains soignants dont ils sont « le plus proche » ou qu'ils considèrent comme étant « de meilleurs professionnels ». Certains résultats peuvent donc être à nuancer, notamment ceux concernant la coopération entre les professionnels.

Enfin, pour une question pratique, il était nécessaire qu'une personne regroupe les réponses des professionnels pour faciliter le renvoi. Celui-ci s'est effectué soit par voie informatique ou voie postale, mais toujours pas le biais des ergothérapeutes de la structure, certains soignants ont donc peut-être notés les réponses qu'ils pensaient être les réponses attendues. Le choix des questionnaires peut donc être critiqué quant à l'objectivité de chaque réponse.

III.2 Population ciblée

Il m'a semblé très pertinent d'interroger des professionnels issus de formations différentes afin de pouvoir les comparer. Cependant, nous avons vu que le nombre de réponses reçues n'était pas le même selon la profession (48 réponses de soignants contre 9 réponses d'ergothérapeutes). Bien que cette disproportion corresponde à la réalité du terrain, il existe une différence de répartition de l'échantillon pour certaines questions. Il aurait peut-être été nécessaire de développer mon questionnaire à plus d'ergothérapeutes, sans systématiquement faire appel à tous les soignants des structures ou de limiter le nombre de réponses des soignants par structure.

III.3 Les questionnaires

L'analyse des questionnaires détaillée ci-dessus a fait apparaître quelques axes d'amélioration qui auraient pu être apportés lors de la construction de l'outil. En effet, certaines questions semblent trop fermées, il aurait été intéressant de proposer plus de choix de réponses ou bien de laisser un espace pour répondre librement à la question.

De plus, certaines questions semblent avoir été mal comprises aux vues des réponses recueillies, cette incompréhension provient probablement de la formulation de la question, trop spécifique. Enfin, pour une meilleure analyse, une question aurait pu être posée concernant la présence ou non d'un coordonnateur dans l'équipe au sujet du positionnement, notamment pour organiser les différents moments d'échanges entre les professionnels.

III.4 Points forts

Il me semble que les résultats de ma recherche ont montré la nécessité d'approfondir le sujet et donc l'intérêt de ce travail. Les résultats montrent que les ergothérapeutes rencontrent des difficultés pour communiquer au sujet du positionnement des personnes adultes polyhandicapées, ce qui confirme mon constat de départ. Un besoin d'amélioration de la communication pour favoriser la qualité de vie des patients a été mis en évidence.

III.5 Apports personnels

Ce travail de recherche m'a permis d'élargir mes connaissances au sujet du polyhandicap et du positionnement. En effet, grâce à mes recherches bibliographiques, j'ai pu approfondir le sujet et prendre conscience des enjeux d'un positionnement adapté pour les personnes polyhandicapées, particulièrement fragiles. De plus, j'ai pu saisir très précisément l'intérêt du travail d'équipe et la nécessité de communiquer au sein d'une équipe pluridisciplinaire pour assurer une prise en charge cohérente et adaptée.

Ce travail m'a également enseigné une certaine méthodologie de travail et l'utilisation de données probantes pour rédiger ce mémoire. Il m'a également permis de développer mon esprit critique. J'ai pu apprendre à créer un outil de recherche et à analyser des données. J'ai également appris à relier plus facilement les apports théoriques à la pratique de l'ergothérapie, ce qui me sera utile dans ma vie de future professionnelle. Enfin, mon investissement dans cette recherche m'a enseigné une rigueur de travail pour atteindre mes objectifs et m'a permis d'acquérir une certaine confiance en moi quant à mes capacités de rédiger un travail d'initiation à la recherche. Enfin, l'élaboration de ce mémoire m'a incité à prendre contact avec différents professionnels et à m'informer sur leur pratique, ces éléments me seront bénéfiques pour ma pratique de l'ergothérapie.

IV. Perspectives de travail

Lors de mon travail, j'ai porté mes recherches sur le positionnement des personnes polyhandicapées et la nécessité de travailler en équipe. Aux vues des informations recueillies et des analyses de celles-ci, il me semblerait intéressant de travailler plus précisément autour des risques d'un mauvais positionnement. En effet, il me semble important de prendre conscience des risques encourus pour un patient lorsqu'il est mal positionné ou lorsque les techniques de manutention ne sont pas correctement réalisées. Ces éléments ont des répercussions négatives sur le positionnement et sur la qualité de la vie de la personne polyhandicapée. Une étude pourrait être réalisée sur le sujet, en proposant notamment que les ergothérapeutes assurent des formations pour les soignants sur le thème de la manutention. Ces actions de formation seraient directement en lien avec la compétence 10 du référentiel de compétences des ergothérapeutes « *Former et Informer* ».

CONCLUSION

La prise en charge des personnes polyhandicapées nécessitent des soins précis et une attention toute particulière de la part des soignants, notamment au sujet du positionnement. En effet, les troubles posturaux sont très fréquents chez ces personnes fragiles et leur prise en charge doit être adaptée. Pour cela, les ergothérapeutes et les soignants se doivent de coopérer et particulièrement de communiquer de façon régulière et optimale. En effet, ces deux catégories professionnelles possèdent des savoirs et des compétences qui se complètent pour permettre une prise en charge de qualité pour les patients. Il existe donc un lien d'interdépendance entre ces professionnels.

Cependant, j'ai pu observer durant un stage l'existence de certains dysfonctionnements liés à la communication, ayant parfois des impacts d'une grande gravité sur l'état physique et psychologique des patients. De nombreuses interrogations ont émergées suite à ces observations et j'ai donc pris la décision d'approfondir le sujet et de rechercher à améliorer la communication entre professionnels.

A partir d'une méthode différentielle basée sur l'envoi de questionnaires, j'ai interrogé des ergothérapeutes, des aides-soignants et des aides médico-psychologiques afin de comprendre leur façon de travailler ensemble et de communiquer au sujet du positionnement.

Une analyse des réponses aux questionnaires ainsi qu'une mise en relation avec mes éléments pratiques et théoriques m'ont permis de mettre en évidence la nécessité d'apporter des pistes de réflexion pour l'amélioration de la communication entre ergothérapeutes et soignants. Il semblerait que la création d'un outil spécifique pour échanger au sujet du positionnement ainsi que des temps de transmissions formalisées puissent répondre à ces besoins. En effet, la priorité est de créer des supports communs pour favoriser les échanges.

Mes recherches au sujet de la communication entre professionnels me permettent d'affirmer que des axes d'amélioration sont encore à apporter afin d'optimiser la prise en charge du patient, la réduction des risques mais également les relations entre professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- AISSAOUI R., (2011), *Aspects fondamentaux*, Positionnement au fauteuil roulant, Problèmes en médecine de rééducation, Elsevier Masson, pp 1-15.

- ANESM, (2013), *Qualité de vie en M.A.S. et en F.A.M,* Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, 94p.

- ARNHOLZ-MARCHALOT I, (2009), *Incitation à l'interdisciplinarité*, Expériences en ergothérapie, 22ème série, Sauramps médical, pp 26-31.

- BASLE G. et Coll., (2005), *Plan action polyhandicap*, Groupe Polyhandicap France, 21p.

- COCHET A., (2007), *Création d'un SESSAD pour personnes polyhandicapées : du diagnostic à la mise en œuvre*, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, Rennes.

- COMMISSION NATIONALE D'EVALUATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTE (CNEDMTS), (2011), *Produits d'assistance à la posture pour véhicules pour personnes handicapées*, HAS, 13p.

- DUSSAULT F, (2004), *Les aides techniques à la posture*, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 50p.

- FOUGEYROLLAS P. & al., (1998), *Classification québécoise du processus de production du handicap*, Québec: Réseau international sur le processus de production du handicap.

- GELIS A., (2011), *Bilan clinique de la position assise en fauteuil roulant*, Positionnement au fauteuil roulant, Problèmes en médecine de rééducation, Elsevier Masson, pp 27-33.

- GOULLET DE RUGY B., (1998), *La démarche interdisciplinaire: rêve, cauchemar ou possibilité ?*, Expérience en ergothérapie, 11ème série, pp 41-48.

- GROUPE POLYHANDICAP France, (2009), *Ethique et Polyhandicap,* UNESCO, 81p.

- HUGHES J., HEMINGWAY S., SMITH A. (2004). *Interprofessional education : nursing and occupational therapy, could old rivals integrate ?*, Nurse Education in Practise N°5, pp 10-20.

- INSERM, (2004), *Déficiences et handicaps d'origine périnatale,* Expertise collective, Inserm.

- JORDAN O., (2008), *Créer un accueil séquentiel en IME pour éviter le repli social d'adolescents polyhandicapés*, Mémoire de l'école des hautes études en santé publique, 105p.

- LEBOTERF G, (1997), *De la compétence à la navigation professionnelle*, Les éditions d'organisation, 260p.

- LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, (2010), *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute*, Bulletin officiel.

- LIAW S., ZHOU W., LAU T., SIAU C., CHAN C. (2013). *An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient,* Nurse Education Today N°34, pp 258-264.

- MAKDESSI Y., (2012), *Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités,* DREES, n°123, 30p.

- MARKO L., (2011), *Manutention, mobilisation et positionnement*, Positionnement au fauteuil roulant, Problèmes en médecine de rééducation, Elsevier Masson, pp 113-116.

- MIERMONT J., (2001), *Théorie de la communication*, Encyclopédie médico-chirurgicale, Elsevier Masson, 12p.

- MOREL-BRACQ M., (2009), *Modèles Bio-Psycho-Sociaux*, Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux, Solal, pp 39-51.

- MOTAWAJ M. (2010), *Le décès des patients polyhandicapés : l'expérience du service de pédiatrie spécialisée pour polyhandicapés de La Roche Guyon*, Nex & Com Medical Events, pp 267-271.

- NOUVEL F., & al. (2011), *Les aides techniques à la posture statique et dynamiques*, Positionnement au fauteuil roulant, Problèmes en médecine de rééducation Elsevier Masson, pp 83-87.

- S. POWELL, S. HOHENHAUS and al. (2006). *Multidisciplinary team training and the art of communication*, Clinical Pediatric Emergency Medicine, pp 238-241.

- RAUCHE C., (2007), *Quel accompagnement pour répondre à la fragilité des personnes polyhandicapées accueillies en MAS et FAM ?*, Bulletin d'informations du CREAI, 9p.

- SVENDSEN F., (1998), *L'enfant polyhandicapé : pathologie spécifique et place des troubles sensoriels*, intervention au siège d'A.P.F. Formation, 26p.

- TOMKIEWICZ. S, (1995), *Réflexions pour une éthique au quotidien dans les institutions pour enfants et adultes polyhandicapés,* Revue francophone de la déficience intellectuelle, pp 65-75.

- ZARIFIAN P., (2005), *Travail et communication*, CTNERHI, 224p.

- ZUCMAN E., (2000), *Accompagner les personnes polyhandicapées*, CTNERHI, 279p.

- ZUCMAN E., (2004*), Soigner les personnes polyhandicapées : une histoire reflet de la société,* Motricité cérébrale, Masson, pp 4-25.

Sites internet :

- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), *L'ergothérapie*, http://www.anfe.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=64 (consulté en septembre 2014)

- CIRCULAIRE N° 89-19 du 30 OCTOBRE 1989 Annexe 24 ter », http://www.handroit.com/polyhandicapes.htm, (consulté en octobre 2014)

- CNSA, *Le polyhandicap*, http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/H_GPF_LE_POLYHANDICAP, (consulté en octobre 2014)

- Légifrance : www.legifrance.gouv.fr (consulté en mars 2015)

- Onisep : www.onisep.fr (consulté en janvier 2015)

- Organisation mondiale de la Santé (OMS) : http://www.who.int/fr/ (consulté en mai 2015)

ANNEXES

Annexe I : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute

Annexe II : Référentiel de compétences de l'aide médico-psychologique

Annexe III : Référentiel de compétences de l'aide-soignant

Annexe IV : Matrice théorique

Annexe V : Questionnaire destiné aux ergothérapeutes

Annexe VI : Questionnaire destiné aux AS et AMP

Annexe VII : Lettre accompagnant les questionnaires

Annexe I : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
BO Santé – Protection sociale – Solidarité n o 2010/7 du 15 août 2010, Page 170.

ARRETE DU 5 JUILLET 2010
ANNEXE I
DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Compétence 1 : Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique
1. Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social
2. Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation
3. Conduire un entretien visant au recueil d'informations
4. Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention
5. Evaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie
6. Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel
7. Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé
8. Elaborer et formuler un diagnostic ergothérapique prenant en compte la complexité de la situation de handicap
9. Assurer la traçabilité des éléments recueillis, dans le dossier du patient

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement
1. Analyser les éléments de la prescription médicale, le cas échéant, et du diagnostic ergothérapique en sélectionnant les éléments utiles à l'intervention ergothérapique
2. Choisir un modèle d'intervention ergothérapique et sélectionner des techniques pertinentes afin de satisfaire les besoins d'activité et de santé des individus et des populations. 3. Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne
4. Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales de l'activité
5. Elaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité
6. Concevoir des mises en situation écologique permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie

7. Adapter le plan d'intervention avec la personne, son entourage, et l'équipe de professionnels en respectant les différences individuelles, les croyances culturelles, les coutumes et leur influence sur l'activité et l'implication sociale
8. Prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement
9. Evaluer les besoins en aides humaines et animalières, et argumenter les attributions de moyens correspondants
10. Elaborer un cahier des charges répondant au projet d'intervention en ergothérapie et le faire évoluer
11. Préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement, pour promouvoir le droit à l'implication sociale
12. Identifier les risques liés aux interventions et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées
13. Formaliser un suivi à distance du projet et des interventions en ergothérapie

Compétence 3 : Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie
1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité
2. Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes
3. Installer la personne de façon appropriée et ergonomique
4. Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité
5. Evaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité
6. Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels :
- techniques d'entrainement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel
- techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuro-motrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive
-techniques de guidance et d'accompagnement
-techniques de compensation et de remédiation
7. Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie
8. Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance
9. Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique
10. Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie
11. Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social
12. Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité

Compétence 4 : Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques

1. Préconiser des adaptations, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques, et aménager l'environnement en conséquence pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement 2. Concevoir l'orthèse provisoire, extemporanée, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, appropriée selon la prescription médicale et en tenant compte de la synthèse des informations contenues dans le dossier du patient et du diagnostic ergothérapique
3. Choisir les matériels et matériaux requis pour l'intervention ergothérapique
4. Installer confortablement la personne en vue de la fabrication de l'orthèse provisoire et mettre en place des éléments propres à la protection des téguments, à la sécurité et au confort
5. Identifier les étapes de la réalisation des orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique et les fabriquer sans utiliser la technique du moulage, et adapter les orthèses de série ou provisoires et les aides techniques
6. Evaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage, des aides techniques et des assistances technologiques et s'assurer de leur innocuité, notamment en situation d'activité
7. Expliquer à la personne et à son entourage les buts, la réalisation, la surveillance, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage orthétique ou prothétique et de l'aide technique ou animalière, et de l'assistance technologique
8. Sélectionner et préconiser les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques en tenant compte du recueil d'information, de l'entretien, des évaluations préalables, et du projet de la personne et de l'avis de l'équipe médicale impliquée dans le suivi
9. Expliquer la mise en place, l'utilisation et la surveillance des appareillages, des aides techniques et des assistances technologiques, au sein de la structure de soins puis dans le milieu ordinaire de vie

Compétence 5 : Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique

1. Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées et repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives2. Adapter son comportement et sa pratique professionnelle à la fois à la personne ou au groupe de personnes et à l'entourage
3. Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé
4. Communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne ou le groupe de personnes dans l'expression des besoins de santé
5. Acquérir et développer une posture éducative notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne ou le groupe de personnes
6. Concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de l'état de santé
7. Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives, en utilisant des techniques et des outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités signifiantes et significatives

8. Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines
9. Evaluer la démarche éducative et ses effets et apporter en conséquence des ajustements
10. Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de l'état pathologique de la personne
11. Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leur savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale
12. Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités signifiantes et significatives

Compétence 6 : Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
1. Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation
2. Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique
4. Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun
5. Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique

Compétence 7 : Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle
1. Analyser sa pratique professionnelle au regard des valeurs professionnelles, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique et de la culture des personnes concernées
2. Evaluer les interventions en ergothérapie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, et au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires
3. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse et de l'évaluation et selon la démarche qualité
4. Développer une pratique visant à promouvoir les droits à la participation sociale liée à l'évolution de sciences et des techniques et analysée au regard d'une étude bénéfices/risques
5. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels afin de s'assurer que l'accent est mis sur l'activité, la performance dans les activités et la participation
6. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'ergothérapie

Compétence 8 : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Conduire une recherche documentaire et bibliographique en exploitant les bases de données et les réseaux locaux, nationaux et internationaux
2. Sélectionner, analyser, critiquer et synthétiser les documents professionnels et scientifiques et organiser sa propre documentation professionnelle
3. Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves, garantissant une pratique actualisée et pertinente pour le client
4. Formaliser et rédiger les procédures, protocoles et préconisations en ergothérapie à partir de la recherche documentaire
5. Identifier les besoins de recherche relatifs à l'activité, l'ergothérapie et / ou la science de l'activité humaine et formuler des questions de recherche pertinentes
6. Concevoir et conduire des études et travaux de recherche en équipe dans les domaines de l'ergothérapie et de la santé, en tenant compte des aspects éthiques dans un objectif d'amélioration de la qualité des prestations
7. Elaborer des documents professionnels en vue de communication orale et écrite

Compétence 9 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs

1. Coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale
2. Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents
3. Comprendre et appliquer les principes de gestion à leur lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie
4. Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie
5. Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur
6. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques
7. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels
8. Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités
9. Evaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre

Compétence 10 : Former et informer

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure
2. Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation
3. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique
4. Organiser des situations d'apprentissage pour les stagiaires
5. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage
6. Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité en expliquant les relations entre la performance dans les activités, la santé et le bien-être
7. Prendre un rôle actif dans le développement, l'amélioration et la promotion de l'ergothérapie en s'appuyant sur les concepts théoriques de l'ergothérapie et plus spécifiquement le besoin d'agir des êtres humains et leurs performances dans les activités

Annexe II : Référentiel de compétences de l'aide médico-psychologique

I - Accompagnement et aide individualisée aux personnes dans les actes de la vie quotidienne

Associer aux actes essentiels de la vie quotidienne des moments d'échange privilégiés
Veiller au respect du rythme biologique (sommeil, repas,...)
Assurer lever, sieste, coucher, installer la personne dans une position en rapport avec son état de santé
Aider aux soins d'hygiène en fonction de l'autonomie ou du handicap, à l'habillage et au déshabillage
Veiller et participer à la prise des repas conformément au régime prescrit, à l'hydratation et à l'élimination
Sous la responsabilité de l'infirmier, effectuer certains soins et aider à la prise de médicaments sous forme non injectable
Observer et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé (thermorégulation, diurèse, symptômes et effets des traitements...)
Intervenir et alerter en cas de situations d'urgence (chutes, étouffements...)
Prendre part à la décoration, l'esthétique, l'organisation et l'entretien du cadre de vie
Faire participer la personne aux diverses tâches quotidiennes
Aider aux déplacements
Aider à préserver l'image de soi (esthétique...)
Veiller au confort (relaxation, bains...)

II - Accompagnement dans la relation à l'environnement / Maintien de la vie sociale

Assurer un suivi individuel dans les activités suivantes :
Proposer des modes relationnels et de communication adaptés à chacun
En lien avec l'équipe pluridisciplinaire, proposer des activités d'éveil et de développement de repères
Travailler les apprentissages en lien avec le projet éducatif ou d'accompagnement
Favoriser l'autonomie de la personne et le maintien des acquis
Aider au maintien et au développement des liens familiaux et sociaux
Susciter, stimuler la participation citoyenne et l'inscription dans la vie de la cité
Proposer des activités adaptées aux capacités, aux désirs et aux besoins de la personne (actualités, culture, lecture, jeux, divertissements...)
Accompagner les déplacements internes et externes (courses, dentiste, médecin...)
Assurer un suivi collectif dans les activités suivantes :
Accompagner le groupe dans les changements de la vie relationnelle et sociale (arrivées, départs, décès...)
Faciliter l'intégration des individus dans le groupe
Gérer les situations de conflit
Proposer des activités et assurer l'encadrement du groupe (sorties, loisirs, spectacles, repas, fêtes, séjours, vacances, animation d'unités de vie)

III - Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé dans le cadre du projet institutionnel

Etablir une relation personnalisée avec chaque personne
Observer la personne dans sa vie quotidienne : son état de santé (et ses variations), son comportement (et ses changements), les signes de bien-être et de souffrance, ses capacités, ses difficultés, ses goûts, ses habitudes culturelles et ses repères spatio-temporels
Echanger les informations recueillies au sein de l'équipe pluri-professionnelle et les exploiter

Participer à la mise en place d'un projet individualisé pour la personne, en lien avec l'équipe et dans le respect du projet institutionnel, visant à maintenir ses capacités, accroître son autonomie (par exemple : les repas...) ou accompagnant la régression voire la fin de vie.
Suivre ce projet, l'évaluer et rendre compte au sein de l'équipe

IV - Participation à la vie institutionnelle

Prendre connaissance du projet institutionnel, ce qui permet de situer l'institution dans ses missions et de repérer sa place de professionnel dans le fonctionnement général
Repérer, évaluer et transmettre les attentes des personnes au niveau institutionnel
Transmettre de l'information oralement et par écrit
Participer aux réunions d'institutionnelles, de synthèse, aux commissions, aux groupes de paroles
Participer à des réunions d'expression avec les résidents
Participer à l'élaboration d'outils d'observation et d'évaluation
Mettre en œuvre, avec l'équipe, le projet de vie
Accueillir, informer et orienter les familles et les visiteurs en référence au projet institutionnel
Entretenir et actualiser sa culture professionnelle (formation continue, lecture, réunions de professionnels...)
Accueillir et accompagner les stagiaires
Participer à l'intégration de nouveaux professionnels
Participer à la gestion matérielle en proposant des aménagements
Gérer de petits budgets d'activités

Annexe III : Référentiel de compétences de l'aide-soignant

Unité 1 : Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie

Savoir-faire :

- Identifier les besoins essentiels de la personne et prendre en compte sa culture, ses habitudes de vie, ses choix et ceux de sa famille
- Repérer l'autonomie et les capacités de la personne
- Apporter son aide pour la toilette, l'habillage, la prise de repas, l'élimination e le déplacement en l'adaptant aux besoins et aux capacités de la personne et en respectant les règles d'hygiène et de pudeur
- Stimuler la personne, lui proposer des activités contribuant à maintenir son autonomie et à créer du lien social

Unité 2 : Apprécier l'état clinique d'une personne

Savoir-faire:

- Observer la personne et apprécier les changements de son état clinique
- Identifier les signes de détresse et de douleur
- Mesurer les paramètres vitaux en utilisant les outils spécifiques et réaliser les courbes de surveillance
- Identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux âges de la vie
- Identifier les risques liés à la situation de la personne
- Discerner le caractère urgent d'une situation et alerter

Unité 3 : Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne

Savoir-faire :

- Rechercher les informations sur les précautions particulières à respecter lors du soin
- Identifier et appliquer les règles d'hygiène et de sécurité associées aux soins à la personne
- Organiser l'activité de soin en fonction de l'environnement et de la personne
- Choisir le matériel approprié au soin
- Réaliser les soins dans le respect de la personne, de son autonomie, de son intimité et en tenant compte, des appareillages et matériels d'assistance médicale : soins liés à l'hygiène corporelle et au confort, à l'alimentation, à l'élimination, au sommeil et aide de l'infirmier à la réalisation de soins
- Adapter les modalités de réalisation du soin à l'état de la personne et à ses habitudes de vie
- Evaluer la qualité du soin réalisé et réajuster le cas échéant

Unité 4 : Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes

Savoir-faire :

- Identifier et appliquer les principes d'ergonomie et de manutention lors des mobilisations, des aides à la marche et des déplacements
- Identifier et appliquer les règles de sécurité et de prévention des risques, notamment ceux liés aux pathologies et à l'utilisation du matériel médical
- Installer la personne en tenant compte de ses besoins, de sa pathologie, de son handicap, de sa douleur et des différents appareillages médicaux

Unité 5 : Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage

Savoir-faire :

- Ecouter la personne et son entourage et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement
- S'exprimer et échanger en adaptant son niveau de langage, dans le respect de la personne et avec discrétion
- Expliquer le soin réalisé, les raisons d'un geste professionnel et apporter des conseils sur les actes de la vie courante
- Faire exprimer les besoins et les attentes de la personne, les reformuler et proposer des modalités adaptées de réalisation du soin
- Apporter des informations pratiques adaptées lors de l'accueil dans le service dans le respect du règlement intérieur
- Identifier les limites de son champ d'intervention dans des situations de crise, de violence en prenant du recul par rapport à la personne et à sa situation

Unité 6 : Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Savoir-faire :

- Identifier et choisir le matériel et les produits appropriés
- Doser et utiliser les produits en fonction des procédures et des fiches techniques
- Utiliser les techniques de nettoyage appropriées, notamment pour lutter contre les infections nosocomiales, en appliquant les protocoles et les règles d'hygiène et de sécurité
- Identifier et respecter les circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets
- Installer le mobilier et le matériel de la chambre en l'adaptant à l'état de la personne
- Utiliser les techniques de rangement et de stockage adaptées
- Apprécier l'efficacité des opérations d'entretien et identifier toute anomalie
- Repérer toute anomalie dans le fonctionnement des appareils médicaux et alerter

Unité 7 : Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

Savoir-faire :

- Identifier et rechercher les informations nécessaires sur les précautions particulières à respecter lors d'un soin et permettant de prendre en compte la culture du patient, ses goûts, son régime
- Transmettre les informations liées à la réalisation du soin et alerter en cas d'anomalie par oral, par écrit ou en utilisant les outils informatisés
- S'exprimer au sein de l'équipe de soin en utilisant un langage et un vocabulaire professionnel
- Renseigner des documents assurant la traçabilité des soins en appliquant les règles
- Rechercher et organiser / hiérarchiser l'information concernant le patient
- Discerner les informations à transmettre dans le respect des règles déontologiques et du secret professionnel

Unité 8 : Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle

Savoir-faire :

- Identifier son propre champ d'intervention en particulier au regard des compétences infirmières
- Organiser sa propre activité au sein de l'équipe en tenant compte de la planification de l'ensemble des activités du service et dans le respect des règles d'hygiène
- Utiliser les outils de planification du service pour organiser sa propre activité

Annexe IV : Matrice théorique S : Soignants / E : Ergothérapeutes

THEORIES – CONCEPTS – MODELES (auteur, année)	CRITERES	INDICATEURS	INDICES	QUESTIONS	
				S	E
Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas, 1998)	Facteurs de risques	Risques biologiques	Déclin fonctionnel Pathologies musculaires ou articulaires Déficit postural Etat de santé et condition physique Développement	**1** **2**	**1** **2**
		Risques liés à l'environnement physique	Aides-techniques à la posture non adaptées Matériels de manutention/transfert non adaptés Positionnement au fauteuil roulant/lit	**2**	**2**
		Risques liés à l'organisation sociale	Organisation des services et conditions de travail des professionnels Croyances et coutumes des professionnels	**1** **2** **6** **14** **15** **17**	**1** **2** **6** **18** **15** **19**
		Risques liés aux comportements individuels et sociaux	Risques liés aux comportements des professionnels Regard de l'autre Atteintes par les autres résidents	**6** **14** **17** **18**	**6** **18** **19** **20**
		Causes	Déclenchantes Aggravantes	**2**	**2**

Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas, 1998)	Facteurs personnels	Systèmes organiques	Complications orthopédiques Etat cutané Etat respiratoire Etat digestif Urinaire Système sensoriel Système musculaire Système cardiovasculaire Morphologie	**1** **2**	**1** **2**
		Aptitudes	Langage (expression et compréhension) Capacités motrices en infra douloureux (port de tête droit, avancer le bras, mouvements…) Regard à l'horizontal Respiration, digestion Activités intellectuelles	**1** **2**	**1** **2**
	Facteurs environnementaux	Facteurs sociaux	<u>Facilitateurs ou obstacles :</u> Communication et collaboration de l'équipe Formation des équipes soignantes aux techniques de positionnement Règles sociales (habitudes, coutumes, valeurs…)	**1** **2** **4** **6** **8** **7**	**1** **2** **4** **6** **8** **7**

Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas, 1998)		Facteurs physiques	Méconnaissance du handicap Turn-over des équipes Matériel non adapté	**14**	**18**
	Habitudes de vie	Nutrition Condition corporelle Soins personnels Communication Déplacements Relation interpersonnelles Loisirs	Repas Repos Soins corporels élémentaires (toilette, habillage) Orale, écrite et communication corporelle En intérieur, en extérieur et transports Relations sociales et affectives Jeux et activités diverses	**12**	**12**

THEORIES-CONCEPTS-MODELES (auteur, année)	CRITERES	INDICATEURS	INDICES	QUESTIONS	
				S	E
Communication (Shannon & Weaver (1949), Jakobson (1963))	Message	Contenu du message	Informations données Explications fournies Démonstrations Informations entendues par le récepteur	**11 12 13 16**	**11 12 13 16**
	Récepteur	Fonction Statut Formation	Ergothérapeute Equipe de soins : AS/AMP	**5 9 10**	**5 9 10**
	Emetteur				
	Canal	Communication orale Communication écrite	Réunions, staff Transmissions orales / échanges informels Téléphone Transmissions écrites / informelles Mails Dossier du patient Notes de services Pictogrammes Schémas Fiches	**4 8**	**4 8**

Communication (Shannon & Weaver (1949), Jakobson (1963))	Feed-back	Direct ou indirect Verbal ou non verbal	Message compris Application dans la pratique Amélioration	**14 15 16**	**14 15 16**
	Obstacles (Bruits)	Matériels Humains	Disponibilité du récepteur et/ou de l'émetteur Difficultés liées à l'organisation Manque d'intérêt Manque d'écoute Modification du message initial Incompréhension Aucune question posée	**6 7**	**6 7**
	Code	Langage commun	Vocabulaire adapté au récepteur Vocabulaire spécifique, médical	**6 7**	**6 7**

THEORIES-CONCEPTS-MODELES (auteur, année)	CRITERES	INDICATEURS	INDICES	QUESTIONS	
				S	E
Interprofessionnalité	Equipe	Les membres de l'équipe pluridisciplinaire	Ergothérapeute Aide-soignant AMP Autres professionels	**5** **9** **10**	**5** **9** **10**
	Collaboration Coopération	Projet de vie du patient	Objectifs communs Travail dans le même sens Aucune contradiction dans les actions	**1** **2** **3** **11** **12** **13**	**1** **2** **3** **11** **12** **13**
		Travail d'équipe	Identité professionnelle Connaissances des autres professions Croyances Rôles définis Volonté de collaborer Complémentarité des prises en charges Formation	**3** **9** **13** **15** **17**	**3** **9** **14** **15** **19** **17**
		Communication	Temps propices aux échanges d'informations Obligations de temps de transmissions Langage commun Outils spécifiques	**6** **7** **9**	**6** **7** **9**

Annexe V : Questionnaire destiné aux ergothérapeutes

Questionnaire destiné aux ergothérapeutes

D'après le Conseil Consultatif des aides-techniques, le positionnement est une *« opération visant à placer une personne dans une position donnée au moyen d'une aide-technique à la posture. »*

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel. **Il comporte 21 questions réparties sur 6 pages,** merci d'y répondre intégralement**.** Lorsque rien n'est spécifié, vous pouvez cocher autant de réponses que vous le souhaitez.

Dans ce questionnaire, les professions d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique sont regroupées sous le terme « équipe soignante ».

Questions d'introduction :

Dans quelle structure travaillez-vous ? (1 seule réponse)

☐ Maison d'Accueil Spécialisée ☐ Foyer d'Accueil Médicalisé

Depuis quand travaillez-vous dans cette structure ? (1 seule réponse)

Date d'entrée de la structure : ……

Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ? (1 seule réponse)

Date d'obtention du diplôme : ……

Questions :

Question 1 : Pour vous, le positionnement est un acte nécessaire pour : (3 réponses maximum)

☐ Améliorer le confort du patient ☐ Stabiliser la posture

☐ Prévenir les déformations orthopédiques ☐ Prévenir le risque d'escarre

☐ Réduire les douleurs du patient ☐ Faciliter la réalisation des soins

☐ Favoriser la communication ☐ Améliorer les fonctions physiologiques

☐ Facilité la réalisation des activités de la vie quotidienne

☐ Autre (précisez) : ……

Question 2 : Quelles sont, selon-vous, les répercussions d'un maintien prolongé d'un mauvais positionnement ?

☐ Cutané ☐ Fonctionnel ☐ Respiratoire ☐ Nutritionnel

☐ Social ☐ Psychologique

☐ Autre (précisez) : ……..……

Question 3 : Dans votre pratique professionnelle, vous intervenez dans la démarche de positionnement pour :

☐ Faire le choix du positionnement ☐ Assurer l'hygiène et le nettoyage

☐ Evaluer le positionnement ☐ Installation quotidienne du patient

☐ Contrôler et surveiller ☐ Essais

☐ Fixer les objectifs ☐ Repositionnement

☐ Aucune intervention ☐ Recherche de solutions matérielles

☐ Autre (précisez) ……

Question 4 : Quels sont les outils que vous utilisez pour communiquer au sujet du positionnement ?

☐ Téléphone ☐ Réunion d'équipe ☐ Schéma/Photographie

☐ Mail ☐ Transmission orale ☐ Note de service

☐ Transmission écrite ☐ Dossier patient ☐ Fiche explicative

☐ Autres (précisez) :…… ……

Question 5 : Avec quels professionnels communiquez-vous principalement au sujet du positionnement ? (Classez de 1 à 3, de l'échange le plus important au moins important)

☐ Médecin ☐ Ergothérapeute ☐ Infirmier

☐ Kinésithérapeute ☐ Cadre de santé ☐ Aide-soignant

☐ Aide médico-psychologique

☐ Autre (précisez) :……...

Question 6 : Rencontrez-vous des difficultés pour communiquer au sujet du positionnement ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Question 7 : Si oui, d'après-vous quelles sont les raisons de ces difficultés ?

☐ Manque de disponibilité ☐ Manque de temps d'échanges

☐ Manque d'écoute ☐ Manque de moyens

☐ Manque de volonté ☐ Manque de formation

☐ Manque d'encadrement ☐ Mauvaise compréhension des messages transmis

☐ Vocabulaire trop spécifique ☐ Turn-over (changement d'équipe)

☐ Autre (précisez) : ……

Question 8 : Utilisez-vous un outil de communication spécifique au positionnement des patients ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel :

……

Si non, pensez-vous qu'il serait utile d'en créer un ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Question 9 : D'après vous, dans le cadre du positionnement, il est : (1 seule réponse)

☐ Indispensable de communiquer avec l'équipe soignante

☐ Intéressant de communiquer avec l'équipe soignante

☐ Pas nécessaire de communiquer avec l'équipe soignante

☐ Inutile de communiquer avec l'équipe soignante

Question 10 : Lorsque vous avez une observation en lien avec le positionnement, vous informez en priorité : (2 réponses maximum)

☐ Médecin ☐ Kinésithérapeute ☐ Ergothérapeute

☐ Cadre de santé ☐ Infirmier ☐ Aide-soignant

☐ Aide médico-psychologique

☐ Autre (précisez) : ……

Question 11 : Le choix et la démarche d'un positionnement sont-ils définis en équipe pluridisciplinaire ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Question 12 : Informez-vous l'équipe soignante des objectifs d'un positionnement lorsqu'il est mis en place pour un patient ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Question 13 : Tenez-vous compte des observations transmises par l'équipe soignante à propos d'un positionnement? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ? :
……
……
……

Question 14 : Transmettez-vous les résultats de vos observations à l'équipe soignante ?

(1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ? :
……
……
……

Question 15 : Avez-vous formé l'équipe soignante de votre structure à la démarche de positionnement ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Si oui, sous quelle(s) forme(s) :

☐ Information

☐ Formation avec démonstration

☐ Autre (précisez) :
……
……
……

Si non, jugez-vous qu'une formation serait nécessaire ?

☐ Oui ☐ Non

Question 16 : Lorsque vous préconisez un positionnement ou une aide technique à la posture, auprès de l'équipe soignante, vous :

☐ Expliquez comment mettre en place ces aides-techniques et les retirer

☐ Expliquez l'objectif de ce positionnement

☐ Faites une démonstration

☐ Vous assurez la bonne compréhension de l'équipe soignante

☐ Aucune de ces propositions

Question 17 : Vérifiez-vous régulièrement si le positionnement ou les aides-techniques que vous avez préconisé sont correctement mis en place par l'équipe soignante ?

(1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ?

……
……
……

Question 18 : Lorsque vos préconisations ne sont pas respectées et que les aides-techniques sont mal utilisées, selon-vous, quelles en sont les raisons ?

☐ Manque de volonté ☐ Manque de temps

☐ Manque d'explications ☐ Manque de connaissances

☐ Manque de démonstrations ☐ Manque de personnel

☐ Matériel compliqué à utiliser ☐ Incompréhension de l'intérêt du positionnement

☐ Cette situation n'arrive pas, les préconisations sont respectées

☐ Autre (précisez) :

……
……
……

Question 19 : Globalement, êtes-vous satisfait de la collaboration entre ergothérapeutes et équipe soignante dans votre pratique ? (1 seule proposition)

☐ Oui ☐ Non

Question 20 : Pensez-vous que l'équipe soignante doit être plus impliquée dans la démarche de positionnement ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ? :

……
……
……

Question 21 : D'après-vous, quels sont les points à améliorer ?

☐ La communication et les explications données

☐ Les supports à votre disposition : photos, schémas, fiches explicatives

☐ Les démonstrations

☐ Autres (précisez) :

……
……
……

Avez-vous des remarques ?

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Merci de votre participation.

Annexe VI : Questionnaire destiné aux AS et AMP

Questionnaire destiné aux aides-soignant(e)s et aux aides médico-psychologiques

D'après le Conseil Consultatif des aides-techniques, le positionnement est une *« opération visant à placer une personne dans une position donnée au moyen d'une aide-technique à la posture. »*

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel. **Il comporte 19 questions réparties sur 5 pages,** merci d'y répondre intégralement**.** Lorsque rien n'est spécifié, vous pouvez cocher autant de réponses que vous le souhaitez.

Questions d'introduction :

Quelle est votre profession ? (1 seule réponse)

☐ Aide-soignant(e) ☐ Aide Médico-Psychologique

Dans quelle structure travaillez-vous ? (1 seule réponse)

☐ Maison d'Accueil Spécialisée ☐ Foyer d'Accueil Médicalisé

Depuis quand travaillez-vous dans cette structure ? (1 seule réponse)

Date d'entrée de la structure : ……

Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ? (1 seule réponse)

Date d'obtention du diplôme : ……

Questions :

Question 1 : Pour vous, le positionnement est un acte nécessaire pour : (3 réponses maximum)

☐ Améliorer le confort du patient ☐ Stabiliser la posture

☐ Prévenir les déformations orthopédiques ☐ Prévenir le risque d'escarre

☐ Réduire les douleurs du patient ☐ Faciliter la réalisation des soins

☐ Favoriser la communication ☐ Améliorer les fonctions physiologiques

☐ Facilité la réalisation des activités de la vie quotidienne

☐ Autre (précisez) : ……

Question 2 : Quelles sont, selon-vous, les répercussions d'un maintien prolongé d'un mauvais positionnement ?

☐ Cutané ☐ Fonctionnel ☐ Respiratoire ☐ Nutritionnel

☐ Social ☐ Psychologique ☐ Autre (précisez) : ……

Question 3 : Dans votre pratique professionnelle, vous intervenez dans la démarche de positionnement pour :

☐ Faire le choix du positionnement ☐ Assurer l'hygiène et le nettoyage

☐ Evaluer le positionnement ☐ Installation quotidienne du patient

☐ Contrôler et surveiller ☐ Essais

☐ Fixer les objectifs ☐ Repositionnement

☐ Aucune intervention ☐ Recherche de solutions matérielles

☐ Autre (précisez) : ……....

Question 4 : Quels sont les outils que vous utilisez pour communiquer au sujet du positionnement ?

☐ Téléphone ☐ Réunion d'équipe ☐ Schéma/Photographie

☐ Mail ☐ Transmission orale ☐ Note de service

☐ Transmission écrite ☐ Dossier patient ☐ Fiche explicative

☐ Autres (précisez) : ……

Question 5 : Avec quels professionnels communiquez-vous principalement au sujet du positionnement ? (Classez de 1 à 3, de l'échange le plus important au moins important)

☐ Médecin ☐ Ergothérapeute ☐ Infirmier

☐ Kinésithérapeute ☐ Cadre de santé ☐ Aide-soignant

☐ Aide médico-psychologique

☐ Autre (précisez) : ……

Question 6 : Rencontrez-vous des difficultés pour communiquer au sujet du positionnement ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Question 7 : Si oui, d'après-vous quelles sont les raisons de ces difficultés ?

☐ Manque de disponibilité ☐ Manque de temps d'échanges

☐ Manque d'écoute ☐ Manque de moyens

☐ Manque de volonté ☐ Manque de formation

☐ Manque d'encadrement ☐ Mauvaise compréhension des messages transmis

☐ Vocabulaire trop spécifique ☐ Turn-over (changement d'équipe)

☐ Autre (précisez) : ……

Question 8 : Utilisez-vous un outil de communication spécifique au positionnement des patients ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel : ……

Si non, pensez-vous qu'il serait utile d'en créer un ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Question 9 : D'après vous, dans le cadre du positionnement, il est : (1 seule réponse)

☐ Indispensable de communiquer avec les ergothérapeutes

☐ Intéressant de communiquer avec les ergothérapeutes

☐ Pas nécessaire de communiquer avec les ergothérapeutes

☐ Inutile de communiquer avec les ergothérapeutes

Question 10 : Lorsque vous avez une observation en lien avec le positionnement, vous informez en priorité : (2 réponses maximum)

☐ Médecin ☐ Kinésithérapeute ☐ Ergothérapeute

☐ Cadre de santé ☐ Infirmier ☐ Aide-soignant

☐ Aide médico-psychologique

☐ Autre (précisez) : ……

Question 11 : Le choix et la démarche d'un positionnement sont-ils définis en équipe pluridisciplinaire ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Question 12 : Connaissez-vous les objectifs d'un positionnement lorsqu'il est mis en place pour un patient ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Question 13 : Transmettez-vous les résultats de vos observations aux ergothérapeutes ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ? :

……
……
……

Question 14 : Vous arrive-t-il de ne pas mettre en place le positionnement ou les aides-techniques préconisés par l'ergothérapeute pour un patient ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi ? :

……
……
……

Question 15 : Avez-vous reçu une formation à propos du positionnement ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle/lesquelles :

☐ Durant vos études

☐ Par le biais des formations complémentaires

☐ Au sein de l'institution

Si non, jugez-vous qu'une formation serait nécessaire ?

☐ Oui ☐ Non

Question 16 : Lorsque l'ergothérapeute préconise un positionnement ou une aide technique à la posture, il/elle :

☐ Explique comment mettre en place ces aides-techniques et les retirer

☐ Explique l'objectif de ce positionnement

☐ Fait une démonstration

☐ S'assure de votre bonne compréhension

☐ Aucune de ces propositions

Question 17 : Globalement, êtes-vous satisfait de la collaboration entre ergothérapeutes et équipe soignante dans votre pratique ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Question 18 : Vous sentez-vous suffisamment intégré à la démarche de positionnement : réflexion, détermination des objectifs, essais, choix, évaluation etc… ? (1 seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ?

……
……
……

Question 19 : D'après-vous, quels sont les points à améliorer ?

☐ La communication et les explications données

☐ Les supports à votre disposition : photos, schémas, fiches explicatives

☐ Les démonstrations

☐ Autres (précisez) : ……..……..

Avez-vous des remarques ?

……
……
……
…….....

Merci de votre participation.

Annexe VII : Lettre accompagnant les questionnaires

TAUPIN Morgane
Adresse
Téléphone
Mail

à CLERMONT-FERRAND, le 9 mars 2015

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en troisième année à l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne, je réalise un mémoire de fin d'études. Ce travail d'initiation à la recherche contribue à l'obtention du diplôme d'ergothérapeute.

Je m'intéresse au travail d'équipe et à la communication entre ergothérapeutes et équipe soignante dans le positionnement des personnes adultes polyhandicapées.

Je me permets de vous contacter et de solliciter votre participation à ce travail. Vous trouverez ci-joint un questionnaire à remplir, je tiens à vous préciser qu'il est anonyme et confidentiel et ne sera exploité que pour ce travail de recherche.

Je vous serais reconnaissante de répondre seul(e) et le plus objectivement possible à toutes les questions. Il n'y a pas de réponses justes ou fausses, répondez ce qui vous semble le plus adapté. N'hésitez pas à faire autant de commentaires que vous le souhaitez. Merci de renvoyer ce questionnaire à l'adresse mail ou postale indiquées ci-dessus, au plus tard le 30 mars 2015.

Dans l'attente d'une réponse favorable de votre part, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Morgane TAUPIN

Résumé :

Les personnes adultes polyhandicapées présentent un grand nombre de déficiences et notamment d'importants troubles posturaux. Ceux-ci doivent être particulièrement pris en charge et le positionnement des personnes polyhandicapées doit être le plus adapté possible afin de favoriser l'amélioration de la qualité de vie des patients. Les ergothérapeutes ont un rôle d'expert dans cette démarche de positionnement, les soignants, quant à eux, sont présents au quotidien avec le patient et l'accompagnent dans tous les actes de la vie quotidienne. Une bonne coopération entre ergothérapeutes et soignants est donc primordial ; ce qui n'est pas toujours le cas dans la pratique courante. A l'aide de modèles et théories conceptuels tels que le Processus de Production du Handicap (PPH), la communication et l'interdisciplinarité, ce travail vise à déterminer comment communiquent les ergothérapeutes et soignants dans la démarche de positionnement des personnes polyhandicapées. Une étude basée sur les résultats de 57 questionnaires cherche à apporter des éléments de réponses concernant l'amélioration de la communication des professionnels.

Mots clés : Polyhandicap / Positionnement / Ergothérapie / Communication

Abstract :

Adults with multiple disabilities have a large number of deficiencies, including significant postural disorders. These should be particularly treated and the positioning of such patients must be as suitable as possible in order to improve their quality of life. Occupational therapists have an expert role in this positioning process. On the other hand, caregivers are present every day with patients and accompany them in all their daily activities. Good cooperation between occupational therapists and caregivers is therefore essential, but not always the case in current practice. Using conceptual models and theories such as the Disability Creation Process (DCP), communication, and interdisciplinarity, this work aims to determine how occupational therapists and caregivers communicate in the positioning process of adults with multiple disabilities. A study based on the results of 57 questionnaires seeks to provide some answers concerning the improvement of the communication between professionals.

Keywords : Multiple disabilities / Positioning / Occupational Therapy / Communication