



HAL
open science

Rôle de l'ergothérapeute dans la reprise de l'autonomie fonctionnelle du sujet âgé fragile hospitalisé en court séjour

Isabel Obal

► To cite this version:

Isabel Obal. Rôle de l'ergothérapeute dans la reprise de l'autonomie fonctionnelle du sujet âgé fragile hospitalisé en court séjour. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01219494

HAL Id: dumas-01219494

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219494v1>

Submitted on 22 Oct 2015

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

**INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN
ERGOTHERAPIE D'Auvergne**

OBAL Isabel

UE 6.5 Mémoire d'initiation à la
recherche

**Rôle de l'ergothérapeute dans la reprise de l'autonomie
fonctionnelle du sujet âgé fragile hospitalisé en court séjour**

REMERCIEMENTS

« Sous la direction du Professeur Emmanuel Coudeyre maître de mémoire »

Je tiens à remercier Emmanuel Coudeyre, Chef de service de Médecine Physique et de Réadaptation de clermont-Ferrand, pour son accompagnement comme maître de mémoire, sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements.

Je tiens à remercier les ergothérapeutes, les infirmières et les médecins qui ont pris le temps de répondre avec intérêt à mes entretiens et ont ainsi contribué à ma recherche.

Je souhaite aussi remercier les enseignants et le personnel de l'Institut de Formation en Ergothérapie d'Auvergne pour leur accompagnement.

Je remercie Mylène Grisoni, enseignante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier pour son aide précieuse, son écoute et sa disponibilité.

Je remercie également ma famille et mes amis pour leur soutien.

J'adresse un remerciement tout particulier à Sylvie pour son aide tout au long de ces trois années.

Enfin, je remercie mes filles et mon mari pour m'avoir accompagnée dans ce projet et avoir été là dans les moments difficiles.

.

Sommaire

Introduction	4
1 PROBLEMATIQUE PRATIQUE	4
1.1 La personne âgée fragile	5
1.2 L'ergothérapeute et la personne âgée fragile	11
1.3 L'hospitalisation en court séjour	16
2 PROBLEMATIQUE THEORIQUE.....	24
2.1 Autonomie et indépendance.....	24
2.2 Le Processus de Production du Handicap.....	28
2.3 L'interdisciplinarité.....	31
2.4 La prévention	35
3 METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	36
3.1 Choix de la méthode	36
3.2 Choix de la population et du terrain.....	36
3.3 Conception de l'outil d'enquête	37
3.4 Déroulement des entretiens.....	37
3.5 Conception de la grille d'analyse.....	38
4 RESULTATS ET ANALYSE	39
4.1 Présentation des entretiens.....	39
4.2 Présentation générale des résultats.....	39
4.3 Résultats bruts.....	40
5 DISCUSSION	45
5.1 Rappel des principaux résultats	45
5.2 Liens avec les modèles et les concepts	46
5.3 Éléments nouveaux apportés par les entretiens	50
5.4 Les limites de mon travail.....	50
5.5 Réflexions et perspectives	51
Conclusion.....	53
Bibliographie	54
ANNEXES	61

Introduction

Lors d'un stage en centre de rééducation pour personnes âgées, j'ai pu constater que les patients, en provenance des services hospitaliers n'avaient pas eu de suivi préalable en ergothérapie, malgré des séjours parfois très longs. Les ergothérapeutes du service suggèrent qu'une prise en charge précoce en amont de la rééducation favoriserait la récupération fonctionnelle et l'autonomie de la personne.

Pendant douze ans, j'ai exercé la profession d'infirmière au sein de différents services de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Pendant cette période, j'ai observé les effets délétères de l'hospitalisation sur certains patients malgré la résolution de leurs problèmes aigus. Ces personnes, souvent âgées, se trouvaient face à de nouvelles difficultés qui compromettaient leur retour à domicile : perte d'autonomie, déclin fonctionnel, état confusionnel, problèmes sociaux ou environnementaux.

Les apports théoriques, les stages de la formation et une étude exploratoire auprès de professionnels concernés par le sujet âgé, m'ont permis de porter un regard différent sur ces situations. Ce qui m'a amené à m'interroger autrement autour de cette problématique : Certains patients sont-ils plus fragiles ? Quels sont les effets iatrogènes liés à l'hospitalisation ? L'intervention de l'ergothérapeute peut-elle prévenir l'altération fonctionnelle ? Cette réflexion m'a menée à la question d'étude suivante : "***comment l'ergothérapeute peut-il faciliter la sortie de la personne âgée fragile hospitalisée en court séjour ?***"

Dans un premier temps, je répondrai à cette question en réalisant un état des lieux de l'existant à travers une recherche bibliographique ajoutée à mes différentes expériences professionnelles. Cette démarche me conduira à l'élaboration d'un cadre et à la formulation de ma question de recherche. Ensuite, je m'appuierai sur des modèles et concepts pour construire mon outil de recherche tout en gardant une rigueur scientifique à mon travail. Enfin, la méthodologie, les résultats et leur analyse me permettront d'apporter des éléments de réponses à cette recherche.

1 PROBLEMATIQUE PRATIQUE

1.1 La personne âgée fragile

1.1.1 Le vieillissement

1.1.1.1 Quel est l'âge de la vieillesse ?

Cette question ne fait pas consensus. La définition et la perception de la vieillesse varient selon les époques et les cultures mais aussi selon les angles d'approche. Les études démographiques utilisent la borne des 60 ans pour évoquer les personnes âgées. D'un point de vue socio-économique, elle correspond à l'âge de la retraite : soit 65 ans voire 67 ans, ou encore 60 ans pour l'attribution des aides financières (Allocations Personnalisées Autonomie). En termes de santé, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) utilise la borne des 75 ans : âge à partir duquel la fréquence des incapacités augmente [1]. Enfin, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'âge de la vieillesse se situe après 65 ans et plus.

1.1.1.2 Démographie

Le vieillissement de la population est une évolution majeure de nos sociétés. En France, en 2012, les personnes de 65 ans et plus représentent 17,1% de la population totale et plus de la moitié sont âgées d'au moins 75 ans. D'après les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la part des séniors de 60 ans et au-delà va très fortement augmenter jusqu'en 2035. A cette date, une personne sur trois sera alors âgée d'au moins 60 ans. En 2050, 31% de la population sera âgée de 60 ans et plus et 15,6 % des personnes dépasseront l'âge de 75 ans [2].

En Auvergne, le vieillissement est plus marqué qu'au niveau national (en 2006, la population des 65 ans ou plus est de 20 % et celle des 75 ans ou plus est de 10 %, contre respectivement 17 % et 8 % au niveau national [3]. Ces chiffres ont une incidence sur la politique régionale de santé.

« Le vieillissement démographique est d'abord et avant tout une brillante réussite des politiques de santé publique ainsi que du développement économique et social » comme le souligne Gh. Brundtland [4]. Cependant, la vieillesse se caractérise aussi par l'augmentation graduelle avec l'âge des problèmes de santé.

1.1.1.3 Différentes trajectoires du vieillissement

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge « mûr ». Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (facteurs intrinsèques) et de facteurs environnementaux (facteurs extrinsèques) auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. C'est un processus naturel et physiologique s'imposant à tous les êtres vivants qui doit être distingué des effets des maladies. Une bonne connaissance de ces mécanismes par l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux permet d'envisager des stratégies de soin et de prévention adaptées.

L'ensemble de ces phénomènes peuvent être à l'origine de polyopathologies, de maladies chroniques ou dégénératives (arthrose, démence...) avec des conséquences en termes de déficiences et de situations de handicap, voire d'entrée dans la dépendance. Ce qui explique, qu'à l'âge de 65-70 ans déjà, une majorité de la population générale présente une ou plusieurs maladies chroniques ; 60% d'entre eux en déclarent au minimum deux ou davantage [5].

Si le vieillissement est un phénomène physiologique qui touche l'ensemble des êtres humains, cette tranche de la population reste très hétérogène en termes de santé, d'indépendance et de statut fonctionnel [6]. La majorité des personnes âgées vieillissent en bonne santé mais le celui-ci est spécifique à chaque individu. Il en résulte la notion de vieillissement différentiel. Trois types peuvent être distingués :

- Le vieillissement réussi, avec une absence (ou une atteinte minime) des fonctions physiologiques et de pathologies. Ce modèle implique à la fois le fonctionnement physique, mental et psychosocial avec une dimension subjective importante incluant les notions de « bien-être » et de « satisfaction de vie ».

- Le vieillissement usuel ou habituel, avec une atteinte de certaines fonctions de l'organisme, mais sans pathologie bien définie. Certaines de ces personnes peuvent être considérées comme « fragiles ».

- Le vieillissement avec maladies qui se traduit par des pathologies sévères, évolutives ou compliquées et/ou par des handicaps, conduisant le plus souvent à un état de dépendance majeure.

C'est autour de la population âgée fragile hospitalisée en court séjour que je souhaite centrer ma recherche. Pour cela, je définirai le concept de fragilité et son évaluation en choisissant d'exclure les personnes présentant des troubles cognitifs. En effet, la prévalence des troubles cognitifs augmente avec l'âge ; ces derniers aggravent l'ensemble des problèmes (physiques, sociaux,...) et sont des facteurs précipitants de perte d'autonomie et d'indépendance. Cette problématique nécessiterait une étude spécifique avec une approche différente intégrant les nouvelles méthodes de prise en charge pour ce type de personne.

1.1.2 Le concept de fragilité

1.1.2.1 Définition

La notion de fragilité est un concept gériatrique récent qui s'est développé dans les années 80 aux Etats-Unis et au Canada. Depuis, de nombreuses études ont été conduites en France et au niveau international ; ce concept est repris dans le domaine des soins généraux et des politiques de santé publique [7]. Ce syndrome n'est évoqué que chez les individus de 65 ans et plus, environ 10 à 20% d'entre eux sont considérés fragiles. Cette proportion augmente rapidement avec l'âge, pour atteindre 46% chez les plus de 85 ans [8,9].

Rolland et al [8] définit la fragilité comme un syndrome clinique qui vise à exprimer un niveau de risque de déclin fonctionnel, de chutes, d'incapacités, d'hospitalisation et/ou de mortalité [10,11]. En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) qualifie l'état de fragilité comme « *un état de médico-social instable. Elle est la conséquence du vieillissement physiologique et pathologique qui génère des déficiences infracliniques. La réduction des réserves physiologiques qui en résulte est à l'origine d'un défaut d'adaptation au stress qu'il soit médical, psychologique ou social.* » [12].

La fragilité correspond donc à un syndrome gériatrique qui suggère un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration des pertes existantes, accompagné d'une baisse des capacités d'adaptation. Toutefois, l'ensemble de ces manifestations ne rentre pas dans la définition de la dépendance. L'incapacité du sujet n'est pas installée, mais peut survenir à l'occasion d'une pathologie aiguë ou d'événements extérieurs. C'est un état dynamique, qui peut évoluer vers une rupture d'équilibre et entraîner des complications. Le

résultat de l'agression ou du stress aussi minime soit-il, est disproportionné chez un sujet âgé fragile.

Il existe un nombre important d'études au niveau international et européen sur la fragilité mais les dernières publications s'accordent sur la définition opérationnelle de la fragilité de Linda Fried et al., modèle « physique » qui repose sur cinq critères (Annexe. I) [9,13,14] :

- Diminution de la force musculaire
- Activités physiques réduites
- Vitesse de marche ralentie
- Perte de poids inexplicée
- Fatigabilité physique et psychique

Les personnes qui présentent au moins trois de ces caractéristiques sont qualifiées de fragiles, tandis que l'on considère comme pré-fragiles celles qui ne présentent qu'une ou deux de ces caractéristiques. Si aucun des critères n'est présent, elles sont considérées comme robustes.

De plus, la fragilité est potentialisée par une vulnérabilité sociale. Selon le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), elle s'exprime par les situations suivantes : ne pas recevoir ni rendre de visites, se sentir souvent seul, éprouver des difficultés dans au moins un geste de la vie quotidienne, utiliser une canne, éprouver des difficultés pour se déplacer, estimer que son état de santé s'est dégradé au cours des douze derniers mois, peur d'avoir un malaise [15].

.Suite à plusieurs enquêtes, l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a mis en évidence d'autres déterminants de la fragilité : les femmes ont des niveaux de fragilité plus importants que les hommes ; le score de fragilité augmente avec la présence de maladie chronique et de limitation fonctionnelle. Il est important de noter que les résultats sont plus faibles chez les individus qui participent à une activité sociale dans le cadre d'une association. Les personnes dont les revenus sont élevés présentent moins de critères de fragilité que les autres [9]. La fragilité est à appréhender comme un processus progressif.

1.1.2.2 Conséquences de la fragilité

La relation entre le phénotype de Fried et l'évolution défavorable de la santé a été établie dans plusieurs études prospectives. Le syndrome de fragilité peut se schématiser de la façon suivante (Fig 1).

La décompensation de la fragilité peut se traduire par différents syndromes à type de : syndrome de régression psychomotrice, syndrome confusionnel, cachexie inflammatoire ou syndrome de glissement. [16]

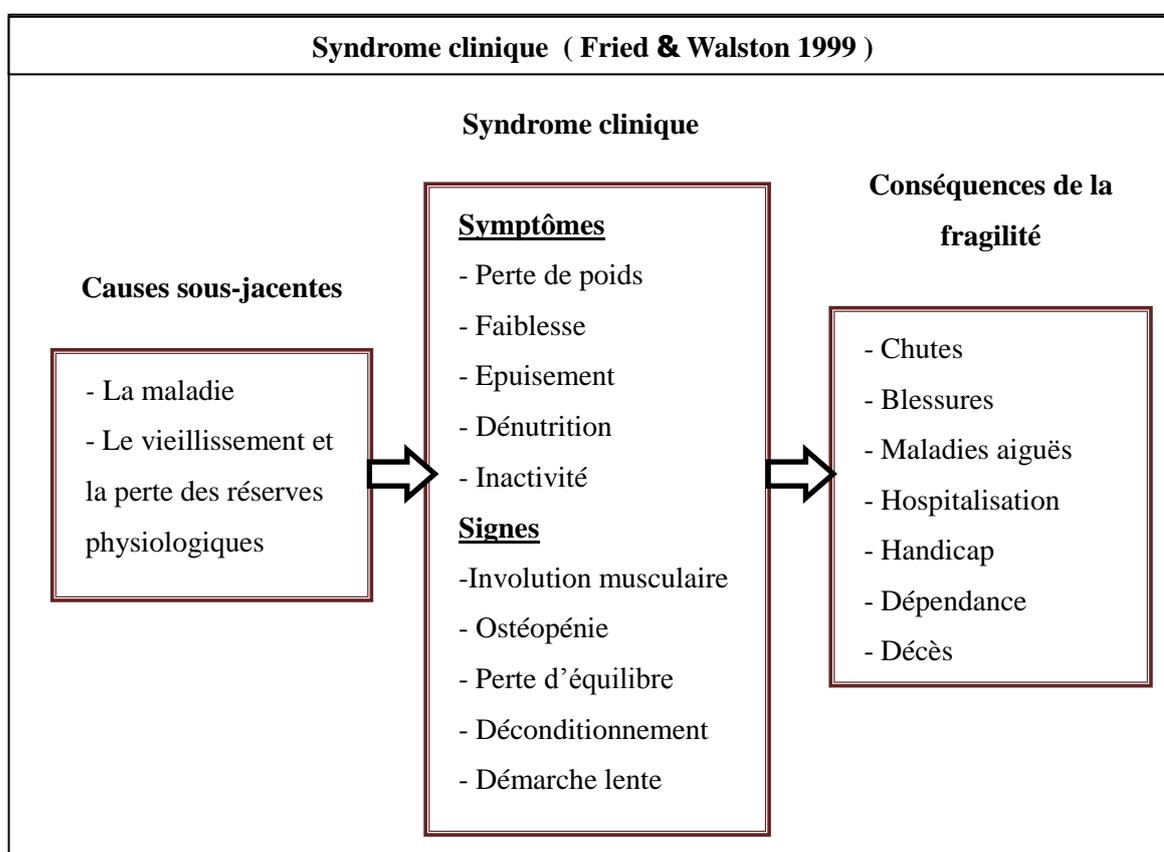


Fig. 1 Syndrome clinique de la fragilité selon Fried et Walston (1999)

Les conséquences du syndrome de fragilité sont clairement identifiées quelle que soit la définition choisie : elle rejoint le tableau ci-dessus.

- la mortalité globale
- le déclin fonctionnel
- les chutes
- l'hospitalisation
- l'entrée en institution ou autre changement de lieu de vie

La fragilité est latente ; elle précède la perte d'autonomie. Il s'agit d'un marqueur prédictif de l'état de santé du sujet âgé et un précurseur d'entrée dans la dépendance. Il est donc fondamental de dépister cet état de fragilité avec des outils cliniques et/ou fonctionnels et de prévenir ou traiter la décompensation qu'elle entraîne. Mais surtout, il a été démontré qu'elle est réversible à un stade précoce. [5,8,10]. De plus, cet état d'équilibre précaire est fortement compromis par une hospitalisation.

1.1.2.3 Evaluation de la fragilité

Le dépistage de la fragilité permet d'identifier un risque élevé mais réversible d'entrée dans la dépendance, d'où la nécessité de son évaluation dans les premiers jours d'hospitalisation, ou, dans l'idéal, à l'arrivée aux urgences.

Actuellement, de nombreux outils de dépistage de la fragilité existent mais sont souvent utilisés en recherche clinique car ils sont trop longs à mettre en application sur le terrain. De nombreuses équipes travaillent à l'élaboration de grille de dépistage simplifiée utilisable à l'entrée du patient ou s'appuient sur des bilans validés en regard des critères de la fragilité. (fatigue, vitesse de marche, dépression...)

Toutefois, la synthèse méthodique avec méta-analyse de De Weidrt [17], met en évidence l'intérêt de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS). Cette étude et bien d'autres ont démontré qu'un nombre plus important de personnes fragiles sont maintenues à domicile après une intervention urgente si elles bénéficient de l'EGS plutôt que de soins courants, avec une réduction de l'institutionnalisation, de la mortalité et potentiellement du coût des soins. L'EGS est une évaluation globale, multidimensionnelle qui est réalisée par une équipe pluridisciplinaire.

Cette évaluation est proposée dans les services de MCO par les Unités Mobiles de Gériatrie ; ces unités n'interviennent qu'à la demande des médecins des services ou des équipes ; elles comprennent obligatoirement un gériatre, une infirmière et parfois un ergothérapeute. L'outil le plus simple et le plus robuste reste la vitesse de marche (m/s) [5,8].

Les caractéristiques d'instabilité et la réversibilité de la fragilité soulignent toute l'importance et la pertinence d'un diagnostic précoce. En effet, c'est à ce stade que les interventions peuvent être les plus efficaces, le but de la prise en charge étant de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi.

Les compétences de l'ergothérapeute lui permettent d'évaluer les capacités d'un individu en situation de vie quotidienne. Son approche globale, centrée sur le patient s'appuie sur le modèle bio-psycho-social.

1.2 L'ergothérapeute et la personne âgée fragile

1.2.1 Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie est une profession paramédicale règlementée, sanctionnée par un Diplôme d'Etat et inscrite dans le livre IV du Code de la Santé Publique (Loi 95-116 du 4 février 1995). Les règles professionnelles de l'ergothérapeute sont définies par le référentiel de compétences dans l'arrêté du 5 juillet 2010.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), *« l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société...L'ergothérapie peut aussi permettre de prévenir un problème ou d'en réduire les effets. Il participe aussi aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie [18] ».*

Il accompagne des patients présentant différents types de handicaps : physique, cognitif ou psychique, transitoire ou résiduel et peut intervenir dans le champ de la rééducation, la réadaptation ou l'insertion. Il collabore avec la personne et son entourage, l'équipe médicale, paramédicale et sociale, pour établir des projets d'intervention pertinents. Il agit sur prescription médicale. L'ergothérapeute a pour objectif de permettre au patient d'acquérir une autonomie et de conserver ses activités malgré la maladie et de faciliter son quotidien. Ainsi, la pratique de l'ergothérapie repose sur l'interaction entre trois notions fondamentales : la personne, l'activité et l'environnement.

1.2.2 Le processus d'intervention en ergothérapie

Le processus d'intervention en ergothérapie se définit comme une démarche de résolution de problèmes dans une situation clinique donnée. Un processus de soins est un instrument qui aide un soignant à cerner un patient particulier et lui propose des phases de réflexions afin d'évaluer et de résoudre au mieux les difficultés du client [19]. M.C Détraz, cadre ergothérapeute, précise qu'il permet *« d'explicitement clairement le processus d'intervention qui contribue à l'amélioration de la qualité... c'est également un moyen de communiquer avec les partenaires et d'argumenter sa proposition d'intervention sur des bases structurées »*. [20]

Le processus d'intervention en ergothérapie se compose de cinq phases successives qui sont : l'évaluation initiale, la détermination des objectifs à atteindre, l'établissement d'un programme d'intervention, sa mise en œuvre et enfin l'évaluation intermédiaire ou finale.

1.2.2.1 Evaluation initiale

L'évaluation initiale comprend le recueil d'informations (auprès de la personne et de l'équipe) qui correspond à l'évaluation de départ de la problématique du sujet âgé. De plus, à travers cette évaluation initiale, l'ergothérapeute cherche à mettre en évidence les attentes de la personne et analyse ses difficultés. Ainsi, pourront être déterminés des objectifs thérapeutiques pertinents à partir desquels s'élaborera un plan d'intervention. Les demandes concernent le plus souvent : un problème de positionnement, des difficultés aux déplacements ou des aménagements du domicile en vue de la sortie.

Cette étape se compose d'un entretien qui permet de créer un climat de confiance et d'aborder avec le patient ses besoins mais aussi de mettre évidence ses capacités. Suit le choix des bilans nécessaires en fonction de la situation. Ce choix s'appuie aussi sur les observations directes, sur les bilans déjà réalisés par le médecin, l'équipe soignante, la psychologue ou l'assistante sociale et dans certains services par les kinésithérapeutes. Dans ce contexte, l'ergothérapeute peut évaluer : les capacités fonctionnelles, et cognitives, le domicile et l'environnement social.

1.2.2.2 Détermination des objectifs à atteindre

Les objectifs résultent de la synthèse des évaluations et de son analyse. Ils sont fixés en accord avec le patient et son entourage proche. Dans le cadre d'un service de soin, ils sont soumis au médecin et aux membres de l'équipe afin d'établir un plan d'intervention interdisciplinaire. Les objectifs seront décrits en termes d'action à mener, dans le cadre de la prévention du déclin fonctionnel ; ils peuvent être : favoriser l'amélioration des fonctions déficitaires, prévenir l'apparition ou l'aggravation de difficultés dans les actes de la vie quotidienne (AVQ), conserver le potentiel physique, sensoriel, relationnel, cognitif et psychique, compenser les incapacités, développer les sources d'adaptation et améliorer le confort.

1.2.2.3 Définition du programme d'intervention, planification et mise en œuvre

Ce sont les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour atteindre les objectifs retenus. Les techniques utilisées et les principes d'intervention (durée de séances, rythme, lieu de réalisation...) sont clairement définis. Dans les unités de soin, l'ergothérapeute donne des conseils de positionnement et préconise des aides de marche ou des aides techniques. Dans le cadre du retour à domicile, il met en évidence les besoins d'aide humaine et d'aménagement du lieu de vie.

1.2.2.4 Evaluations intermédiaires et finale

Dans un contexte de suivi régulier, l'ergothérapeute s'assure de l'efficacité de son intervention ou des aides mises en place tout au long du séjour. En revanche, en MCO, l'ergothérapeute ne revoit pas systématiquement la personne. Les membres de l'équipe doivent alors prendre le relais pour l'évaluation des préconisations. Les consignes, les résultats attendus et les risques doivent être précis et notés dans le dossier du patient. Dans ce contexte, la continuité des soins et la coopération prennent tout leur sens.

1.2.3 Spécificité de l'accompagnement de la personne âgée

L'intervention auprès des personnes âgées nécessite une approche adaptée qui comprend la reconnaissance de leur histoire et valeurs, leur environnement et leurs habitudes de vie au-delà de la maladie. Cette démarche est précisée dans la compétence 1 (évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique) du référentiel d'activités de l'ergothérapeute (Annexe. II). Toujours d'après cette même compétence, l'ergothérapeute a un rôle prépondérant dans l'évaluation, le maintien et la prévention de l'autonomie et l'indépendance en collaboration avec l'équipe.

Eric Trouvé, ergothérapeute rajoute que « *l'ergothérapie, en tant que pratique basée sur le développement de la performance dans les activités, est une réponse essentielle au problème de la personne âgée et son entourage* ».

En effet « la santé et le bien-être sont intimement liés à la capacité d'une personne de participer aux occupations de la vie [21] ». De plus, le maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées est une priorité afin de leur permettre de retrouver leur condition de vie antérieure. La compétence 3 permet à l'ergothérapeute de « mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels ».

La démarche de l'ergothérapeute intègre une progression dans l'accompagnement des personnes âgées visant le passage du stade d'assistance à celui d'indépendance et d'autonomie. Cette approche spécifique peut être schématisée de la façon suivante :



Le fonctionnement des services de court séjour ne permet pas toujours cette progression qui demande du temps et de l'investissement de la part du personnel.

L'hospitalisation correspond souvent à une situation aiguë où la personne âgée fragile ne va pas souvent pouvoir retrouver l'ensemble de ses capacités. Les désirs ou projets de la personne ne sont pas toujours en adéquation avec ses nouvelles possibilités ; mais dans tous les cas, le respect de l'autonomie impose une négociation centrée sur les souhaits de la personne. Le référentiel d'activités nous rappelle que « *l'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence* ».

La perte d'autonomie observée parfois avec l'avancée en âge dépend aussi des compensations ou des soutiens de l'environnement : entourage, intégration sociale, aides techniques ou encore adaptation de l'habitat et de l'environnement urbain [22].

Enfin, l'adaptation des logements des personnes âgées est un levier décisif pour permettre le « bien vieillir » [23]. Le domicile fait partie de l'identité personnelle de la personne âgée. Le désir de rester vivre à domicile le plus longtemps possible procure un sentiment de liberté, d'harmonie légitime, rapporte A. Manoukian [24]. Le maintien à domicile de la personne âgée fragilisée l'aide à conserver ses repères, ses habitudes et lui apporte ainsi un confort de vie qu'elle ne retrouve pas à l'extérieur.

Suite à l'apparition des difficultés, l'expertise de l'ergothérapeute dans l'aménagement de l'environnement et du logement permet de proposer, selon les besoins, des solutions à l'inadéquation du domicile de la personne. Cette problématique en lien avec le logement est souvent à l'origine d'une augmentation de la durée des séjours, voire d'une

institutionnalisation. L'ergothérapeute collabore avec l'assistante sociale au projet de sortie.

1.3 L'hospitalisation en court séjour

1.3.1 Généralités et définition du MCO

Le sigle MCO définit les services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique ou encore nommé service de « court séjour ». Ils ne comprennent donc pas les activités de santé mentale, ni celles de soins de suite et de réadaptation (SSR), ni celles de l'hospitalisation à domicile (HAD).

En 2008, 57 % du nombre total de journées d'hospitalisation en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et 38% du nombre de séjours concernait les personnes âgées de plus de 65 ans alors qu'elles représentaient 16,4% de la population. Cet important recours aux soins hospitaliers est pour partie lié à la coexistence de pathologies souvent chroniques dont la fréquence augmente fortement avec l'âge pour atteindre plus de six pathologies au-delà de 80 ans [25].

La prévalence d'un grand nombre de pathologies s'accroît avec l'âge ; ce qui entraîne une altération de l'état de santé avec l'avancée en âge qui se traduit par une plus grande consommation de soins et un recours hospitalier important. Par exemple 90% des personnes âgées de 75 ans et au-delà ont au moins une maladie contre 35% pour l'ensemble de la population.

Dans ce contexte, il est d'autant plus important de dépister les personnes dites « fragiles », dont la prévalence augmente chez les personnes de plus de 75 ans qui présentent un risque accru de surmorbidity, de dépendance et de surmortalité potentialisé par l'hospitalisation. Les incapacités concernant l'hygiène, l'élimination, la toilette, l'habillage, la prise de repas préparés ou encore la mobilité s'accroissent fortement avec l'âge [26].

Les poly-pathologies des personnes âgées fragiles rendent nécessaire une approche globale et transversale qui n'est pas naturelle à l'organisation de l'hôpital par spécialité. De même, la complexité de leur prise en charge rend difficile une réponse isolée de la médecine de premier recours et du secteur médico-social.

1.3.1.1 La durée des séjours

La population âgée est caractérisée non seulement par un recours accru aux soins, mais encore par l'allongement de la durée moyenne de séjour (DMS) qui pose problème alors que les hôpitaux s'orientent aujourd'hui vers une logique de réduction des DMS. Ceci s'explique par la gravité des cas traités mais également par l'insuffisance des solutions d'aval, qui conduisent à maintenir certains patients hospitalisés [27]. Cette situation accroît le coût des soins, mais surtout représente un risque d'aggravation de l'état de santé. En effet, l'hospitalisation correspond à une rupture brutale du quotidien, des habitudes de vie et des repères environnementaux ; plus elle va se prolonger, plus la personne risque de se désadapter. L'organisation des soins et l'environnement hospitalier sont des facteurs d'immobilisation. Celle-ci peut avoir plusieurs effets défavorables sur l'autonomie fonctionnelle et particulièrement sur la mobilité de la personne [28].

Une des missions des services hospitaliers est de traiter les pathologies à l'origine de l'hospitalisation tout en préservant l'indépendance fonctionnelle. Les modalités de soins doivent évoluer pour mieux intégrer la notion de polyopathie et de prévention de la perte d'autonomie. Quand la maladie chronique et la polyopathie deviennent la règle la plus courante, la médecine d'organe trouve ses limites.

1.3.2 Les risques liés à l'hospitalisation

1.3.2.1 La dépendance fonctionnelle à l'hôpital

L'association entre le déclin fonctionnel et l'hospitalisation chez la personne âgée est un phénomène iatrogène reconnu. En effet, on évalue que près du tiers des patients âgés hospitalisés en soins aigus subissent un déclin fonctionnel ; environ 40 % d'entre eux présentent une atteinte dans plus de trois activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, réaliser ses transferts, marcher et se nourrir). Cela représente une perte d'indépendance significative. Pour près de la moitié de ces personnes, la situation persistera au-delà de trois mois et deviendra souvent le déclencheur d'un déclin fonctionnel, progressif et irréversible, associé à une mortalité accrue, ainsi qu'à une augmentation des taux de ré-hospitalisation et d'hébergement [28].

Une étude a démontré chez des patients de plus de 74 ans, qu'à partir du 2^{ème} jour d'hospitalisation, les patients présentent une détérioration de leurs capacités dans les actes de la vie quotidienne : déplacement, toilette, alimentation...L'hospitalisation peut également se prolonger pour des problèmes sociaux négligés, ou réglés hâtivement sans évaluation globale. Une hospitalisation pour une pathologie aiguë conduit à un déclin fonctionnel dans 30 à 60% des cas [29].

L'immobilisation peut avoir plusieurs effets indésirables sur l'indépendance fonctionnelle. Elle peut conduire à de nombreuses complications : thrombophlébite, escarres, douleurs, fonte musculaire et risque de chute important ; les personnes âgées y sont fortement exposées. Plusieurs études ont démontré, qu'à la suite d'une hospitalisation, 15% des sujets âgés subissent une perte de mobilité dans le cadre des activités quotidiennes à leur sortie de l'hôpital. Pour plus de 50 % d'entre eux, la perte d'autonomie persiste au-delà de trois mois et est associée à une mortalité accrue ainsi qu'à une augmentation du taux d'hospitalisation et d'institutionnalisation. Le déclin fonctionnel est majoré chez les personnes présentant une polyopathie ou une maladie chronique et chez les sujets fragiles. [30]

1.3.2.2 L'évaluation du statut fonctionnel par l'ergothérapeute

L'évaluation du statut fonctionnel est une étape importante dans la prise en charge du sujet âgé fragile. L'ergothérapeute possède de réelles compétences dans l'évaluation des capacités physiques et cognitives de la personne ; il maîtrise de nombreux outils validés.

Les capacités pour les activités de base de la vie courante peuvent être mesurées par l'échelle ADL (Activities of Daily Living) ou échelle des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ; elle évalue les capacités du patient pour l'habillement, l'hygiène personnelle, la continence, les transferts et la prise alimentaire. L'autonomie et l'indépendance dans la réalisation de ces activités sont indispensables pour une vie indépendante à domicile. Cette grille est simple et rapide à renseigner ; elle est considérée comme une référence dans la littérature internationale (Annexe. III).

Les capacités plus complexes peuvent être évaluées par l'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) : capacité d'utiliser un téléphone, de préparer un repas, de faire

le ménage, les courses, d'utiliser un moyen de transport, de prendre les traitements médicamenteux et de gérer un budget personnel (Annexe. IV)..

L'ergothérapie joue un rôle prépondérant dans l'approche globale de la fragilité car *« l'activité qui est au cœur de la profession d'ergothérapeute constitue bien une réponse à la question de la prévention de la fragilité. Les restrictions d'activité de la vie quotidienne précède et accompagnent la fragilité d'une personne âgée »* [31].

1.3.3 L'hospitalisation et la personne âgée

Plus des trois quarts des patients âgés hospitalisés viennent de leur domicile ; et pour la moitié d'entre eux avec des aides humaines. En général, les personnes âgées vivent l'hospitalisation comme une rupture douloureuse avec leur environnement ; ce qui peut conduire à un repli sur soi, voir un état dépressif. Ce qui explique, entre autre, que les patients fragiles sont donc particulièrement à risque de décompensation fonctionnelle, volontiers en cascade, pouvant s'accompagner de perte d'autonomie, avec des durées de séjour d'hospitalisation plus longues, des réhospitalisations et une institutionnalisation accrue.[32]

1.3.4 Le retour à domicile

Les personnes âgées sont majoritairement désireuses de rester à leur domicile. Selon une étude de la DREES de 2006, « Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005 » d'Amandine Weber, 80 % des personnes âgées souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. Les familles y sont généralement favorables, non seulement pour des raisons affectives, mais également pour des raisons économiques. [33]

Les nouvelles recommandations préconisent la mise en place d'un projet de sortie pour chaque patient, si possible dès son arrivée. Selon la HAS, le projet de sortie « est un assemblage de moyens et une harmonisation de méthodes confrontées à la réalité de la personne handicapée et de son projet de vie, tenant compte de trois axes : la personne handicapée, le monde hospitalier et l'entourage sanitaire et social » [33] Le projet de sortie relève de la singularité de chaque personne (Annexe IV).

Il tient compte également de l'environnement basé sur le libre choix d'une personne parfaitement informée ; il vise un état sanitaire, fonctionnel et social optimal. La précocité de l'organisation de la préparation du retour au domicile est recommandée par l'HAS ; par conséquent, les réflexions doivent être entreprises rapidement après l'entrée du patient dans la structure d'hospitalisation [34].

La réalité de terrain est parfois bien différente, la diminution globale de la durée des séjours, la complexité des situations et la charge de travail amènent les équipes à omettre cette phase du soin. L'ergothérapeute est appelé la plupart du temps au dernier moment pour évaluer les besoins de la personne, en vue de son retour à domicile. Ces situations conduisent à des sorties qui sont soit retardées, ou pire encore à une réhospitalisation du patient par faute de l'inadéquation de son logement avec ses nouvelles difficultés. Définir de façon personnalisée un projet de sortie passe par l'écoute des souhaits de la personne et l'évaluation multidisciplinaire de ses capacités et de ses besoins. Ce projet est d'autant plus adapté que la personne handicapée y participe activement.

Les politiques de santé actuelles s'orientent vers la prise en compte du parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie et de la dignité humaine. Cette démarche est en train de se mettre en place à travers le parcours de soin [35].

1.3.5 « Les représentations » de la personne âgée à l'hôpital

De façon plus générale, le regard de la société sur la vieillesse reste péjoratif. La connotation négative du vieillissement se prolonge directement par une perception pessimiste de la dépendance.

Ce phénomène de représentation existe également en milieu de soin ou souvent le patient n'est vu qu'à travers son état actuel (maladie, difficulté, incapacité...) ; ce qui pousse les professionnels à occulter tout le potentiel, la force de chaque individu. Lors des relèves, la seule évocation de l'âge du patient peut induire de nombreuses représentations négatives qui modifient la perception des capacités que le soignant a du patient et du déroulement de l'hospitalisation. Ceci correspond à l'effet de Halo, qui est un biais

cognitif affectant la perception que l'on a des gens. Une caractéristique jugée positive à propos d'une personne a tendance à rendre plus positive les autres caractéristiques de cette personne, même sans les connaître (et inversement pour une caractéristique négative). [36] Tenir compte de la spécificité des personnes âgées dans le soin, c'est avant tout prendre en compte leur singularité, toutes leurs capacités et ensuite leurs difficultés pour pouvoir répondre efficacement à leur demande.

1.3.6 Les acteurs de la prise en charge

En MCO, les intervenants autour du patient sont multiples, avec des cursus professionnels et donc des savoirs, des valeurs et des pratiques différentes. Mais, face à la complexité de la prise en charge du patient âgé, il est essentiel d'arriver à échanger pour obtenir une vision globale de la personne. Il s'agit donc de travailler ensemble pour atteindre un but commun, toujours centré sur le patient et ses besoins.

La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a d'ailleurs rendu obligatoire et réglementaire la prise en charge globale du patient. Grâce à celle-ci, le travail en coopération des équipes de soins est devenu un modèle de travail reconnu comme bénéfique dans la prise en charge des patients.

1.3.6.1 La collaboration ergothérapeute/équipe de soins

Le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention de la dépendance en milieu hospitalier est bien défini ; cependant, son intervention s'inscrit dans une prise en charge interdisciplinaire. Lors de l'accueil du patient, ce sont les infirmières et le médecin qui sont en première ligne pour relever les indicateurs de fragilité. Le médecin peut alors, par le biais d'une prescription, déclencher l'intervention de l'ergothérapeute.

L'ergothérapeute a un rôle de sensibilisation des équipes de soins sur les problématiques des actes de la vie quotidienne et l'importance du maintien des capacités dans les AVQ pour prévenir la dépendance et favoriser les retours à domicile dans les conditions d'autonomie et de dépendance antérieures. En effet, de par leur compétence et la charge de travail, le personnel soignant reste très focalisé sur les problèmes biomédicaux.

Enfin, l'évaluation de la fragilité doit impliquer l'ensemble des professionnels, la personne elle-même ainsi que sa famille pour établir une prise en charge globale. De plus, selon l'American Geriatrics Society, l'évaluation doit être multidimensionnelle et comporter au minimum : l'analyse de la mobilité, de la continence, du statut mental, de la nutrition, des médicaments et des ressources personnelles familiales et sociales.

La HAS définit également la prise en charge de la fragilité comme une démarche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle [37]. Les conclusions de cette évaluation permettent de construire avec l'accord de la personne et en lien avec son entourage, des propositions et un plan d'action. Dépister la fragilité constitue tout d'abord un bénéfice pour la personne fragile mais cela permet aussi d'adapter la prise en charge en service de soins hospitaliers, de prévenir l'apparition de la dépendance, de diminuer la durée des séjours et de réduire les coûts de santé. C'est également une aide à la prise de décision thérapeutique.

1.3.6.2 La place de l'ergothérapeute à l'hôpital

L'organisation des hôpitaux en pôles d'activité répond au besoin de mutualiser les compétences des professionnels de santé pour optimiser la prise en charge des patients. Les ergothérapeutes ont alors été positionnés comme des prestataires de service dans de nombreux établissements [38].

Ainsi, peu d'entre eux sont affectés dans une seule unité ; le service de neurologie et de médecine interne en sont souvent pourvu.

Mais, la grande majorité exerce dans les services de médecine physique et de réadaptation, soins de suite et réadaptation, courts séjours gériatriques...et interviennent de manière ponctuelle dans les unités plus générales.

De ce fait, leur action peut être limitée et ne permet pas toujours une intervention de qualité. Pourtant, face au risque de déclin fonctionnel de la personne âgée, la présence de l'ergothérapeute et autres rééducateurs sont un atout au sein des équipes pluridisciplinaires. Très récemment, Pelé P. ergothérapeute, a rédigé un article sur la place de l'ergothérapeute en MCO, suite à l'enquête qu'elle a menée auprès de plusieurs ergothérapeutes, elle a mis en évidence différents points : l'ergothérapie a sa place en MCO mais il faut maintenant la développer et l'asseoir. Elle souhaite promouvoir l'ergothérapie auprès des directeurs

d'établissements et les convaincre de la création de nouveaux postes. Elle se pose également de nombreuses questions : Comment pratiquer en MCO? Comment agir vite et bien [39]?

Cette documentation bibliographique m'a permis de cibler ma question de départ. Ma question de recherche, c'est-à-dire celle à laquelle je vais essayer de répondre grâce à une démarche scientifique, est donc :

« Rôle de l'ergothérapeute dans la reprise de l'autonomie du sujet fragile hospitalisé en court séjour »

2 PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Afin d'apporter une rigueur scientifique à ce travail, il est indispensable de s'appuyer sur des modèles et concepts existants et reconnus. En effet, la fiabilité ainsi que la validité scientifique seront un atout nécessaire à l'élaboration de l'outil de recherche. Je présenterai dans cette partie trois modèles et concepts, en lien avec ma question de recherche.

2.1 Autonomie et indépendance

Il est important de bien distinguer les notions d'indépendance et d'autonomie. Ces deux termes, trop souvent utilisés indifféremment, définissent pourtant deux concepts bien distincts ; l'atteinte de l'un ou de l'autre a des répercussions totalement différentes sur la vie de la personne. Néanmoins, ces deux notions ne sont pas opposées mais participent ensemble à la qualité de vie.

2.1.1 L'autonomie

Dans sa définition littérale, « autonomie » vient du grec « autonomia » : pouvoir de celui qui est « autonomos ». « Autos » signifie soi-même et « nomos » désigne la règle, la loi. Être autonome, c'est donc la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite, sa propre loi. L'autonomie est synonyme de liberté ; elle se caractérise par la capacité à choisir de son propre chef. L'autonomie est souvent assimilée à la notion de liberté et d'indépendance ; pourtant elle s'inscrit dans un système d'interdépendance.

A.M. Polet-Masset définit l'autonomie autour de trois axes [39] :

- le premier axe : l'autonomie consiste à assumer ses dépendances et évoluer vers une certaine indépendance ; le tout se manifeste dans des comportements de communication et de partage avec autrui : on parle alors d'interdépendance. L'autonomie relève d'un lien à autrui.

- le deuxième axe représente la connaissance de son territoire qui permet d'établir des règles et des limites d'interaction et de collaboration harmonieuse. Ces dernières sont

celles de la société, d'une organisation ou de ses propres règles. L'autonomie fait appel à la notion de responsabilité.

- le troisième axe est celui des zones de pouvoir respectives et propres au statut et à la fonction de chacun. Cet axe participe à la conscience de soi et à la responsabilité puisqu'il amène à faire des choix en tenant compte d'autrui.

L'autonomie correspond à la capacité de se gouverner par soi-même : elle présuppose la capacité de jugement ; c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement.

L'autonomie s'inscrit dans un système de dépendances interactives. Elle suppose l'adaptation permanente de l'individu. De ce fait, la fragilité qui entraîne une baisse du seuil d'adaptation de la personne fragile peut conduire rapidement à une perte d'autonomie dans un contexte de stress important induit par l'hospitalisation. Ce phénomène est majoré dans le cadre de l'urgence. De même, la sortie du milieu hospitalier d'une personne âgée est toujours un moment très délicat en termes de préservation de l'autonomie ; en général, l'individu doit faire face à de nouvelles pertes avec une réorganisation de la vie quotidienne.

Pour Seve-Ferrieu N., ergothérapeute, il s'agit d'un processus interactif d'adaptation réciproque de la personne avec son environnement pris au sens large, basé sur des réponses en terme d'actions (gestion, décision, organisation et planification) et de comportement à des situations multifactorielles, engendrées par et dans le système environnemental de l'individu [41].

L'autonomie et l'indépendance sont au cœur du métier d'ergothérapeute. Dans le référentiel d'activité, il est écrit que « *l'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence* » [42].

A travers cette notion d'autonomie, transparait le concept de projet de vie. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) définit le projet de vie comme « l'expression de la projection dans l'avenir de la personne malade et l'expression de ses aspirations et de ses choix. Le projet de vie donne du sens à ce que vit la personne. C'est une « orientation vers » et non pas un « bilan sur ». Il permet à la personne de se

représenter l'avenir mais aussi ses activités quotidiennes dans son lieu de vie et la manière dont elle va pouvoir les réaliser. [43]

Le projet de vie s'intéresse « aux différents aspects de la vie » ; il a pour objectif de déterminer ce qui optimise la qualité de vie et s'inscrit dans l'histoire personnelle de l'individu ; il est évolutif et singulier. Trop souvent, en milieu hospitalier, les professionnels oublient de s'intéresser au parcours du patient, à ses habitudes de vie ; ce qui conduit à proposer un projet de soins inadapté auquel le patient n'adhère pas. La formulation du projet de vie permet de clarifier les besoins et les attentes du sujet ; il est individualisé et personnalisé. [43]

2.1.2 L'indépendance et la dépendance

L'indépendance, c'est la capacité de "faire l'action" c'est "pouvoir" ; elle relève du domaine neuro-sensoriel et moteur. C'est la capacité d'effectuer sans aide les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, économiques ou sociales. L'individu réalise l'activité sans aucune aide humaine.

Pour N. Sève-Férrieu « *l'indépendance est la capacité pour un individu à ne dépendre de personne pour effectuer les multiples tâches sollicitées par son quotidien et induites par l'environnement matériel* » Cependant, elle précise : « *l'indépendance est relative aux capacités fonctionnelles, neuropsychologiques voire psychiques de la personne. Elle permet de réaliser seul les activités de la vie quotidienne en adéquation avec l'âge, le sexe et les connaissances. En revanche, elle est inconcevable dans son aspect social puisque nous sommes dépendants de notre environnement pris au sens large du terme, dépendance qui devient interdépendance dans la relation à l'autre* ». [41]

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne, quel que soit le domaine et de s'adapter à son environnement. Pour restaurer ses capacités fonctionnelles ou pour faire face à une situation de handicap, la personne est «dépendante» d'une aide technique ou d'une aide humaine.

La dépendance peut survenir au décours du vieillissement normal, d'une hospitalisation, d'une chute ou d'une maladie. La dépendance peut induire l'entrée en institution ou la modification des relations avec l'entourage. De même, les pathologies d'organe peuvent se surajouter créant des déficiences qui entravent la réalisation des actes

de la vie courante. La personne âgée, si elle est incapable d'effectuer certains actes, dépend alors de l'aide d'une tierce personne, pour ne pas se trouver en situation de handicap et conserver ses rôles sociaux.

Les causes de la dépendance sont variées avec une intrication des facteurs médicaux, psychiques et sociaux. Son évaluation nécessite une méthode et des outils fiables.

2.1.3 Dépendance et handicap

Il m'apparaît important de faire un parallèle entre la notion de dépendance et de handicap. La notion de dépendance repose sur les mêmes concepts que ceux du handicap, la différence tient à l'âge des individus (ce qui n'est pas le cas des pays de culture anglo-saxonne qui utilisent uniquement le concept de handicap quel que soit l'âge). En France, la séparation entre le handicap et la dépendance est fixée à 60 ans car c'est la limite d'âge dans les droits aux aides en établissements et à domicile.

La Loi du 11 février 2005 définit le handicap comme suit : Art. L. 114. – « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi ; toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». [44]

L'autonomie et l'indépendance sont des éléments fondamentaux ; leur préservation participe à la qualité de vie de chaque individu. Celle-ci est définie par l'OMS comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit et 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 de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* ». [45] Ce concept met en évidence l'importance de l'environnement de l'individu en lien avec son état de santé.

2.2 Le Processus de Production du Handicap

Pendant longtemps, la pratique de l'ergothérapie s'est appuyée sur des modèles conceptuels de façon implicite. S'appuyer sur des modèles conceptuels validés permet à l'ergothérapeute d'inscrire sa pratique dans un cadre d'intervention structuré et argumenté. Les différents modèles sont basés sur des recherches scientifiques garantissant ainsi une démarche de qualité dans l'accompagnement de la personne.

Le Processus de Production du Handicap (PPH) conçu par Patrick Fougeyrollas (Québec 1998) est un modèle général interprofessionnel qui fait partie des modèles bio-psycho-sociaux. Ce modèle met en évidence les facteurs personnels et environnementaux qui peuvent influencer l'apparition des situations de handicap tout en tenant compte des habitudes de vie de la personne. [46]

Dans un contexte d'intervention en milieu hospitalier, il est judicieux d'utiliser le PPH car la personne est considérée dans sa globalité avec l'ensemble de ses dimensions intrinsèques et extrinsèques. Il propose aux ergothérapeutes, comme aux autres professionnels de santé, d'avoir une vision globale de la personne, de son environnement et de son contexte. Ces interactions font percevoir le « handicap » non plus comme un état statique, invariable et définitif mais comme un processus dynamique sur lequel il est possible d'agir. Avoir un langage commun au sein de l'équipe pluridisciplinaire me semble un élément important de la prise en charge globale du patient.

Le PPH se définit comme un « Modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne. Le schéma suivant illustre ces différents facteurs et leurs composantes. Il met aussi en évidence la place centrale occupée par l'interaction entre les facteurs (Fig. 2).

Le modèle du Processus de Production Du Handicap (PPH)

© RIPPH/SCCIDIH, 1998

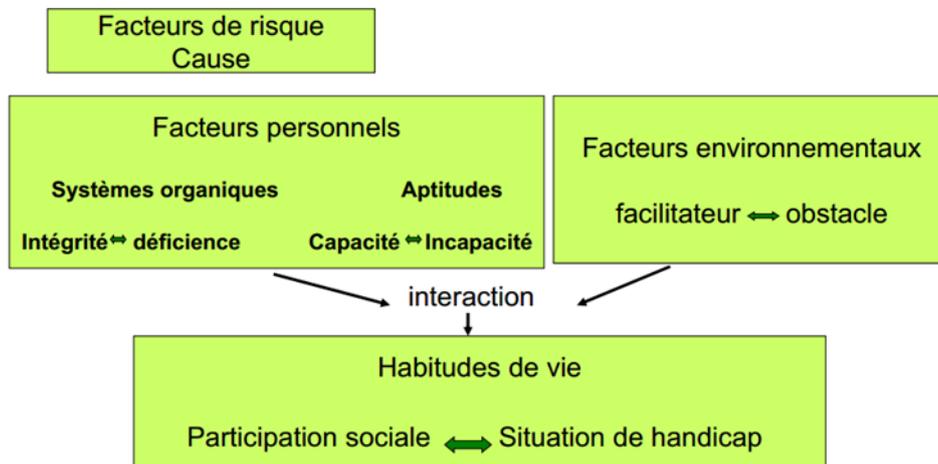


Fig. 2 Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas et al., 1998)

Ce modèle fait appel à quatre facteurs déterminants : les facteurs de risque, les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie définies de la façon suivante. [46]

2.2.1 Les facteurs de risque

• Les facteurs de risque « sont des éléments appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne ».

Il a été démontré que, chez les personnes âgées, l'hospitalisation [47] est un facteur de risque de déclin fonctionnel. L'identification précoce de cette fragilité ou tout autre facteur de risque permet la mise en place d'une prise en charge spécifique et de prévenir l'entrée dans la dépendance.

De même, l'organisation du système de santé, l'absence de coordination des acteurs, peuvent constituer l'un de ces facteurs. En effet, un défaut de coopération entre les professionnels ou l'absence de prise en compte des déterminants de santé liés à l'âge conduit à une prise en charge inadéquate.

2.2.2 Les facteurs personnels

- Les facteurs personnels correspondent « à des caractéristiques intrinsèques appartenant à la personne, tels l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc. ». Le modèle se concentre principalement sur ces deux dernières caractéristiques. La qualité d'un système organique se mesure sur une échelle allant de l'intégrité à la déficience. Les aptitudes sont les possibilités pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale, évaluées sur une échelle allant de la capacité à l'incapacité. Il s'agit alors de déterminer le degré de capacité et le type d'aide requise.

2.2.3 Les facteurs environnementaux

- « Les facteurs environnementaux sont définis comme les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société ». Deux grandes catégories sont mises en évidence ; les facteurs sociaux et les facteurs physiques. Ces facteurs peuvent être facilitateurs ou obstacles.

L'isolement social est un des facteurs sociaux qui retarde, voire qui rend impossible le retour de la personne âgée suite à une hospitalisation et qui nécessiterait un soutien lors de la sortie à domicile.

2.2.4 Habitudes de vie

- 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, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence ». Il s'agit des activités que la personne réalise de manière régulière et qui lui permettent de donner du sens à sa vie. La qualité de la réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap total. Les habitudes de vie peuvent être reliées à l'ensemble des domaines qui composent la vie quotidienne de chaque individu : soins personnels, alimentation, déplacements, travail, loisirs...

L'hospitalisation induit une perte des repères et des habitudes de vie importante ; ces changements sont plus difficiles à vivre pour les personnes âgées du fait de la diminution de leurs capacités d'adaptations au changement. (Horaires des repas, chambre double...)

2.3 L'interdisciplinarité

En milieu hospitalier, les équipes de soins sont constituées de nombreux professionnels qui possèdent des compétences (médicales, paramédicales, sociales, psychologiques) qui leur sont propres. Travailler en équipe ne va pas de soi et n'a pas la même signification selon le mode de fonctionnement mis en place. On distingue pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité professionnelles ; ces différents modèles favorisent plus ou moins le travail en collaboration au sein d'une équipe.

2.3.1 La pluridisciplinarité

C'est la multiplicité des disciplines mises en commun autour d'un même objectif. Elles collaborent entre elles pour traiter chacune un sous-problème, mais gardent leur champ d'action, leurs méthodes, leurs spécificités et leurs compétences. La pluridisciplinarité est à considérer comme un état : c'est l'association, la juxtaposition de plusieurs disciplines.

Le concept de pluridisciplinarité est décrit par Alexandre Manoukian comme « une équipe de professionnels variés dont les actions ne sont pas toujours concertées ». Il s'agit d'une juxtaposition d'expertises différentes. De même, Patrick Fougeyrollas précise que « *les membres d'une équipe pluridisciplinaire et les membres d'une équipe multidisciplinaire sont peu en interaction entre eux. La compréhension de la situation se situe davantage sur des visions analytiques et parallèles [...] et l'on retrouve peu d'interaction entre les différentes disciplines professionnelles* ». [48] Guihard JP a schématisé ce mode de relation (Fig. 3) [49]. Cette absence de lien induit une difficulté à pouvoir mettre en place un plan d'action thérapeutique efficace.

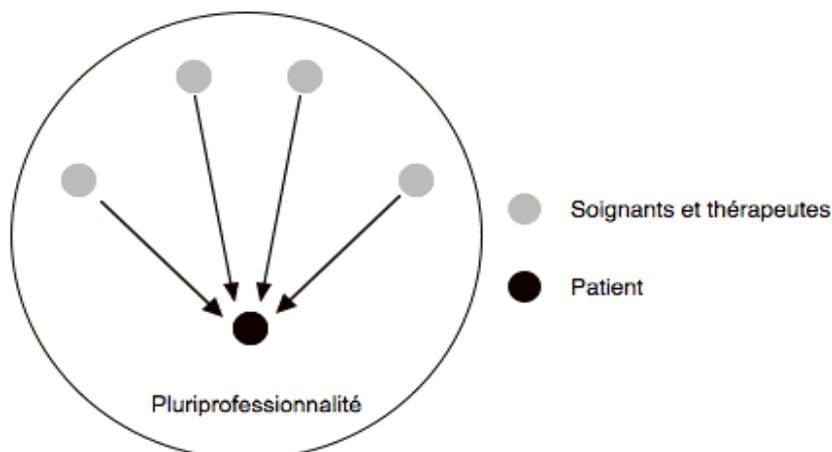


Fig. 3 : Modèles des interactions entre les professionnels et le patient dans une équipe pluridisciplinaire

2.3.2 L'interdisciplinarité

C'est une démarche qui est fondée sur le décloisonnement des disciplines. Les disciplines associées, tout en gardant leur spécificité, participent à un projet collectif en y apportant leurs savoirs et leurs méthodes. Elles collaborent et échangent entre elles pour répondre aux besoins de l'action et de la compréhension. La démarche suppose un but commun qui, pour être atteint, suppose la confrontation des différentes approches d'un même problème. L'interdisciplinarité suppose le dialogue et l'échange des connaissances, des analyses, des méthodes employées par deux ou plusieurs disciplines. Elle implique de fortes interactions et l'enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes, et donc une coopération active.

Lavoie et Fougeryollas définissent l'interdisciplinarité par l'interrelation qui existe entre les différents professionnels intervenants auprès du patient : « *L'interrelation, l'échange de connaissances, l'association et la complémentarité de compétences ainsi que la coordination des actions par rapport à un objectif commun permettent d'appréhender, d'analyser, d'améliorer ou de résoudre une problématique complexe* [48]. ».

« *L'équipe fonctionnant sous le modèle interdisciplinaire a de nombreuses interactions entre ses membres et elle permet une compréhension intégrée des problèmes et des besoins [...] les échanges d'informations résultant des nombreuses interactions permettent aux membres de l'équipe un enrichissement mutuel au niveau des connaissances, de la satisfaction des besoins des clients et l'évaluation de ceux-ci* »

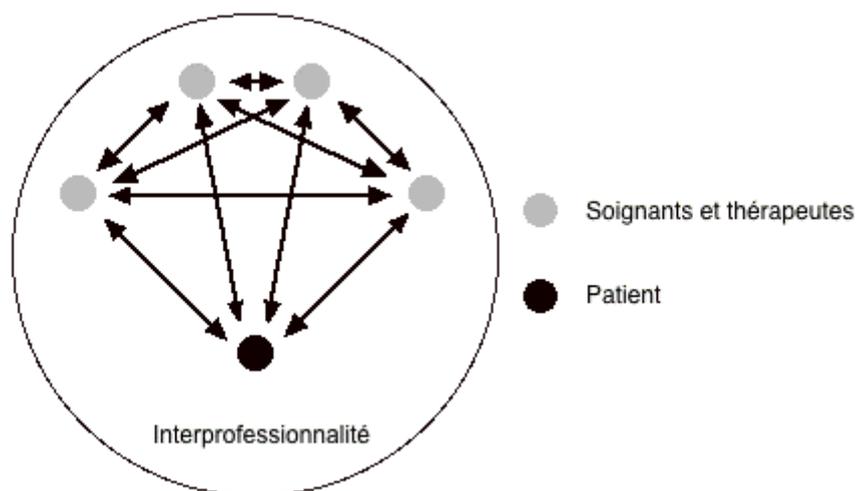


Fig. 4 : Modèle des interactions entre les professionnels et le patient dans une équipe interdisciplinaire

- La transdisciplinarité

Le préfixe « trans »- signifie « au-delà, par-delà », la transdisciplinarité dépasse alors le cloisonnement des disciplines. Les différents acteurs sont en interaction, leurs rôles ne sont plus définis par les limites de la profession mais par le besoin de la situation. La mise en œuvre d'un travail commun engendre une complexité qui dépasse les cadres disciplinaires et implique le renforcement et / ou l'acquisition de compétences communes (transversales) aux disciplines associées. C'est donc là, l'occasion d'utiliser la spécificité de chacune de ces disciplines pour atteindre ces objectifs communs (compétences transversales). Ce modèle, de fonctionnement passe par la mise en commun de toutes les données concernant le patient, la reconnaissance des savoirs et des capacités de tous. Il y a partage et échange de certains rôles, fonctions et responsabilités entre les membres de l'équipe. Ce modèle, s'il représente un idéal de pratique reste très difficile à mettre en place au sein des unités de soins aigus.

Dans le cadre de ma recherche, le modèle interdisciplinaire me semble le plus approprié à l'accompagnement de la personne âgée fragile. En effet, la prise en charge d'une personne âgée est une situation complexe qui nécessite de la part des intervenants une vision globale du contexte : ils doivent considérer tous les facteurs impliqués dans le problème qu'ils traitent et l'insérer dans un cadre plus large. Chaque discipline peut contribuer à la compréhension de cette complexité. De plus, l'interdisciplinarité présente plusieurs avantages pour chaque membre de l'équipe mais aussi pour le patient.

2.3.3 Les préalables à l'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité ne va pas de soi ; elle dépend de l'implication personnelle de chaque professionnel et nécessite une démarche volontaire de chaque membre de l'équipe. Elle suppose la connaissance de l'autre, la reconnaissance de son travail afin d'éviter les préjugés et les fausses représentations, les conflits.

Un mode de fonctionnement interdisciplinaire dépend frontalement de l'organisation managériale des services et du médecin chef de service. Le cadre a un rôle crucial dans la coordination des différents intervenants et dans le projet de soin. Il est le garant d'un environnement propice au développement de l'interdisciplinarité. Il est responsable du fonctionnement de l'équipe et veille à ce que chaque membre adhère aux valeurs communes, reconnaisse l'autre et sa compétence, partage son savoir tout en ayant

accès à l'information qui lui est nécessaire. Il assure la cohérence, la pertinence et l'efficacité des actions conduites. Le cadre de santé à travers son rôle de coordonnateur est le garant de la qualité du service rendu au patient. Il assure une évaluation en continu des prestations et de leurs résultats, induisant les réajustements nécessaires. Ce travail d'équipe nécessite également des réunions afin de prendre en compte l'avis de tous les intervenants concernant les soins, le vécu du séjour, l'évolution et le devenir du patient.

2.3.4 L'interdisciplinarité et la personne âgée fragile

L'hôpital représente encore « un univers hostile » pour les personnes âgées ; de plus, la spécialisation des services conduit à des prises en charge centrées sur l'organe. L'hospitalisation est un facteur de stress pour le sujet âgé fragile et une rupture avec son environnement. Nous avons déjà évoqué le caractère complexe de la prise en charge globale de la personne âgée. Comme le souligne le Professeur Gonthier Régis, « *La globalité de la prise en charge et l'interdisciplinarité sont des outils indispensables pour promouvoir la qualité des soins pour les sujets âgés* [50]. »

L'ergothérapeute est un acteur de choix dans cette démarche ; il démontre son efficacité dans le développement de l'indépendance et dans la diminution du recours aux assistances humaines. En l'absence de recherche menée en France, on trouve de nombreuses études étrangères prouvant les bienfaits de l'ergothérapie : réduction du nombre de réhospitalisations, maintien des personnes dans la communauté et dans l'emploi, utilisation adaptée des aides techniques, diminution du recours aux aides humaines et économies réalisées pour les sociétés ... L'ergothérapeute apporte à l'équipe interdisciplinaire des compétences particulières en ce qui concerne l'impact des déficits sur les rôles sociaux et les habitudes de vie du patient. Il propose des interventions axées sur le recouvrement d'une autonomie optimale pour que le patient puisse intégrer ou réintégrer ses rôles dans son milieu de vie.

Enfin, la pluridisciplinarité est un préalable à toute démarche auprès de la personne âgée ; ce principe est argumenté par l'enquête de la CNSA « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » pose comme hypothèse l'idée selon laquelle : l'existence de coordination des acteurs améliore la prise en charge de la personne âgée en établissement de santé en évitant les hospitalisations inadaptées, réduit les durées de séjour et les récurrences par un accompagnement adapté personnalisé [25].

2.4 La prévention

Rappelons la définition du mot prévention (prendre les devants) : il s'agit de l'ensemble des mesures qui permettent d'éviter l'apparition, l'aggravation et l'extension de certaines maladies. On distingue habituellement 3 niveaux de prévention :

Primaire : ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie (ou d'une situation de dépendance), donc à réduire l'apparition des nouveaux cas ; utilise l'éducation et l'information auprès de la population.

Secondaire : ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie (ou d'une situation de dépendance), donc à réduire sa durée d'évolution ; intervient par le dépistage de toutes les maladies (et des situations de fragilité) et comprend le début des traitements de la maladie (et les premières actions préservant l'autonomie).

Tertiaire : ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit afin de limiter ou de diminuer les conséquences et d'éviter les rechutes. À ce stade de prévention, les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion sociale.

Prévoir, c'est anticiper les conséquences physiques, psychologiques et sociales de l'avancée en âge. La prévention des effets du vieillissement peut être envisagée à travers 5 stratégies complémentaires.

- ralentir les processus du vieillissement biologique (vieillissement intrinsèque)
- promouvoir les capacités physiques, cognitives et développer les ressources psychiques ainsi que le réseau social
- agir sur les facteurs de risque pouvant induire des maladies chroniques et invalidantes
- dépister précocement des maladies asymptomatiques pouvant bénéficier d'une thérapeutique efficace
- adapter l'environnement physique et social à la dépendance

Philippe Meeus nous rappelle que « *la mise en place d'une prévention suppose que le sujet soit impliqué dans le processus et qu'il ait la possibilité d'y être actif, d'en décider les priorités, de s'en approprier le mécanisme. D'une manière générale, toute intervention professionnelle qui méconnaît cette procédure est vouée à l'échec* » [51].

3 METHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1 Choix de la méthode

L'enquête intervient dans le cadre d'une recherche appliquée, c'est-à-dire basée sur la pratique professionnelle. Parmi le choix des méthodes possibles, celle qui m'a paru la plus appropriée est la méthode clinique. Elle est qualitative, centrée sur la personne et son discours ; son outil est la grille d'entretien. Elle permet de comprendre le fonctionnement de la population choisie et d'en faire ressortir des hypothèses et axes de réponse à ma question de recherche.

Ces informations qualitatives permettent de mettre en évidence la pratique des ergothérapeutes en place, leur vécu, leur mode de collaboration, leur rôle dans la prévention du déclin fonctionnel chez le sujet âgé en services de MCO. Je me suis orientée vers la méthode clinique qui est basée sur des entretiens. J'ai choisi de faire des entretiens semi-directifs. Pour cela, j'ai créé une matrice théorique (Annexe V) puis une grille d'entretien (Annexe VI) avec des questions de relance.

3.2 Choix de la population et du terrain

J'ai interviewé des ergothérapeutes et d'autres professionnels intervenant en MCO, d'abord dans la région, mais en raison de leur faible représentation dans ce secteur, j'ai aussi interrogé des ergothérapeutes d'autres secteurs géographiques.

3.2.1 Critères d'inclusion

Les personnes concernées par l'étude sont :

- Les ergothérapeutes, diplômés d'état, exerçant en France et en milieu hospitalier
- Les médecins, les infirmières
- Les ergothérapeutes, diplômés d'état, travaillant dans un service MCO et prenant en charge des personnes âgées.

3.2.2 Critères d'exclusion

Les personnes exclues de l'enquête sont :

- Les ergothérapeutes exerçant en long séjour
- Les ergothérapeutes n'exerçant pas dans une structure hospitalière
- Les services exclus des MCO : la psychiatrie, les Soins de Suite et de Réadaptation, l'hospitalisation à domicile.

3.3 Conception de l'outil d'enquête

La méthode clinique requiert la conception d'une grille d'entretien. L'élaboration de cette grille s'est faite à partir des modèles et concepts développés dans la problématique théorique. A partir de ces derniers, une matrice est réalisée grâce aux critères et indicateurs mis en évidence. La mise en lien avec la problématique pratique se fait par la recherche d'indices. La matrice théorisée permet ainsi de définir la formulation des différentes questions et l'analyse des réponses obtenues.

J'ai donc choisi de réaliser un entretien semi-directif ; il se compose de questions ouvertes, ce qui laisse la possibilité à la personne de développer ses propos. Cette technique facilite l'expression spontanée de l'individu tout en recherchant des informations précises.

La grille d'entretien contient quatre axes principaux et débute par des questions signalétiques qui permettent de réaliser une présentation générale de la personne interrogée.

3.4 Déroulement des entretiens

J'ai d'abord obtenu un premier contact téléphonique au cours duquel j'ai présenté mon thème de mémoire, puis nous avons convenu d'un entretien en face à face pour l'ergothérapeute A et d'un entretien téléphonique avec les ergothérapeutes B et C.

L'entretien doit répondre à certaines obligations. Il est enregistré, anonyme et dure 45 minutes maximum.

3.5 Conception de la grille d'analyse

Afin de pouvoir analyser le contenu de chacun des entretiens, j'ai réalisé des grilles d'analyse. Elles reprennent les grands thèmes abordés à travers mes questions. Puis, j'ai débuté l'analyse des données recueillies présentées dans la partie analyse.

4 RESULTATS ET ANALYSE

4.1 Présentation des entretiens

J'ai réalisé différents entretiens pour ensuite en sélectionner trois ; ils correspondent à trois formes d'intervention différentes. Les deux autres m'ont apporté des éléments supplémentaires qui ont enrichi ma réflexion et la discussion. Les entretiens ont été réalisés auprès de :

- un ergothérapeute du MCO au CHU de Clermont-Ferrand
- l'équipe mobile gériatrique (médecin et infirmière) du CHU de Clermont-Ferrand
- l'équipe mobile gériatrique (médecin, infirmière, ergothérapeute) du CHU de Strasbourg,
- un ergothérapeute du MCO au CHU de Rennes
- un ergothérapeute du CSG au CH de Riom

J'ai retenu : l'ergothérapeute du CHU de Clermont-Ferrand (entretien A) et de Rennes (entretien B) et l'ergothérapeute de l'UMG de Strasbourg (entretien C).

4.2 Présentation générale des résultats

Question 1 : Présentation des ergothérapeutes :

Entretiens	Entretien A	Entretien B	Entretien C
expérience	25 ans	7 ans	17 ans
Temps de travail	100%	100%	100%
Service	50% en MPR 20% rumatho 30% neurologie	Intervient sur l'ensemble des services de médecine et chirurgie sauf la pédiatrie du CHU	Unité Mobile de Gériatrie
Formation complémentaire Personnes âgées	Pas de formation	Manutention et personnes âgées	De nombreuses formations : douleur, démence, positionnement...
Lieu d'exercice	CHU	CHU	CHU

4.3 Résultats bruts

Question 1 : La population rencontrée par les ergothérapeutes est très variée. L'ergothérapeute A, est affectée à des services précis (neurologie, rhumatologie, MPR) de ce fait elle intervient dans le cadre de pathologies spécifiques (lombalgie, polyarthrite, accident vasculaire cérébral,...). La moyenne d'âge de la population âgée qu'elle suit est de 75 ans. L'ergothérapeute B, intervient auprès d'un échantillon de population très large (de 16 à 100) pas essentiellement âgée. L'ergothérapeute C, affectée à l'UMG a pour intervient avec son équipe qu' auprès des personnes âgées, la moyenne d'âge des patient est également de 75 ans.

Pour fournir une vision synthétique des réponses des différents entretiens, j'ai répertorié les mots clés des réponses données à chaque question.

Question 2 : Quelles sont pour ces patients, les problématiques le plus souvent rencontrées ?

entretien	A	B	C
Mots clés	<ul style="list-style-type: none"> - positionnement - risque d'escarre, de déformation, rétraction - dépendance/perte des capacités motrices - gêne dans les AVQ - difficultés de marche - retour à domicile - capacités physiques moins importantes 	<ul style="list-style-type: none"> - l'installation - le retour à domicile - autonomie - rééducation repas, AVQ - problème global - troubles sensoriels - troubles moteurs - chutes - dénutrition - manque d'élan vital 	<ul style="list-style-type: none"> - troubles cognitifs - perte d'autonomie - chutes - problèmes sociaux - aménagement du domicile - marche - nutrition - incontinence - hospitalisation tardive - lever tardif

Les réponses à cette question mettent en évidence les difficultés des patients dans la réalisation des actes de la vie quotidienne et dans les déplacements. Le positionnement représente une part importante des demandes faites par les services. On remarque

également des problèmes liés à la nutrition Les ergothérapeutes s'accordent pour dire que le retour à domicile est une des principales problématiques des personnes

Question de relance : Parmi les patients que vous prenez en charge, certains vous paraissent-t-ils plus fragiles et pourquoi ?

Tous les ergothérapeutes ont répondu oui à la première partie de la question et le tableau suivant recense les réponses à la deuxième partie

entretien	A	B	C
Mots clés	<ul style="list-style-type: none"> - tous les SA* avec une pathologie chronique - maladie neurologique dégénérative - vieillissement du corps, des fonctions cognitives - besoin d'aides techniques, d'aides humaines - polyopathologies - mange mal s'il vit seul - isolé -manque d'intérêt pour la vie 	<ul style="list-style-type: none"> - perte d'activité installée - moins de copains - personne isolée - Pas d'entourage - difficulté pour visualiser l'avenir - le refus de soins - pas de demande 	<ul style="list-style-type: none"> -tous fragiles car ayant de nombreux problèmes - risque de dénutrition chute - le propre du gériatre/habitude - fibre gériatrique

* sujet âgé

Les ergothérapeutes se rejoignent sur l'importance de l'entourage social et sur le fait que l'isolement est un critère de fragilité. La notion de motivation ressort dans l'entretien A et B. A la question connaissez-vous le concept de fragilité ? Les trois ergothérapeutes ont répondu non, mais chacune a une idée bien précise d'une personne âgée fragile et identifie des facteurs de fragilité selon sa pratique. Les patients adressés à l'ergothérapeute C, le sont parce qu'ils sont déjà considérés comme fragiles

Question 3 : Selon vous, quels sont les critères indispensables à prendre en compte dans la prise en charge du sujet âgé ?

entretien	A	B	C
Mots clés	<ul style="list-style-type: none"> - le contexte social -si la personne vit seule ou pas - l'isolement - les polyopathologies 	<ul style="list-style-type: none"> - sa fatigabilité - sa fragilité - son environnement - ses habitudes de vie - ses envies - ce qui le motive 	<ul style="list-style-type: none"> - les capacités - le milieu environnant - le mode de vie - L'aspect social

Sur l'ensemble des entretiens, l'environnement semble être le critère le plus important à prendre en compte. Pour E2 et E3, il ressort également la prise en compte des habitudes de vie de la personne. La notion de fragilité n'est ressortie que dans l'entretien E2.

Question de relance : Existe-t-il un projet de vie ou de sortie ? Participez-vous au projet de vie ou de sortie de la personne ?

Entretien	A	B	C
Mots clés	<ul style="list-style-type: none"> - ne participe au projet de vie - participe peu au projet de retour à domicile - convalescence avant la sortie - évaluation pour le retour à domicile - évaluation du besoin en aide humaine, - préconisation d'un fauteuil roulant 	<ul style="list-style-type: none"> - pas de projet de vie ni de sortie clairement évoqués - c'est difficile/nombre de services - je vais peu au staff/manque de temps - si la personne est en attente d'un SSR/ + de temps - peu de visites à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - non évoqué/ à la diminution des durées de séjour - l'objectif, c'est la sortie le plus vite possible - le projet de la personne en général, c'est le retour à domicile - participe au retour à domicile avec des évaluations des capacités et du logement

Le projet de vie n'est pas évoqué formellement au niveau des équipes. Pour l'ergothérapeute E1, il est question de projet de sortie ; dans l'entretien E2, c'est également

la sortie qui est mise en avant. Mais, la notion de « projet de la personne » a été évoquée spontanément par les trois ergothérapeutes, mais n'a pas été défini plus précisément. Tous les ergothérapeutes participent à la sortie de certains patients.

Question 4 : Collaborez-vous avec d'autres professionnels lors de la prise en charge des personnes âgées ?

Entretien	A	B	C
Mots clés	<ul style="list-style-type: none"> - pas de collaboration spécifique - avec l'infirmière coordinatrice de réseau pour certaines pathologies (SLA, SEP) - chacun apporte un peu de ce qu'il perçoit du SA - à la demande d'aide humaine et matérielle - pas de confrontation pluriprofessionnelle en rhumatologie - retour fait au médecin - peu de personnel - en fonction du service 	<ul style="list-style-type: none"> - besoin de travailler avec les autres - dépend de la personne - dépend de l'équipe - collaborer est globalement compliqué - a du mal à s'inscrire dans une équipe - « du saupoudrage d'ergothérapie » : peu de temps consacré à chaque service - état d'esprit - avec le kiné sur les transferts - l'assistante sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - collaboration avec le personnel inter-hospitalier, l'AS* - services sociaux extérieurs - kinés extérieurs - hôpitaux de jour - expéditions des résultats des bilans/équipes - inter-pluri, c'est un peu des deux - données et matériels commun

*Assistante Sociale

Les modes de collaboration évoqués sont différents selon les ergothérapeutes, mais les trois mettent en avant des difficultés dans le travail en équipe voire parfois une absence de collaboration (E1).

Question 5 : Quelles pistes d'amélioration pourraient être explorées ?

Entretien	A	B	C
Mots clés	<ul style="list-style-type: none"> - intervenir plus tôt dans le parcours du patient - changer les mœurs - intervenir plus tôt : - se questionner - voir la famille - faire des propositions - préparer la sortie - ergothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - participer au staff - faire connaître l'ergothérapie aux médecins, internes - plus de présence ergothérapeute/sortie - adapter les outils à la durée des séjours 	<ul style="list-style-type: none"> - formation des professionnels/ SA - appeler les familles sur le mode vie et l'environnement - prise en charge globale - pluri et interdisciplinarité - anticiper le projet de vie

Les trois ergothérapeutes ont soumis des axes d'amélioration. Les propositions de réponse sont différentes avec des similitudes pour E1 et E3, quant à la nécessité de prendre en compte la famille. Les réponses dans l'entretien E2 sont plus centrées sur la place de l'ergothérapeute à l'hôpital.

5 DISCUSSION

Pour traiter cette partie, j'analyserai les résultats présentés précédemment et l'ensemble des entretiens. Je les mettrai en lien avec la problématique pratique et théorique. Je réaliserai ensuite une synthèse en apportant des pistes de réflexion afin de répondre à ma question de recherche et terminerai par une analyse réflexive sur mon travail de recherche.

5.1 Rappel des principaux résultats

5.1.1 la personne âgée fragile

Les ergothérapeutes interrogés ne connaissent pas le concept de fragilité tel qu'il est présenté dans la littérature, mais ils définissent une population de sujets âgés fragiles. Lorsqu'ils identifient ces patients, ils essaient de mettre en place une prise en charge spécifique avec l'équipe.

De même, l'élément commun à leur définition de la fragilité, c'est l'environnement de la personne et l'isolement social ; ce dernier est cité comme un déterminant important.

La problématique principale, évoquée systématiquement, c'est le retour à domicile de la personne. Une partie importante des interventions est dirigée vers cet objectif. Ceci correspond aussi à la demande de la personne âgée.

Les ergothérapeutes réalisent peu d'interventions de rééducation ; les actions qu'elles mènent sont : de l'installation et du positionnement, des préconisations d'aides techniques (déplacements, repas...). Le temps de présence sur les services est en général insuffisant et très ponctuel.

5.1.2 Rôle et place de l'ergothérapeute

Les compétences professionnelles et les champs d'action de l'ergothérapie sont encore peu connus en dehors des services de courts séjours gériatriques. Leur rôle est souvent restreint à une seule partie de leurs compétences. Les trois ergothérapeutes mentionnent qu'elles sont appelées trop tardivement auprès des patients pour participer à la gestion de la sortie.

Ces sorties précipitées s'accompagnent souvent d'une ré-hospitalisation rapide de la personne par la suite.

La collaboration avec l'équipe dépend des situations. Elle prend la forme soit de la pluridisciplinarité, soit de temps en temps de l'interdisciplinarité. Leurs relations avec les équipes peuvent être compliquées par leur position d'intervenant extérieur au service.

5.1.3 Les limites de l'intervention de l'ergothérapeute

La durée des séjours est une donnée importante dans l'organisation et les interventions auprès des sujets âgés. La particularité en MCO est la durée de séjour vraiment très courte (15 jours en moyenne). De plus, la durée du séjour est une priorité pour l'équipe médicale ; ce qui n'est pas toujours adapté au contexte du sujet âgé.

Des axes d'amélioration de la prise en charge de la population fragile ont été évoqués par les trois ergothérapeutes.

5.2 Liens avec les modèles et les concepts

5.2.1 L'autonomie et l'indépendance

Comme je l'ai précisé dans la partie théorique, le maintien de l'autonomie est la base de la prise en charge en ergothérapie mais aussi la base de tout soin. La notion d'autonomie est évoquée dans tous les entretiens. Cependant, ce terme est surtout utilisé pour évoquer l'évaluation de l'autonomie et la capacité de faire. Ce qui prouve que la distinction entre l'autonomie et l'indépendance reste encore floue. De même, dans la littérature le mot autonomie est souvent associé à l'indépendance fonctionnelle, y compris sur des sites de référence (HAS,...). L'évaluation des capacités de la personne dans les AVQ fait partie des missions de l'ergothérapeute en court séjour ; il maîtrise des outils d'évaluations efficaces et rapides que les autres disciplines n'utilisent pas. Ces évaluations sont soumises au médecin et permettent ensuite à l'équipe de proposer des solutions personnalisées centrées sur les besoins du patient. Les bilans utilisés ne sont pas spécifiques aux personnes âgées. Prévenir la dépendance, c'est laisser faire à la personne ce qu'elle peut encore réaliser ; c'est prendre un « peu » de temps pour permettre à la personne de retrouver son

indépendance et favoriser son autonomie pour respecter son choix de vie. La mise en place du projet de vie dans les courts séjours permettrait de se centrer sur les souhaits du patient, de le positionner comme acteur de sa prise en charge et de créer une synergie autour des différentes interventions. Le projet de vie n'a pas été mentionné par les ergothérapeutes.

L'indépendance indique la capacité de l'individu « à pouvoir faire seul » les AVQ et de s'adapter à son environnement ; elle est relative aux capacités fonctionnelles de la personne. Le vieillissement induit à plus ou moins long terme une diminution des capacités fonctionnelles pour la population générale. Chez les personnes fragiles, ces phénomènes sont majorés et leur adaptation au stress est diminuée. L'installation et le positionnement, les aides aux déplacements sont les premiers motifs d'appels pour une intervention en ergothérapie ou encore la proposition d'aides techniques. A travers ces actions les ergothérapeutes participent à la prévention des complications liées à l'immobilisation. De ce fait, entretenir les capacités de transfert et de déplacement est fondamental à la préservation de l'indépendance. Le retour à domicile du patient apparaît être au cœur de la problématique des personnes âgées fragiles hospitalisées et fait partie des demandes d'intervention les plus fréquentes. Cependant, lors des entretiens, le maintien des capacités fonctionnelles a été peu évoqué, alors que leur préservation garantit un retour à un état de santé antérieur. Enfin, l'ergothérapeute C, évoque des situations pour lesquelles elle est appelée trop tard, par exemple, un patient n'ayant pu bénéficier d'un lever précoce présente une perte de la marche. La sensibilisation des équipes à un lever précoce, la mise en place de kinésithérapie sont, selon elle, des actions « simples mais qui permettent de maintenir l'autonomie précédente ».

5.2.2 L'interdisciplinarité dans la prise en charge de la personne âgée fragile

La prise en charge de la personne âgée fragile implique l'intrication de facteurs médicaux, sociaux et environnementaux. Dans la partie conceptuelle, j'ai mis en évidence la nécessité d'une approche interdisciplinaire pour appréhender les situations complexes du soin chez le sujet âgé avec l'implication des champs médico-psycho-sociaux. Sur le terrain, l'interdisciplinarité n'apparaît pas si simple à mettre en application. En effet, les trois ergothérapeutes mentionnent que la collaboration interdisciplinaire est présente mais qu'elle dépend des services voire de la personne avec laquelle l'ergothérapeute collabore. L'ergothérapeute de l'UMG pour qui la coopération interdisciplinaire est fréquente, décrit

tout de même des difficultés à sa mise en place. L'intervention ponctuelle au sein du service semble être un frein à l'interdisciplinarité.

En effet, le mode de fonctionnement interdisciplinaire permet donc de travailler ensemble pour atteindre un but commun, toujours centré sur le patient et ses besoins. Cependant, il nécessite une volonté réciproque de coopération et suppose un dialogue, un échange de savoirs entre les différents professionnels. Il est donc nécessaire de connaître et reconnaître les compétences de ses partenaires de travail. Le rôle de l'ergothérapeute ne semble pas clairement défini à la lumière des trois entretiens, ou seulement dans le cadre de certaines de ses missions : le positionnement, la mise à disposition du fauteuil roulant, la préparation du retour à domicile. Ses compétences ne sont que partiellement identifiées. Cette méconnaissance de l'ergothérapie conduit les médecins et les internes (qui sont les prescripteurs) à faire appel à l'ergothérapeute qu'en dernier recours, alors que son expertise serait toute indiquée dans la prévention de la fragilité. Dans l'entretien B, l'ergothérapeute parle de la nécessité de faire de la « pub » ou du « démarchage », pour que les médecins fassent appel à elle, alors que les besoins sont bien réels. Depuis sa prise de poste, elle présente l'ergothérapie aux nouveaux internes tous les six mois. L'ergothérapeute C, qui intervient en transversal sur tous les services, évoque la difficulté parfois de venir donner des conseils alors qu'elle ne fait pas partie intégrante de l'équipe.

5.2.3 Le modèle conceptuel du PPH et la prise en charge du sujet âgé

Le modèle du PPH est un modèle interprofessionnel, il peut être utilisé par tous les intervenants en milieu de soin. Il rend compte des interactions entre les facteurs de risques, les facteurs personnels, les habitudes de vie et les facteurs environnementaux. Ce qui permet aux professionnels d'avoir une vision globale de la situation de la personne. Il permet la mise en évidence des facteurs facilitants ou, au contraire, des obstacles. Dans les entretiens, l'importance de l'environnement est signalée par les ergothérapeutes ; c'est selon elles, un élément indispensable à la prise en charge du sujet âgé. Selon elles, sa prise en compte est même cruciale pour une sortie sans risque de ré-hospitalisation. L'ergothérapeute B et C, appellent les familles ou cherchent à les rencontrer pour mener à bien la prise en charge et la sortie. En effet, la famille apporte des éléments supplémentaires sur les habitudes de vie de la personne en milieu écologique, des informations sur le domicile et les aides existantes. Ce modèle pointe également les

facteurs environnementaux : l'ensemble des ergothérapeutes a insisté sur l'isolement social comme étant l'un des principaux facteurs favorisant la fragilité. L'absence de famille et d'entourage est aussi un frein au retour à domicile du sujet âgé. La prise en compte de l'environnement et des conditions de vie est indispensable pour une sortie en toute sécurité. Si cela n'est pas fait, l'ergothérapeute B et C ont noté des réhospitalisations à très court terme.

5.2.4 La personne âgée fragile

Le concept de fragilité ne semble pas encore intégré dans la pratique de soin en MCO. Néanmoins, sur le terrain, les ergothérapeutes et les autres professionnels définissent et repèrent une population plus fragile. Cette fragilité est associée pour les trois ergothérapeutes systématiquement à l'isolement de la personne. La littérature mais en avant, la nécessité et les bénéfices d'une intervention précoce pour prévenir la décompensation d'un état fragile et l'entrée dans la dépendance. Les trois ergothérapeutes s'accordent sur l'aspect tardif de leur intervention. Les médecins font souvent appel à l'ergothérapeute lorsque le problème aigu est résolu et que le patient présente des difficultés dans les AVQ (déplacements, toilette...).

5.2.5 La prévention

Au début de ce travail, je pensais que la décompensation de la fragilité se produisait en milieu hospitalier et que les actions mises en place relevaient de la prévention de la perte d'homéostasie de l'ensemble des systèmes de la personne. En fait, d'après les entretiens, la décompensation de la fragilité peu s'amorcer avant l'hospitalisation. Celle-ci va être un facteur aggravant du fait de la rupture entre le patient et son environnement, ses repères. L'organisation de la sortie et les aménagements préconisés sont du domaine de la prévention tertiaire. Ils visent à réduire les situations de handicaps induites par la diminution des capacités de la personne. Mais, surtout favorisent les conditions nécessaires pour prévenir de nouvelles hospitalisations et maintenir la qualité de vie. La prise de contact et la mise en relation avec les réseaux de soins de ville, sont indispensables. Les ergothérapeutes s'inscrivent pleinement dans cette dynamique.

5.3 Eléments nouveaux apportés par les entretiens

Au-delà des réponses que j'escomptais, les entretiens m'ont permis de mettre en évidence des éléments nouveaux inhérents au court séjour.

Tout d'abord, les trois entretiens mentionnent la notion d'absence de motivation, de désir, de besoin de la part des patients. En effet, parmi les patients fragiles certains présentent « une perte de l'élan vital ». Dans l'entretien B, l'ergothérapeute est confronté au refus de soin de la personne. La motivation est l'implication est indispensable à la mise en place d'une prise en charge. La dépression et la fatigue sont décrites dans les signes de la fragilité. De ce fait, la personne peut au début nécessiter une aide complète, qu'il faudra adapter au fur et mesure pour l'accompagner dans sa reprise d'autonomie. Il est indispensable de les évaluer dès le départ, l'intervention d'une psychologue peut être sollicitée. Cela, n'est possible que par l'implication de l'ensemble de l'équipe dans cette démarche, avec le projet du patient comme objectif principal.

Ensuite, les entretiens mettent en avant le rôle de formateur des ergothérapeutes auprès de l'équipe de soin et des internes. En effet, l'ergothérapeute C, forme les soignants au lit du malade sur les besoins spécifiques des patients âgés .L'ergothérapeute B, informe tous les six mois les nouveaux internes sur le rôle de l'ergothérapeute, elle a mis en place des plaquettes d'information. Il est important de promouvoir l'ergothérapie afin que les ergothérapeutes puissent avec l'ensemble des membres de l'équipe donner toutes les chances au sujet âgé fragile de reprendre une trajectoire d'un vieillissement réussi.

5.4 Les limites de mon travail

5.4.1 Limites relatives à la population interrogée

Les trois ergothérapeutes interrogées exercent bien en MCO, mais leurs postes et leurs missions sont différents, ce qui influence leurs réponses. Le nombre d'entretiens retenu n'est pas assez important pour balayer l'ensemble des pratiques et toutes les spécificités des pratiques.

5.4.2 Limites relatives au choix de l'outil

J'ai choisi de réaliser des entretiens enregistrés, mais ils n'ont pas été tous conduits en face à face, ce qui crée un biais. En effet, la dynamique des entretiens, les échanges ne sont pas les mêmes. J'ai bien réalisé une grille d'entretien, mais parfois, les réponses ne sont pas celles attendues et il peut être difficile de recentrer l'entretien.

5.4.3 Limites relatives aux questionnaires

Certaines questions auraient pu être plus ou mieux ciblées en regard de la problématique théorique. La question 2 aurait pu être « quelle est votre prise en charge auprès des sujets âgés fragiles ? ».

5.5 Réflexions et perspectives

5.5.1 Apports personnels

Cette étude a été pour moi l'occasion d'approfondir des savoirs et d'en acquérir de nouveaux sur la prise en charge du sujet âgé fragile en court séjour et la pratique des ergothérapeutes sur le terrain.

Ce travail m'a également permis de me familiariser avec un outil de recherche, de son élaboration jusqu'à l'analyse des résultats. La recherche documentaire m'a permis d'élargir ma vision de la problématique de départ et d'appuyer ma réflexion sur des données probantes. De plus, j'ai pris conscience de l'intérêt d'appuyer ma démarche sur des modèles conceptuels et leurs apports dans une démarche globale.

Mener à bien ce mémoire de recherche n'a pas été un exercice facile et a occasionné de nombreux doutes et remises en question. Mais cette expérience a été très enrichissante, car elle m'a permis de développer une curiosité, une démarche de recherche et des capacités d'analyse. J'ai ainsi affiné mon sens de la méthode et de la rigueur. Cela ne peut être que bénéfique pour ma pratique future en milieu hospitalier.

5.5.2 Apports pour la profession

Au niveau professionnel, ce travail peut participer à la sensibilisation des professionnels de santé accueillant des sujets âgés en court séjour, au concept de fragilité et mettre en évidence la nécessité d'une prise en charge précoce, interdisciplinaire et globale. Il permet une réflexion sur la nécessité du dépistage et de l'évaluation précoce de la fragilité. Enfin, il peut inciter à une réflexion commune centrée sur le sujet âgé hospitalisé et dynamiser la collaboration interdisciplinaire.

5.5.3 Apports par rapport à la population

Cette recherche peut améliorer les conditions de sortie et participer à la promotion de la qualité de vie des personnes âgées fragiles.

5.5.4 Perspectives

Au regard de la littérature, de la problématique théorique, des entretiens et de l'analyse des résultats, différentes perspectives pourraient être envisagées.

- L'augmentation du nombre d'ergothérapeutes dans les unités de court séjour (au regard de l'augmentation du nombre de personnes âgées) favoriserait la prévention de la dépendance.
- Il est important de mener des campagnes de sensibilisation sur le rôle de l'ergothérapeute et l'ensemble de ses compétences pour qu'il puisse intervenir de façon précoce et appropriée auprès des sujets âgés fragiles en coopération avec l'équipe.
- L'ergothérapeute peut partager ses connaissances spécifiques et participer à la formation des équipes de soins ; par exemple, en les sensibilisant à l'importance du maintien des AVQ pour la personne, la nécessité de solliciter les capacités de déplacement et de transferts.

Conclusion

Le vieillissement démographique de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de patients hospitalisés en court séjour. J'ai conduit une recherche approfondie sur l'intervention de l'ergothérapeute auprès du sujet âgé fragile.

L'analyse des entretiens en lien avec les problématiques théoriques et pratiques mettent en évidence les résultats suivants.

La problématique la plus fréquemment rencontrée chez la personne âgée fragile est l'organisation du retour à domicile ; c'est aussi le motif pour lequel est sollicité le plus souvent l'ergothérapeute. La durée des séjours tend à diminuer ; le temps d'intervention est court ; par conséquent, l'organisation de la sortie n'est pas suffisamment anticipée.

De plus, le rôle et les compétences de l'ergothérapeute sont encore mal identifiés par l'équipe soignante et médicale. Dans la plupart des situations, l'ergothérapeute est appelé tardivement dans la prise en charge ; ce qui rend difficile la mise en place de propositions adaptées. Enfin, l'aspect transversal et ponctuel de la majorité des interventions sont à l'origine de difficultés pour une collaboration et un travail interdisciplinaire.

A ma question « quelle est la place de l'ergothérapeute dans la reprise de l'autonomie du sujet âgé en court séjour », j'ai trouvé différents éléments de réponse. L'ergothérapeute a une place prépondérante au sein d'une équipe de court séjour mais leur nombre est insuffisant. Il agit au niveau de l'installation et du positionnement du patient. Il préconise des aides techniques et aux déplacements, pour permettre au patient une reprise de l'indépendance et de l'autonomie. Il crée les conditions nécessaires à un retour à domicile optimal en lien avec la famille et l'entourage.

Au début de mes recherches, je situais l'intervention de l'ergothérapeute dans la prévention primaire. Mes entretiens m'ont confrontée à une toute autre réalité : les patients en court séjour y arrivent déjà en état de fragilité accrue voire de dépendance. Donc l'ergothérapeute intervient déjà à un niveau de prévention secondaire.

Suite à cette recherche, je propose une nouvelle hypothèse de travail : « En quoi la mise en place sur les courts séjours d'une équipe transversale de rééducation composée d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes et de médecins de médecine physique et de réadaptation peut-elle favoriser la reprise de l'activité du sujet âgé hospitalisé ? »

Bibliographie

- [1] Haut Conseil de la Santé Publique. (page consultée en mai 2015). La santé en France 2002, [en ligne]. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=71>
- [2] Robert-Bobée I. Projections de population 2005-2050 Vieillesse de la population en France métropolitaine. Economie et statistique: INSEE [En ligne]. 2007 [consulté mai 2015]. Disponibilité sur Internet : <http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ecostat_d.pdf>
- [3] INSEE Auvergne. (page consultée en mai 2015). Lettre n°63 de septembre 2010 : Dynamisme démographique et vieillissement des territoires de santé auvergnats, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=10&ref_id=16719
- [4] Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée en mai 2015). Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, [en ligne]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- [5] Santos-Eggimann B, David S. Evaluer la fragilité en pratique clinique: est-ce recommandable ? Forum Med Suisse [en ligne]. 2013, N°13, [consulté le 5 mai 2014]. http://www.lc65plus.ch/evaluer_fragilite.pdf
- [6] Caradec V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. 3 ed. Paris: Armand Colin; 2012
- [7] Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Journal of Gerontology [en ligne]. 2001, Vol.56, N°3, [consulté le 2 mai 2014]. Disponibilité sur Internet : <<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/3/M146.long>>
- [8] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Geriatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement [en ligne]. 2011, Vol.9, N°4, [consulté le 2 mai 2014]. Disponibilité sur Internet : <http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/la_fragilite_de_la_personne_agee_un_consensus_bref_de_la_societe_francaise_de_geriatrie_et_gerontologie_290654/article.phtml?tab=texte>
- [9] Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (page consultée en mai 2015). Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une

comparaison entre les enquêtes ESPS et SHARE, [en ligne].
<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/060-mesurer-la-fragilite-des-personnes-agees-en-population-generale-comparaison-esps-share.pdf>

[10] Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, et al (1999) A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *The Lancet* [en ligne]. Janvier 1999, Vol.353, N°9148, [consulté en mai 2015]. Disponibilité sur Internet : <http://ac.els-cdn.com/S014067369804402X/1-s2.0-S014067369804402X-main.pdf?_tid=84d5be82-fe6b-11e4-8423-00000aacb362&acdnat=1432070027_777cbf92df058f9a7f013bfb1aa066bd>

[11] Bandden-Roche K, Xue QL, Ferruci L, et al. Phenotype of frailty : characterization in the women's health and aging studies. *Journal of Gerontology* [en ligne]. 2006, Vol. 61A, N°3, [consulté en mai 2015]. Disponibilité sur Internet : <<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/61/3/262.full.pdf+html>>

[12] Haute Autorité de Santé. (page consultée en mai 2015). Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf

[13] Béland F, Hervé M. *La fragilité des personnes âgées*. Rennes : Presses de l'EHESP; 2013.

[14] Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W. Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. [En ligne] Wieland D; 2012 [consulté 2 mai 2014]. doi:10.1093/gerona/gls119

[15] CréDOC. (page consultée en mai 2015). La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures, [en ligne] <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf>

[16] Arnoux T. Le dépistage de la fragilité de la personne âgée aux urgences. *Urgences* 2009 [en ligne]. Disponibilité sur i nternet :<http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Le_depistage_de_la_fragilite_de_la_personne_agee_aux_urgences.pdf>

- [17] De Weirdt S. Evaluation gérontologique standardisée de la personne âgée hospitalisée en urgence ? Minerva [En ligne]. Juillet 2012, Vol.11, N 6, [consulté le 2 mai 2014]. Disponibilité sur Internet : <http://www.minerva-ebm.be/fr/article/158>
- [18] ANFE. (page consultée en mai 2015). Définition de l'ergothérapie, [en ligne] <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- [19] Meyer S. Le processus en ergothérapie. Lausanne : Editions EESP ; 1990.
- [20] Detraz MC. Le processus d'intervention en ergothérapie. In : Caire JM. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. Bruxelles : De Boeck Supérieur SA ; 2008.
- [21] IFPEK. (page consultée en mai 2015). Données probantes en ergothérapie, [en ligne] http://www.ifpek.org/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=676
- [22] SGOC. (page consultée en mai 2015). La Fragilité, le concept bioclinique, [en ligne] <http://www.sgoc.fr/Brest%202010/communications/020%20ROLLAND%20SGOC%20JUN%202010.pdf>
- [23] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (page consultée en mai 2015). Société et vieillissement, [en ligne] http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_groupe_1.pdf
- [24] Manoukian A. Quand le domicile est en question : liberté du sujet, réactions des familles. Doc'Animation en gérontologie. Janvier-Février 2015 ; N 49.
- [25] Inspection générale des affaires sociales. (page consultée en mai 2015). L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, [en ligne]. http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/L_impact_des_modes_d_organisation_sur_la_prise_en_charge_du_grand_age.pdf
- INSEE. (page consultée en mai 2015). Etat de santé : Pathologies et comportements de santé Handicaps, incapacités, dépendance Mortalité, [en ligne] http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/persag05b.PDF
- [26] Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F. Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement [en ligne]. Septembre 2003, Vol.1, N 3, [consulté en mai 2015]. Disponibilité sur Internet : <http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e->

[docs/individualisation_des_personnes_agees_fragiles_et_filiere_de_soins_261364/article.phtml](http://docs.individualisation_des_personnes_agees_fragiles_et_filiere_de_soins_261364/article.phtml)

[27] Fiche éclairage maladie ; rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. (page consulté en avril 2015) la prise en charge hospitalière des personne âgées [en ligne]http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitaliere_personnes_agees.pdf

[28] Ministère de la Santé et des Services sociaux Quebec Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier Cadre de référence
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>

[29] Graf C. Functional Decline in Hospitalized Older Adults: It's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be. American Journal of Nursing [en ligne]. Janvier 2006, Vol.106, N°1, [consulté en mai 2015]. Disponibilité sur Internet : <http://www.researchgate.net/profile/Carla_Graf/publication/232182376_Functional_Decline_in_Hospitalized_Older_Adults_Its_often_a_consequence_of_hospitalization_but_it_doesnt_have_to_be/links/0c96051927b3c9dcb9000000.pdf?origin=publication_detail>

[30] Morin J, Leduc Y. Lève-toi et marche ! Ou comment contrer la perte d'autonomie fonctionnelle au cours d'une hospitalisation. Le médecin du Québec [en ligne]. Juin 2014, Vol.39, N°6, [consulté en mai 2015]. Disponibilité sur Internet : <<http://lemedecinduquebec.org/Media/82344/089-094Morin0604.pdf>>

[31] Jouaffre V, Nouvel F. Fragilité et dépendance. In : Trouve E. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques. Marseille : Solal ; 2009.

[32] Bleher Y, Dimet J, Guimard T, Perre P, Février R. Personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine polyvalente : description initiale, suivi à un an. Gériatrie Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement [en ligne]. 2012, Vol.10, N°1, [consulté en mai 2015]. Disponibilité sur Internet : <http://www.jle.com/download/--gpn-292013-personnes_agees_hospitalisees_dans_un_service_de_medecine_polyvalente_description_initiale_suivi_a_un_an-VVyFFX8AAQEAAGLP6EsAAAAB.pdf>

[33] DREES. (page consultée en mai 2015). Etudes et résultats N°491 : Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000 et 2005, [en ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er491.pdf>

- [34] Haute Autorité de Santé. (page consultée en mai 2015). Conférence de consensus Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique, [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_monde_hospitalier_court.pdf
- [35] CNSA. (page consultée en mai 2015). Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé, [en ligne] http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cnsa.fr%2FIMG%2Fdoc%2FPromouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie-2.doc&ei=ASNqVfG4GsyvU_KngsgE&usg=AFQjCNGXvyR-LHPp1m8KVEPf-48BP-8PTQ&sig2=pNiQvbPBKaZA6J3wYcnNKg&bvm=bv.94455598,d.d24&cad=rjt
- [36] Wikipédia. (page consultée en mai 2015). L'effet halo, [en ligne] http://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_de_halo
- [37] Haute Autorité de Santé. (page consultée en mai 2015). Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?, [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf
- [38] Ministère de la santé et des sports. (page consultée en mai 2015). Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière – Monographie d'ergothérapeute, [en ligne] <http://www.ergo-nancy.com/pages/image/files/Monographie%20ergotherapeute%20%282%29%282%29pdf>
- [39] Pelé P. Ergothérapie en MCO : enquête et réflexions. Ergothérapies. Avril 2015 ; N°57.
- [40] Pôlet-Masset AM. Passeport pour l'autonomie : affirmez votre rôle propre. Paris :Editions Lamarre ; 1993.
- [41] Sève-Ferrieu N. Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation [en ligne]. 2008 [consulté le 31/10/2014]. Disponibilité sur Internet : <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/showarticlefile/188835/26-43675.pdf>

- [42] Legifrance. (page consultée en mai 2015). Référentiel d'activités de l'ergothérapeute, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&dateTexte=&categorieLien=id>
- [43] Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (page consultée en mai 2015). Projet de vie, [en ligne] http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/B_AFM_Projet_de_vie2.pdf
- [44] Legifrance. (page consultée en mai 2015). Article L-114 de la loi du 11 février 2005, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446>
- [45] OMS. (page consultée en mai 2015). Définition de la qualité de vie, [en ligne] <http://papidoc.chic-cm.fr/36qualitecomport.html>
- [46] Fougeyrollas P & al. Classification québécoise: processus de production du handicap, Québec: Réseau international sur le processus de production du handicap ; 1998
- [47] HAS. (page consultée en avril 2015) Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?[en ligne] 2013 <[http:// www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf)>
- [48] Lavoie J, Fougeyrollas P. De la pluri, à la multi vers l'interdisciplinarité de l'approche-programme [en ligne]. 1999, [consulté en mai 2014]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.med.univ-renne1.fr/sisrai/art/approche-programme.html>>
- [49] Guihard J.P. Interdisciplinarité ou inter providence ? Journal de l'ergothérapie [en ligne]. 1999, Vol.21, N°3, [consulté en mai 2015]. Disponibilité sur Internet : <http://www.jp.guihard.net/spip.php?page=imprimer&id_article=174>
- [50] Gonthier R. Les spécificités du soin gériatrique, approche globale , interdisciplinarité. In : Collège Professionnel des Gériatres Français. Livre Blanc de la Gériatrie Française. Paris: ESV production; 2004. p.91-95.
- [51] Meeus P. Le rôle des ergothérapeutes dans la prévention de la dépendance des personnes âgées, [en ligne]. 2012. Disponibilité sur Internet : <<http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/meeus-role-ergo-personnes-agess.pdf>>

ANNEXES

ANNEXES

Annexe I : Dimensions et mesures du phénotype de fragilité de L. Freid (2001)

Annexe II : Le référentiel d'activités selon l'annexe II de l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Annexe III : Echelle des activités de la vie quotidienne (ADL de Katz)

Annexe IV : Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton)

Annexe V : Matrice théorique

Annexe VI : Grille d'entretien

Annexe VII : Entretien A

Annexe VIII Entretien B

Annexe : IX: Entretien C

Annexe I : Dimensions et mesures du phénotype de fragilité de L. Freid (2001)

Tableau 1. Les cinq critères utilisés dans la définition opérationnelle proposée par Fried et al.

Les cinq critères proposés	Définition et positivité des critères pour la fragilité	
Perte de poids involontaire	– Perte de façon non intentionnelle ≥ 5 kg durant les 12 derniers mois – Ou indice de masse corporelle (IMC) $< 18,5$ kg/m ²	
Sensation d'épuisement	Selon les réponses apportées à 2 des 20 questions de l'échelle de dépression CES-D: « J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort » « J'ai manqué d'entrain »	Cotation des réponses: 0 = jamais, très rarement 1 = occasionnellement 2 = assez souvent 3 = fréquemment, tout le temps Critère positif pour la fragilité si la personne répond 2 ou 3 à l'une ou l'autre des questions
Niveau d'activité physique	Évalué selon la version courte du <i>Minnesota Leisure Time Activity questionnaire</i> , renseignant sur le niveau d'activité de 9 domaines d'activité incluant les activités domestiques sur les 4 dernières semaines. La dépense énergétique associée mesurée en Kcal est calculée selon un algorithme standardisé	Selon le sexe, le critère est positif pour la fragilité si le niveau d'activité physique est: < 383 Kcal chez l'homme < 270 Kcal chez la femme
Réduction de la vitesse de marche	Temps nécessaire pour parcourir 4,57 mètres (15 pieds dans la version originale; 1 pied $\approx 0,3048$ m)	La positivité du critère est stratifiée pour le sexe et la taille: <i>Pour l'homme:</i> Taille ≤ 173 cm ≥ 7 secondes Taille > 173 cm ≥ 6 secondes <i>Pour la femme:</i> Taille ≤ 159 cm ≥ 7 secondes Taille > 159 cm ≥ 6 secondes
Diminution de la force de préhension	La mesure de la force de préhension en kg, en utilisant généralement un dynamomètre	La positivité du critère est stratifiée pour le sexe et l'IMC (kg/m ²) <i>Pour l'homme:</i> IMC ≤ 24 ≤ 29 kg IMC 24,1-26 ≤ 30 kg IMC 26,1-28 ≤ 30 kg IMC > 28 ≤ 32 kg <i>Pour la femme:</i> IMC ≤ 23 ≤ 17 kg IMC 23,1-26 $\leq 17,3$ kg IMC 26,1-29 ≤ 18 kg IMC > 29 ≤ 21 kg
Fragilité = présence d'au moins 3 critères parmi 5 Pré-fragilité = présence de 1 ou 2 critères parmi 5		

Annexe II : Le référentiel d'activités selon l'annexe II de l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Détail de la compétence 1 :

Compétence 1

Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique

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. Évaluer 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. Élaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap.
9. Assurer la traçabilité des éléments recueillis dans le dossier du patient.

Annexe III : Echelle des activités de la vie quotidienne (ADL de Katz)

Activités	État
Toilette (lavabo, bain ou douche)	1 besoin d'aucune aide. 0,5 besoin d'aide pour une seule partie du corps (dos, jambes ou pieds). 0 besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.
Habillage (prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture éclair)	1 besoin d'aucune aide. 0,5 besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair. 0 besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste partiellement ou complètement déshabillé(e).
Aller aux W.-C. (pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)	1 besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.-C. : canne, fauteuil roulant...). 0,5 besoin d'une aide. 0 ne va pas aux W.-C.
Locomotion	1 besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur). 0,5 besoin d'une aide. 0 ne quitte pas le lit.
Contenance	1 contrôle complet des urines et des selles. 0,5 accidents occasionnels. 0 incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.
Alimentation	1 besoin d'aucune aide. 0,5 besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain. 0 besoin d'aide complète ou alimentation artificielle.

Annexe IV : Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton)

Activités	Définitions	Cotation Hommes	Cotation Femmes
Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
Courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
Cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
Transports	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Annexe V : Matrice théorique

Modèle/concepts Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas & al., 1998)	Facteurs de risques	Risques biologiques	Polypathologies sous-jacentes Trouble métabolique avec apparition d'un syndrome confusionnel Dépendance fonctionnelle : syndrome d'alitement	1 2
		Risques liés à l'environnement physique	Lieu d'hospitalisation : promiscuité, matériel à disposition Chambre seule ou double	2 3
		Risques liés à l'organisation sociale	Organisation du service : personnel insuffisant Méconnaissance des problématiques liées à l'âge Croyances du personnel	2 4 3
	Facteurs personnels	Systèmes organiques	Présence de polypathologies et de déficiences pouvant atteindre différents systèmes : - Système respiratoire : essoufflement, diminution de la capacité respiratoire - Système cardiovasculaire - Système neurologique - Système digestif : état bucco-dentaire troubles de l'appétit, du transit - Système ostéo-articulaire : périmètre de marche, vitesse de marche	1 2 3

Modèle/concepts Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas & al., 1998)	Facteurs personnels		- Système sensoriel : vision, ouïe, audition, odorat, goût	
		ptitudes	Activités intellectuelles : décisions, Activités motrices : déplacement, transfert, mobilité Langage : parole, compréhension Comportement : repli, comportement inapproprié	1 2 3
	Facteurs environnementaux	Facteurs sociaux et Facteurs physiques	Obstacles et facilitateurs : - Système économique et socio-sanitaire (santé publique et prévention, soins médicaux...) - Règles sociales (réglementations, habitudes, valeurs, - Technologie et équipements de soins (aides techniques à la Posture, la mobilité...) Environnement social : isolement social, présence de la famille, vit seul ou en couple Utilisation d'une aide de marche : canne, déambulateur...	2 3 4
			Nutrition	Habitudes alimentaires, prise des repas, goût alimentaire
	Habitudes de vie	Condition corporelle	Horaire de sommeil et de repos	1 2 3
		Soins personnels	Soins corporels, esthétique, habillement	1 2

Modèle/concepts Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas & al., 1998)				3
		Communication	Communication orale, langage corporel, repli sur soi	1 2 3
		Déplacement	Déplacement extérieur ou en intérieur, seul ou accompagné, utilisation d'aides techniques	1 2 3
		Relations interpersonnelles	Relations interpersonnelles sociales et affectives	1 2 3
		Loisirs	Activités manuelles ou intellectuelles de loisir, adhésion à un groupe	1 2 3
Interdisciplinarité	Équipe	Ensemble des différents professionnels intervenant auprès du patient hospitalisé	Médecin Rééducateurs : ergothérapeute et kinésithérapeute Soignants : infirmier, aide-soignant Assistante sociale Cadre de santé	4
	Coopération	Projet	La personne comme acteur de soins : projet individualisé Objectifs communs définis Moyens mis en évidences Synergie des compétences Projet de sortie	1 2 3 4
		Travail d'équipe		Relation Complémentarité Coordination

Modèle/concepts Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Interdisciplinarité			Organisation Contraintes Représentations Identités professionnelles	
		Communication	Outil, support Temps d'échanges Écoute Temps informels et formels Transmissions Langage commun	3 4
Autonomie	Libre arbitre « Vouloir faire »	Projet de vie personnel	La personne exprime ses souhaits, donne son avis Patient acteur de sa prise en charge Consentement du patient pour les actes et décisions qui le concerne	2 3
	Se gouverner soi-même	Capacité de jugement	Connaissance de ses capacités et de ses limites Absence de troubles cognitifs et du jugement	2 3
	Respect des lois		Respect du règlement intérieur du service Information explicite de l'organisation et règles de fonctionnement du service Mise à disposition des droits et des devoirs du patient	2 3 4

Modèle/concepts Théories	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Indépendance	Besoin d'adaptation	Faire seul avec des adaptations ou des aides techniques	Utilisation d'une aide de marche : canne, déambulateur, fauteuil roulant Utilisation d'une aide aux transferts : planche de transfert	1 2 3 4
	Interdépendance dans la relation à l'autre	Mode de relation entre les hommes - structuration	- Affective - Culturelle - Intellectuelle - Professionnelle - Financière	1 2 3
	Absence d'aide extérieure	En relation avec les capacités fonctionnelles, neuropsychologiques psychiques de la personne	Réalise seul les actes de la vie quotidienne, se laver, se déplacer, s'habiller, s'alimenter	1 2 3
Prévention	Primaire	Diminuer l'incidence, réduire le nombre de nouveaux cas	Moyens : éducation et information auprès de la population	3 4
	Secondaire	Diminuer la prévalence, réduire la durée d'évolution	Dépistage des maladies et situations de fragilité Premières actions préservant l'autonomie	3 4
	Tertiaire	Diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population	Diminuer les conséquences Éviter les rechutes Rééducation et réinsertion sociale de la personne	3 4

Annexe VI : Grille d'entretien

Questionnaire

Question préalable : Pouvez-vous vous présenter et décrire votre parcours professionnel ?

Questions de relance

- Depuis quand êtes-vous diplômée ?
- Quels ont été vos lieux d'exercice ?
- Avez-vous au cours de votre parcours professionnel suivi des formations ou des spécialisations spécifiques en liens avec les personnes âgées ?

Questions 1 : Quelle population prenez- vous en charge ?

Questions de relance

- Quel est l'âge moyen des patients ?
- Quelle pathologie rencontrez-vous le plus souvent
- Quelle est la durée moyenne de séjour ? –

Question 2 : Quels sont pour ces patients les problématiques le plus souvent rencontrées ?

Questions de relance

- Quel type de handicap présentent-ils ?
- Quelles sont leurs difficultés en termes d'autonomie et de dépendance ?
- Parmi les patients que vous prenez en charge certains vous paraissent-ils plus fragiles ?
- Connaissez-vous le concept de fragilité ?

Question 3 : Selon vous quels sont les critères indispensables à prendre en compte dans la prise en charge du sujet âgé.

Questions de relance

- Tenez-vous compte de la famille, des habitudes de vie, l'environnement ?
- Quels sont les principales attentes des patients que vous accueillez ?
- Quels sont les demandes prioritaires des personnes âgées?
- Un projet de vie ou de sortie sont-ils mis en place et à quel moment ?

Question 4 : Collaborez-vous avec d'autres professionnels lors de la prise en charge des personnes âgées.

Questions de relance

- Comment qualifieriez-vous votre collaboration avec les autres professionnels ?

Pluridisciplinarité ou interdisciplinarité.

- Participez-vous au retour à domicile de la personne et comment ?
- Utilisez-vous des outils spécifiques ?

Question 5 : Quelles pistes d'amélioration pourraient être explorées ?

Question de relance

- l'intégration de l'ergothérapeute dans les équipes de soins vous semble-t-elle une possibilité, comment l'envisagez-vous ?

Annexe VII : Entretien A

Questions préalables : Pouvez-vous vous présenter et décrire votre parcours professionnel ?

J'exerce le métier d'ergothérapeute depuis 25 ans, je suis depuis trois ans dans le service.

Etes-vous à 100% dans le service ?

Non, Je suis à 50% MPR, 20% rhumatologie, 30% neurologie.

Quelle activité réalisez-vous dans chacun de ces services ?

En MPR, c'est de la consultation avec des bilans, confection d'attelles, évaluation de fauteuils roulants électriques.

En rhumatologie, c'est de la consultation avec fabrication d'attelles, conseils d'économie articulaire, sur de nouvelles techniques. En neurologie : intervention ponctuelle dans les services avec installation des patients et positionnement au lit/fauteuil roulant : de temps en temps, quelques évaluations en neurologie de dextérité pour aider l'orientation soit retour à domicile soit en renvoi en rééducation. En rumatho, c'est uniquement des consultations qui sont préprogrammées avec l'équipe pluridisciplinaire.

Questions 1 : Quelle population prenez-vous en charge ? C'est très variable ; sur l'ensemble des trois services : ce sont beaucoup de patient souffrant de polyarthrite, de maladie rhumatologique, d'arthrose, des patients lombalgiques, beaucoup d'AVC en neurologie, parfois des patients avec des SLA.

Quel est l'âge moyen des patients que vous prenez en charge ? Je dirais 65 ans. **Prenez-vous en charge des personnes âgées ?** Si on part du principe que les gens sont âgés à partir de soixante ans, je dirai oui. La moyenne d'âge de cette tranche serait 80 ans. **Quel est la durée moyenne des séjours.**

C'est difficile à dire, c'est vraiment en fonction des situations, de l'âge de la personne et du contexte.

Question 2 : Quelles sont pour ces patients les problématiques le plus souvent rencontré ?

Pour les personnes en neurologie, c'est surtout des problèmes de positionnement au lit pour éviter les complications de l'alitement, les risques escarres, les déformations, les rétractions. Souvent le sujet est autonome pour toilette/habillage/prise des repas, transferts et déplacements à l'intérieur mais il est dépendant d'autrui pour sa relation avec le monde extérieur : courses, démarches administratives, suivi médical, visite aux amis et à la famille. Sa dépendance est liée à sa perte de capacité motrice avec diminution de la force musculaire, diminution du périmètre de marche. Elle est lié à l'architecture de son habitat (présence de marches, baignoire, rangement en hauteur..). En rhumatologie, c'est plus de problèmes de douleur et de déformations qui gênent dans les actes de la vie quotidienne. Je réalise des orthèses soit à visée antalgique, soit fonctionnelle pour que le patient puisse continuer à faire seul.

Utilisez-vous des outils des outils, des bilans particuliers ?

Il n'y a pas de bilan particulier. Ce sont des bilans que l'on va utiliser pour tout un chacun...pour les AVQ, des bilans articulaires, des bilans de marche avec la kiné. Mais on va plus s'intéresser à ce qui est environnement, tissu social et familial existant. Ce sont des questions que l'on posera beaucoup moins chez des personnes plus jeunes.

Certains vous paraissent-il plus fragiles ?

Pour moi, la catégorie fragile serait toutes les personnes âgées qui ont déjà une maladie chronique style les parkinsoniens, les gens atteints de maladie neurologique dégénérative,

sclérose en plaque. Après, tout simplement, les gens sont âgés et subissent le vieillissement du corps et les pertes de certaines fonctions cognitives

Selon vous, quel est votre rôle auprès de ces patients ?

De par leur âge, les stratégies à mettre en place sont différentes. Le but de ces personnes va être de retourner à leur domicile et d'y rester. Avec des gens qui ont des capacités physiques moins importantes, on va plutôt essayer de les aider en palliant leur manque par des aides techniques et humaines.

Et, c'est certainement à l'ergothérapeute d'arriver à juger le besoin humain quand il faut s'occuper de soi-même, de se préparer à manger, de faire son ménage, de gérer tout ce qui est administratif et ses sorties.

Connaissez-vous le concept de fragilité ?

Ça dépend de ce tu entends par fragilité. La fragilité c'est un concept en soi ; elle concerne les gens de plus de 65 ans qui répondent à plusieurs critères simples : diminution de vitesse de marche, fatigue, dénutrition, isolement social. Ces personnes présentent une réduction de l'adaptation au stress. Eh oui ! Mais quand tu compares ces gens-là fragiles par rapport aux autres sujets, même s'ils sont poly-pathologiques, mais la différence c'est qu'ils vivent seuls ; ils vivent seuls et mangent très mal. Quand tu es isolé (tu n'as pas tes voisins, tu n'as personne), quel est l'intérêt de rester en vie ? Il faut que les gens se battent pour quelque chose. Tu as des gens qui sont en très mauvais état physique, ils sont dénutris parce que le conjoint n'a pas réussi à faire à manger comme il faut, mais ils veulent rentrer pour le conjoint, pour pas laisser le conjoint tout seul.

Question 3 : Selon vous quels sont les critères indispensables à prendre en compte dans la prise en charge du sujet âgé.

Le contexte social, si la personne vit seule ou pas. Le plus important pour moi, c'est si la personne vit seule. Quand tu es isolé quel est l'intérêt de rester en vie ? Il faut que les gens se battent pour quelque chose. Tu as des gens qui sont en très mauvais état physique, ils sont dénutris parce que le conjoint n'a pas réussi à faire à manger comme il faut, mais ils veulent rentrer pour le conjoint, pour pas le laisser seul. Il faut au moins être deux. Quand le malade se retrouve veuf, si la famille ne passe pas tout le temps, ...c'est compliqué.

Question 4 : Collaborez-vous avec d'autres professionnels lors de la prise en charge des personnes âgées ?

A l'extérieur non. Au sein de l'équipe, il n'y a pas de collaboration spécifique. Il y a dans le service de neurologie pour les patients un peu plus fragile, des structures en place qui ne s'occupent que des parkinsoniens et que des SLA.

Donc, en fait, c'est souvent un échange entre l'infirmière coordinatrice et l'ergo. Parce que parfois elle ne ressent pas les capacités fonctionnelles de la personne de la même façon. Chacun rapporte un petit peu ce qui est ressenti de la personne pour essayer de monter une demande d'aide humaine surtout pour le retour à domicile ou parfois préconise le bon matériel comme des fauteuils roulants.

En rhumatologie, malheureusement, il n'y a pas cette confrontation pluridisciplinaire. Très souvent, je fais un retour de mon intervention au médecin. Dans le service, il n'y a pas vraiment d'intervenant, pas d'assistante sociale intégrée au service, pas d'infirmière coordinatrice. Ils font vraiment un soin mais tout ce qui est maintien et retour à domicile, ce n'est pas là où ils sont le plus achalandé en personnel.

A quel moment intervenez-vous dans le parcours du patient âgé fragile ?

Alors, très souvent en rhumato, ils pensent à l'ergo beaucoup trop tard, trop tard dans la durée du séjour du patient. Il arrive très souvent qu'on m'appelle le matin pour quelqu'un

qui s'en va l'après-midi. Ou parfois on m'appelle et en fait ce n'est pas un retour à domicile immédiat, c'est un passage pour une convalescence.

Mais, je pense que c'est dû aussi au fait que ce soit la pathologie rhumatoïde. Les gens arrivent en service de rhumato ; ils ne sont pas très bien, extrêmement douloureux, donc leur potentiel fonctionnel est très difficilement évaluable. Et, lorsqu'ils vont un peu mieux, du coup, les décisions sont prises en parachute ; c'est à dire qu'il y a des gens qui pourront peut-être rentrer à la maison mais qui vont d'abord passer par une convalescence ; donc, du coup, mon intervention est beaucoup moins pertinente puisqu'ils vont passer trois semaines en convalescence et les besoins qu'on avait évalués avec ces gens ne vont plus être tout à fait à l'identique. En neuro, la demande est faite suffisamment tôt parce qu'ils ont cette habitude de prise en charge pluridisciplinaire. Par exemple, il y a des gens de 65 ans qui arrivent, parfois avec une grosse poussée de polyarthrite dans toutes les articulations et la première chose que l'on fait en rhumato, c'est leur trouver un traitement pour les soulager. Après on m'appelle, en me disant, il va rentrer à la maison, il faut voir comment il va se débrouiller. Mais l'appel est juste le jour d'avant. Et ça fait trop court, parfois ça serait intéressant que la question se pose avant. Ça rentre dans les mœurs et c'est dû à la pathologie.

Par manque de temps, il y a tellement d'examens à faire, il faut que ça aille vite. On a à peine le temps de faire la kiné et la marche.

Un projet de vie est-il mis en place dans les services ?

Je ne participe au projet de vie et peu au projet de retour à domicile, souvent les patients passent en convalescence avant le domicile, pour le retour à domicile : j'évalue le besoin en aide humaine, le besoin de l'utilisation d'un fauteuil roulant

Selon vous, quelle pourrait est la plus-value de l'ergothérapie auprès de ces personnes ?

Je pense surtout que, s'il y avait une vision d'une équipe pluridisciplinaire (l'ergo en faisant partie), on serait peut-être plus fin dans notre analyse au devenir de ces gens âgés. On ne ferait pas que la prise en charge médicamenteuse mais on essaierait très tôt de voir avec ces gens et leur famille qu'est-ce qu'on peut proposer à la sortie en essayant d'envisager plusieurs cas de figure. Et, on n'aurait pas le sentiment d'être dans l'urgence du départ ; on compte beaucoup sur les familles et les gens pour qu'ils se débrouillent. Ce serait plus confortable pour tout le monde parce qu'il y aurait des choses qui auraient été réfléchies en amont sans attendre le dernier moment quand les gens vont partir ; je pense aussi que ce serait plus agréable pour les services qui reçoivent ces gens en convalescence. On réalise un déblayage et on réfléchit sur quoi on va pouvoir se reposer, l'aide humaine ou vraiment est ce qu'il y a besoin d'aides techniques, quel est l'existant, qu'est-ce qu'il faudrait rajouter et est-ce qu'un retour à domicile est vraiment envisageable ?

Donc là, on laisse partir les gens et on croise les doigts pour que ça se passe.... Je pense qu'on serait plus pertinent si on démarrerait beaucoup plus tôt.

Question 5 : Quelles pistes d'amélioration pourraient être explorées ?

Il faudrait qu'on soit intégré plus tôt dans le parcours de soin du patient. Il faudrait que le nombre d'ergothérapeute soit plus important dans les hôpitaux ; je ne peux malheureusement pas répondre aux besoins.

Annexe VIII : Entretien B

Question préalable : Pouvez-vous présenter et décrire votre parcours professionnel ?

Je suis diplômée depuis 1990, j'ai travaillé en gériatrie et quinze ans en MPR.

Question 1 : Quelle population prenez-vous en charge ?

Tous les types de population, des personnes âgées avec tous les problèmes de santé qu'elles peuvent avoir. De 16 ans à 100 ans. La dernière fois, il y avait une jeune de 16 ans qui avait fait un AVC. En fait, les personnes âgées arrivent dans les services de MCO parce qu'il n'y a plus de place dans les services de gériatrie qui débordent. A l'hôpital, c'est quand même en grande partie de la gériatrie Je dirais 75 ans pour les personnes âgées.

Quelle pathologie rencontrez-vous le plus souvent ?

Beaucoup d'AVC ; oui, en majorité, ce sont des AVC, des cancers, des problèmes de chutes et de retour à domicile. J'ai une activité très large. Pour les personnes âgées, il y a souvent un problème aigu mais c'est souvent un prétexte pour faire une hospitalisation afin de soulager l'entourage.

Quelle est la durée moyenne de séjour ?

Heu je ne sais pas...Heu. Là j'ai un patient depuis un mois. Par contre, parfois, je commence à mettre des choses en place mais les patients sont sortis avant que j'ai terminé. Heu... en moyenne c'est deux semaines, parfois moins. D'autres patients, je vais les voir deux fois tout au plus.

Question 2 : quels sont pour ces patients les problématiques les plus souvent rencontrées ?

En court séjour, c'est l'installation ; , oui l'installation principalement. Faire le point pour un retour à domicile, faire des bilans d'autonomie à l'arrivée dans le service. Ça passe par un bilan d'autonomie : appel de la famille, appels des structures d'amont, d'aval ; cerner les problématiques du retour et comment les mettre en place rapidement pour que les gens sortent rapidement. Dans les services où j'interviens, les patients vont souvent en rééducation après. Soit c'est de l'installation précoce et un peu de rééducation (activités quotidiennes, les repas). Soit je débute une rééducation fonctionnelle et ils partent en SSR après, soit il y a un retour à domicile et on essaye de rencontrer la famille. Oui, s'il y a un retour à domicile, j'essaye de rencontrer la famille et de préparer le retour.

Quel type de handicap présentent-ils ?

Pour les personnes âgées, c'est global. Il y a une perte d'activité qui s'installe souvent avant qu'ils arrivent en phase aigüe. En général, ça fait quelque temps que la perte d'activité s'est installée. Avant la perte d'autonomie, il y a déjà le manque d'élan, les activités qui diminuent parce que l'âge est là ; il existe moins de copains dans les alentours pour aller jouer aux cartes par exemple. Les difficultés s'installent progressivement avec les troubles sensoriels, les troubles moteurs. Souvent, les gens nous disent : « tout allait bien avant » mais quand on creuse un peu le discours, qu'on on cherche auprès de la famille, on trouve des petits éléments qui ressortent et qui disent « oui ça fait bien un an qu'il ne fait plus ses courses tout seul, ... ». oui , généralement c'est ça... je viens de voir un patient ici depuis 15 jours : il allait moins bien, a chuté, il n'avait plus envie de manger ; c'était global. En plus ils ont souvent une dénutrition.

Parmi les patients que vous prenez en charge certains vous paraissent-ils plus fragiles ?

Les gens isolés oui. C'est toujours plus compliqué pour les gens qui n'ont pas d'entourage parce que c'est plus difficile de visualiser... l'avenir. Alors, parfois, l'entourage est un obstacle, mais, quand même, souvent, sont assez aidant pour fournir des informations sur

le domicile, comment ça se passe et...oui les gens isolés sont plus fragiles. Et les gens aussi en refus.

Justement en rapport à ces personnes fragiles connaissez-vous le concept de fragilité ?

Non.

Je vais vous expliquer ; c'est un concept gériatrique qui définit une population à risque. C'est des gens qui ne sont pas dépendants mais qui présentent plusieurs critères dont : un mauvais état nutritionnel, un état de fatigue, diminution de la force et lenteur de marche. Ces personnes présentent un état instable et lorsqu'ils rentrent à l'hôpital, en général, sont à risques de complications dans le contexte de l'hospitalisation.

Est-ce que les médecins l'évoquent ?

Non

C'est un concept gériatre, il suggère une évaluation spécifique à l'entrée pour adapter la prise en charge. Vous le faites peut être dans votre pratique quotidienne.

Ce n'est pas forcément que ce soit nommé comme concept ; la nutrition est systématiquement évaluée. A l'entrée, il y a une albuminémie qui est faite, le poids est pris et c'est refait à la sortie ou pendant le séjour s'il y a déjà une dénutrition qui est installée. La fatigabilité, de toute façon, est mesurée. Pour la lenteur de la marche, dès que c'est possible, on essaye de les remettre sur pied, de voir comment ils sont en autonomie. Ce sont des choses qui sont évaluées quoi qu'il arrive.

Quels types de bilan fonctionnel ou d'autonomie réalisez-vous ?

Moi je fais des bilans d'autonomie : la MIF, ADL, IADL. Après ...on s'adapte vraiment selon les patients.

Question 3 : Selon vous, quel sont les critères indispensables à prendre en compte dans la prise en charge du sujet âgé ?

Sa fatigabilité, sa fragilité, son environnement, ses habitudes de vie, ses envies aussi..., ce qui le motive...ce qui va le motiver...parce que, si on n'arrive pas à le motiver pour le retour, ou le motiver pour entrer en structure, on a du mal à faire passer le message, à gagner en autonomie ou au moins à le maintenir...

- quels sont les principales attentes des patients que vous accueillez ?

Le plus souvent, c'est « Je veux rentrer à la maison, il faut que je bouge comme avant, je me débrouillerai ». j'en ai qui n'ont aucune demande, c'est vraiment difficile...je me demande s'il les patients fragiles ne sont pas dans cette dynamique là...Heu...n'y- a-t-il pas la notion de dépression dans la fragilité?

Si, dans l'évaluation globale de la fragilité il y a une échelle de dépression basée sur un questionnaire.

Il y en a beaucoup... qui n'ont plus d'objectif.

Justement, en rapport avec les objectifs des personnes, est ce qu'il y a un projet de vie ou de sortie qui est mis en place ? Ou est-ce informel ?

Au niveau du MCO, ce qui est très compliqué, je suis seule pour un certain nombre de services, je n'ai pas compté le nombre de services, mais, il en existe pas mal. Je ne vais pas beaucoup au staff par manque de temps. Sinon, je n'aurais pas le temps pour la prise en charge des patients. Dans la réalité, le souhait est plus ou moins respecté selon l'état du patient et la rapidité de la prise en charge. Quand c'est une personne qui souhaite rentrer à domicile, pour qui on pense que ça va être possible, mais qui l'état nécessite de la rééducation, on oriente vers le SSR. Et là, on a du temps pour le projet de vie. On essaye dans la mesure du possible de faire en fonction de leur souhait. Le projet de vie n'est pas formalisé en tant que tel ; c'est plutôt le projet de sortie. C'est... comment il faut faire, qu'est-ce qu'on fait et comment on met en place...

Question 4 : Collaborez-vous avec d'autres professionnels lors de la prise en charge des personnes âgées ?

Personnellement, j'ai besoin de travailler avec les autres.

On travaille avec le kiné pour les transferts, l'assistante sociale ; j'ai un cas concret : récemment, on a un monsieur jeune avec une démence ; on a pensé à un ESAT ; on a rencontré avec l'assistante sociale sa femme qui était complètement épuisée d'avoir un mari qui se perdait tout le temps ; c'était enrichissant parce qu'on n'a pas tout à fait les mêmes réseaux, les mêmes idées...on posait des questions différentes...ça c'est génial ! Mais la réalité du terrain n'est pas toujours comme ça. Je rencontre, j'évalue, je marque dans le dossier du patient ce que je préconise ; j'essaye de rencontrer les internes quand je peux. Quelquefois, quand je suis dans les services, je les cherche et ne les trouve pas, je n'ai pas le temps de rester pendant une heure dans le service et de les chercher. Ça c'est une réalité de terrain...

Comment qualifieriez-vous votre collaboration avec les autres professionnels? Pluridisciplinarité ou interdisciplinarité ?

D'une équipe à l'autre, ça change ; c'est très individuel en fonction de la personne donc...globalement c'est compliqué... c'est tellement du saupoudrage de l'ergothérapie...et j'ai vraiment du mal ... au jour d'aujourd'hui, c'est quand même difficile ; j'ai du mal à m'inscrire dans une équipe...même si je suis reconnue quand je vais dans les services ...on reconnaît mes compétences mais...de là à monter un projet à domicile bien structuré et qu'on m'écoute.. par exemple, si je dis que dans une semaine, ce sera en place ; on ne va pas attendre. Non ça ce n'est pas du tout dans l'état d'esprit. L'assistante sociale, elle, elle essaie de trouver la solution la plus rapide...et pas toujours la meilleure pour le patient.

Participez-vous au retour à domicile de la personne et comment ?

Oui, mais au niveau du MCO, à la création du poste, une des consignes était de faire le moins de visites possibles à domicile. Du coup, avec ma nouvelle collègue qui vient de gériatrie, on va essayer d'argumenter pour pouvoir faire des visites à domicile...et développer l'ergothérapie dans ce sens-là.

- utilisez-vous des outils spécifiques ?

Oui, des bilans d'autonomie ADL, IADL...les bilans ergo...de la mise en situation...je n'ai pas de salle d'ergo.

La prise en charge en SSR vous apparaît-elle indispensable ?

Moi, je pense que ce n'est pas indispensable, dans le sens où pour certains, le retour à domicile rapide est plus conseillé parce qu'il ne faut pas que les patients se désadaptent de leur environnement. Pour d'autres, ce n'est pas leur demande donc ce serait plus délétère qu'autre chose de les envoyer en SSR. Pour ceux qui ont des capacités d'apprentissage, cela peut être intéressant effectivement, mais, c'est plus quand il y aura une problématique purement fonctionnelle parce qu'avec une problématique cognitive, les gens vieillissent ; la démence, on ne va pas la changer et on ne va pas améliorer les choses. Je ne suis pas sûre que ce soit la meilleure solution. Les alternatives comme l'hôpital de jour, l'ESAT, tout ce qui orienté vers le domicile me paraît plus adapté parce que l'on voit les gens dans leur milieu et qu'on est dans des conditions réelles ...évaluer en court séjour ou en SSR, c'est bien mais ce n'est pas parlant ; quand on va à domicile c'est mieux et parfois, on est un peu surpris...ce n'est pas de manière positive ou négative mais heu...voilà, on n'est pas toujours proche de la vérité quand on les évalue à l'hôpital. Ce n'est pas toujours pertinent dans le sens où certaines fois il faut attendre trois à quatre semaines avant d'avoir une place.

Question 5 : Quelles pistes d'amélioration pourrait être explorées ?

Augmenter le temps en MCO, ça serait idéal, que l'ergo soit présent au staff dans les services. Si on n'est pas présent dans les services on sent bien que...on n'est pas identifié par les équipes. En fait, l'hôpital fonctionne comme ça parce que tous les trois mois, l'externe change et tous les six mois, les internes changent. Il faut en permanence se faire connaître. L'ergo, ce n'est pas leur priorité ; ils y pensent s'ils nous voient ou si on les sollicite ...moi, je sais que les prescriptions sont très peu spontanées ; au staff, il y a des situations qui m'alertent ; là je dis qu'un bilan ergo est important ; dans ce cas, il est prescrit. Autrement c'est quand j'interpelle les équipes avant le week-end pour savoir s'il n'y a pas des situations un peu compliquées sur les transferts ou sur les installations ; alors l'équipe m'oriente vers la personne et je vais chercher des prescriptions après. Mais, spontanément, l'ergothérapeute, c'est la première personne à laquelle on pense quand il y a des problèmes aigus. Du coup, il faut être présent. La présence c'est...parce que voilà en MCO, il y a la problématique de l'aigu, des pathologies, quelque-chose qui vient d'arriver qu'il faut traiter ...

Les médecins ne sont pas dans cette dynamique-là ; ils se préoccupent du problème aigu puis un jour, ils se posent la question : « il faut que le malade rentre à domicile et comment il retourne à domicile ? ». Et là, il faut qu'ils connaissent l'ergothérapeute. S'ils ne la connaissent pas, ils n'y pensent pas. Là, j'ai une grosse baisse d'activité, alors que des fois j'ai la tête sous l'eau et je fais des heures sup, parce que les internes ont changé et je ne suis pas allée les voir. Donc ils ne connaissent pas l'ergothérapie. Lors de mon arrivé sur le poste j'ai réalisé un dépliant pour présenter l'ergothérapie, j'ai fait une présentation orale aux médecins, soignants et aux cadres. Tous les semestres je fais une présentation de l'ergothérapie aux nouveaux internes. Les kinés, ils viennent plus dans les services donc ils arrivent à les connaître, on sait à peu près les identifier. Mais ergo c'est beaucoup d'énergie, toujours, toujours essayer de se montrer, faire de la pub et ...et que voilà, qu'ils ne soient pas complètement obnubilés par le problème aigu, qu'ils connaissent bien l'ergothérapie et qu'ils aient cernés ce qu'il fait.

Vous voyez d'autres pistes d'amélioration ?

Pour améliorer la prise en charge des patients, il faut plus de présence ergo pour accompagner les sorties Si la sortie est faite rapidement et sans qu'on ait mis de moyens suffisants pour que le maintien à domicile puisse se faire ; on voit bien, les gens reviennent dans la semaine ou dans les 15 jours qui suivent. L'utilisation de nouveaux outils d'évaluation centrée sur l'activité serait peut être une solution à la spécificité des séjours en MCO par exemple, j'ai fait la formation MCRO ; je ne l'ai pas encore utilisée ; j'ai déjà essayé mais je n'ai pas encore la maîtrise de l'outil. Je pourrais utiliser le modèle de Kielhofner sur la participation sociale. Depuis peu, on est trois ergothérapeutes sur le MCO ; je suis le plus gros temps ; on a envie d'améliorer les choses, mais c'est vrai qu'on tâtonne ; on est dans un milieu qui est un peu hostile pour les ergo ... il faut que les patients sortent le plus vite possible et nous, il faut qu'on trouve l'outil qui va permettre, voilà, de faire quelque chose de super pour le retour à domicile et le plus vite possible et ça.... pour préparer le retour à domicile, les visites à domicile...vraiment je pense qu'il y a quelque chose à faire mais il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de boulot.

Annexe IX : Entretien C

Question préalable : Pouvez-vous vous présenter et décrire votre parcours professionnel ?

J'ai passé mon diplôme d'état en 1981 à Nancy et j'ai eu tout de suite mon premier poste en gériatrie. Donc, en fait, je n'ai fait que de la gériatrie pendant toute ma carrière et j'ai longtemps travaillé en service de médecine interne gériatrique mais aussi en hôpital de jour d'évaluation, toujours gériatrique.

Quand l'unité mobile a été créée, quelques années après sa création, j'ai intégré cette équipe.

D'accord, est-ce que vous savez comment a été fait le choix d'ergothérapeute dans l'unité mobile ?

Alors, je pense que c'est parce que dans le pôle de gériatrie, il y a toujours eu des ergothérapeutes avec une reconnaissance de leurs compétences bien encrée.

On a rapidement compris quel était le rôle de l'ergo et pour les médecins qui encadraient les services et qui ont donc créé l'unité mobile, ce n'était même pas envisageable qu'il n'y ait pas d'ergothérapeute, puisque notre rôle a toujours été très remarqué.

Il n'y a jamais eu d'hésitation entre, est-ce qu'on choisit une ergo et par exemple une assistante sociale ou une psychologue...

Avez-vous pendant votre parcours professionnel suivi des formations ou des spécialisations spécifiques en liens avec les personnes âgées ?

Oui, j'ai fait pas mal de formations par rapport à la personne âgée démente, différents types de démence, prise en charge, etc.

Ah oui. J'ai également suivi celle « sur geste et posture », pour être formateur aussi parce que lorsqu'on travaille en unité mobile, c'est important de savoir transmettre, de donner des messages transmettre les priorités.

Questions 1 : quel type de population prenez- vous en charge ?

C'est une grande question ça. Alors le type de patients, ce sont des personnes âgées ou alors, même si elles n'ont pas 75 ans, qui ont une pathologie ou un profil de personne très âgée on va dire. Avec des poly pathologies, des problèmes sociaux euh voilà.

Quels sont l'âge moyen et les pathologies les plus fréquemment rencontrés

Ben..., l'âge moyen à partir de 75 ans et cela peut aller jusqu'à 100 ans ou plus enfin des personnes très âgées. Et les pathologies et bien de toutes sortes : Ce sont des chuteurs, des problèmes neurologiques, traumatisme, cardio... et problèmes sociaux. Parfois même, il n'y a pas forcément une pathologie particulière, mais c'est un cursus d'hospitalisation pour une personne fragile qui fait diverses pathologies. Et puis, surtout le problème principal c'est quand les problèmes médicaux sont résolus, ce sont des personnes qui sont socialement isolées par exemple.

Quel sont vos missions ?

Alors nos missions : déjà dans le cadre d'une équipe, parce que les unités mobiles ce sont des équipes ; c'est une évaluation pluridisciplinaire. Donc, je vais avoir mon rôle propre d'ergo ; on va dire que ce sont mes compétences d'ergo qui vont intervenir dans l'évaluation. Mais, il n'y a pas que ça puisqu'on travaille en équipe ; c'est donc pour compléter les évaluations de mes collègues. Alors nos missions c'est de l'évaluation en court séjour, c'est-à-dire de l'évaluation dans un cadre bien particulier où les personnes ne sont pas forcément stabilisées sur le plan médical et que donc elles ne sont pas forcément, on va dire, au mieux de leurs performances. Donc ça c'est important parce que ça veut dire

qu'il faut savoir analyser les résultats de nos évaluations en les modulant. On fait de l'évaluation gériatrique standardisée. *C'est un terme qui vous dit quelque chose ça ?*

Oui, oui...

D'accord ; donc, on fait de l'EGS et moi je vais intervenir dans le cadre de chaque item avec ma fonction d'ergothérapeute. Je réfléchis pour voir comment je peux évaluer donc au niveau de la marche en tant qu'ergo, au niveau de la nutrition, au niveau de l'incontinence, etc. Et après ce n'est pas forcément de l'EGS mais on peut m'appeler pour un problème très précis par exemple d'aide technique pour du matériel ou fauteuil, ou encore un conseil en positionnement.

Ok. Et vous, en tant qu'ergothérapeute, est-ce que vous utilisez des bilans spécifiques à l'ergothérapie ou seulement ceux qui rentrent dans l'EGS vraiment ?

Non, je n'ai pas de bilan spécifique particulier euh... mise à part les bilans traditionnels, on n'utilise rien d'original.

D'accord ; mais l'idée de mon mémoire ce n'est pas de chercher l'originalité mais de voir la place que nous avons auprès de ces personnes

Oui, c'est ça dans l'analyse des choses, dans la manière de faire. Je ne fais pas un bilan complet total, je fais des petits bouts de bilans où il faut être très pertinent dans les conclusions qu'on va donner parce qu'on rencontre les personnes 1, 2 ou 3 fois maximum dans des conditions très particulières d'hospitalisation aiguë, et c'est là qu'il faut être pertinent pour analyser les résultats.

Est-ce que vous avez une notion de la durée moyenne des séjours des personnes que vous prenez en charge, des personnes âgées que vous rencontrez ?

Là, c'est très variable ; ça dépend des services ; ça dépend si on est en traumatologie, en cardio...heu...d'accord oui...Cela peut être une semaine, mais certains restent aussi 2 mois si le problème médical n'est pas stabilisé.

Question 2 : Quels sont pour ces patients les problématiques le plus souvent rencontrées ?

Ce n'est pas évident, mais il y a beaucoup de personnes atteintes de troubles cognitifs quand même.

Ah oui même si on n'est pas en court séjour gériatrique, il y a déjà beaucoup de problèmes cognitifs aussi à ce niveau-là ?

Oui, c'est pour cela qu'on nous appelle le plus souvent ; parce que les gens sont déroutés. C'est cela qui interpelle les personnes qui n'ont pas l'habitude de manier le cognitif.

Est-ce que vous intervenez dans la prise en charge de la perte d'autonomie et d'indépendance ? Faites-vous de la prévention ?

Oui, au niveau de la prévention et tout ce qui est de l'aménagement du domicile par exemple. Je pense que c'est important. C'est toujours la même question qui se pose ; c'est par rapport au dépistage, je me suis pas trop interrogée mais est-ce qu'il n'y aurait pas quelque chose à faire au niveau des médecins traitants ? Pour une prise en charge plus précoce justement avec toutes ces personnes âgées vieillissantes. A partir du moment où il y a une pathologie qui s'installe ou un premier épisode de chute même bénin même sans conséquence. Par exemple, pour que les gens puissent se dire « il y a un risque » mais là c'est un signe pour peut-être prévenir la suite et éviter les complications. Parce que cela fait des années que l'on a des personnes âgées qui arrivent à l'hôpital ou pour lesquelles on est appelé déjà très tardivement. Par exemple, je me rends compte que l'on est appelé pour des patients quand plus personne ne sait quoi faire, on nous appelle toujours tardivement, à la fin quand parfois on n'a pas trop de préconisation à faire par ce que on arrive trop tard. Je pense que la prévention primaire, elle est très importante. Oui bien sûr, parce que justement, les gens viennent à l'hôpital pour un problème aiguë cardiaque ou que sais-je ?

Voilà et c'est justement si on est appelé assez tôt, nous les unités mobiles pour ces patients que nous sommes capables de détecter comme étant une personne âgée fragile. C'est là qu'il faut faire de la prévention et c'est déjà de les orienter vers un réseau gériatrique pour qu'ils soient pris en charge le plus rapidement possible. Alors s'ils décompensent en milieu hospitalier c'est qu'il y a des choses, c'est qu'il y a déjà une fragilité qui est installée, parce qu'on ne décompense pas juste par ce qu'on a fait un problème quoi. Et bien, je pense qu'il faut une prise en charge dès le début de l'hospitalisation, une prise en charge adaptée. En fait, c'est ça aussi le travail de l'unité mobile, c'est de faire de la formation ; on va auprès des soignants expliquer pour qu'il y ait tout de suite une prise en charge spécifique. Par exemple, il y a des personnes âgées qui ne sont pas levées dans les services et ça c'est affolant quoi !! donc, ils sortent de l'hôpital mais plus sur leurs 2 pieds quoi. Rien que ça, le lever dès que le feu vert médical est donné qu'il soit au fauteuil au quotidien, avec de la kiné immédiatement. En fait, il n'y a rien de compliqué Voilà ce genre de chose très simple mais qui permet de maintenir l'autonomie précédente.

Et faites-vous actuellement de la formation auprès des soignants ?

Oui c'est un gros souci ; il y a les unités mobiles de formation qui donc doivent faire de la formation auprès des soignants en intra et en extra. En intra, on a longtemps cherché quel était le meilleur moyen de faire de la formation mais avec les contraintes de travail, c'est assez compliqué de trouver un créneau. Sauf s'il y a des cadres, cela dépend énormément de l'encadrement. Si le cadre a compris le pourquoi du comment, s'il est partant, il organise quelque chose et cela peut marcher sur des temps de formation assez courts sinon ce qui marche assez bien, c'est la formation au pied du malade on va dire. Pour une personne qui pose problème, essayer de repérer quels sont les difficultés des soignants et essayer d'apporter des réponses à ce moment-là.

D'accord, et vous en faites de la formation comme ça au pied du malade ?

Oui, oui. Il faut aussi trouver la personne qui a envie d'entendre quelque chose et qui va transmettre à ses collègues. Si ça marche comme ça, c'est une bonne solution.

D'accord c'est intéressant comme versant de votre métier.

Après, il faut aussi savoir délivrer les messages. Le problème de l'unité mobile c'est qu'on va dans les services, on n'est pas chez-nous ; on est invité à venir et du coup quand on vient comme ça avec un œil extérieur, on remarque tout ce qui dysfonctionne. Forcément, et ce qui est compliqué, c'est de ne pas venir en donneur de leçon parce que sinon on ne va plus nous rappeler. Et oui cela vous fait sourire, mais, c'est la réalité. On ne peut pas dire « ce n'est pas possible, il ne faut pas l'installer comme ça ». Et si on vient en disant « oh ! la ! la ! les filles mais qu'est-ce que vous fabriquez, c'est n'importe quoi ». Elles vont nous mais répondre « vous retournez chez vous, on est chez nous on fait comme on veut, on fait comme on peut ». Et donc, quand on voit plusieurs dysfonctionnements, il faut qu'on essaye de se dire qu'on analyse quel est l'élément le plus important pour le patient en ce moment, de quoi il a le plus besoin, qu'est-ce qu'il faut corriger, où est-ce qu'il faudrait corriger le tir. Je prends un exemple : si c'est l'installation, il faut s'attacher à essayer de la corriger. Et c'est là, où il faut être très diplomate pour dire mais pourquoi est-ce que ce n'est pas fait correctement. Est-ce que c'est parce que les soignants ne savent pas le faire, ou est-ce qu'elles n'ont pas le temps de le faire, est-ce qu'elles n'ont pas envie de le faire. Enfin voilà il faut essayer de trouver la réponse et de les accompagner pour que cela soit corrigé. Des fois, c'est très frustrant parce qu'on ne peut pas aller plus loin qu'apporter une ou deux manières de faire mais c'est comme ça. Il faut l'accepter, c'est déjà ça qui se fait, il faut être modeste dans nos ambitions quand on est dans nos unités mobiles pour pouvoir après avancer un petit peu plus loin. Et c'est pour cela que je pense qu'il ne faut d'ergothérapeute qui n'ait pas trop d'expérience et qui aille dans l'unité

mobile. Parce que quand on est jeune ergo on a envie de tout faire très bien de tout changer. Ça ne veut pas dire que je n'ai pas envie de tout faire très bien....

Non, non, je comprends.

Mais bon voilà, il faut savoir mettre son mouchoir dans sa poche quand ça ne va pas.

D'accord. Parmi les personnes que vous prenez en charge, est-ce que vous trouvez que certaines sont plus fragiles que d'autre ?

Euh oui ? Mais qu'est-ce que vous entendez par : certains sont plus fragiles que d'autres ?

C'est un concept gériatrique qui définit une population à risque. Ce sont des gens qui ne sont pas dépendants mais qui présentent plusieurs critères dont : un mauvais état nutritionnel, un état de fatigue, une diminution de la force et une certaine lenteur de marche. Ces personnes présentent un état instable et lorsqu'ils rentrent à l'hôpital, en général, sont à risques de complications dans le contexte de l'hospitalisation. Est-ce que, déjà, vous vous ne voyez que ce qui sont fragiles ?

Non, on ne voit pas que ceux qui sont fragiles. Ceux qui sont fragiles, on nous appelle donc on les voit parce qu'il y a plein de problèmes à régler ou pour une question très précise. Et il y en a d'autre qu'on détecte nous-même. Mais, il n'y a pas que ça : certains sont à risque de dénutrition, de chute et nous ceux-là, on les repère alors que les médecins des autres services non gériatriques ne les ont pas repérés systématiquement.

D'accord ; c'est cela effectivement ma question centrale. Est-ce que vous avez un regard particulier par rapport à ces notions de fragilité ? Justement, vous venez de le dire, vous les détectez mais en fait, comment les prenez- vous en charge ?

Je pense que nous on les détecte parce que c'est le propre du gériatre justement. **D'accord.** C'est le propre du gériatre, parce que dans les autres spécialités, ils n'ont pas l'habitude de ça, c'est une spécialité quoi. Et les médecins qui n'ont pas la fibre gériatrique, qui ne sont pas sensibilisés à la fragilité ne voient pas du tout, tout ce côté-là des personnes fragiles, ou alors, ne s'en préoccupent pas considérant que ce n'est pas leur « boulot ». Et qu'ils se disent, qu'ils soignent uniquement l'organe et que quelqu'un d'autre fera le reste.

Est-ce que vous pensez, vous qui avez vraiment de l'expérience, que notre formation d'ergothérapeute nous donne déjà un regard particulier sur la fragilité ?

Je pense que oui ; justement parce qu'on est amené à balayer un petit peu tout. Par exemple, on s'attache à vérifier l'autonomie dans différents domaines : forcément tout est impliqué. Par exemple, être autonome pour préparer les repas ; ça implique aussi : les troubles de la marche, les troubles cognitifs, les troubles sensoriels et s'imbriquent ; et forcément, on va toucher du doigt s'il y a une faille quelque part et toucher aussi la fragilité quoi. Oui, je pense que par notre formation d'ergo, on est intuitivement sensibilisé à la fragilité, et même si on n'a pas mis le mot juste dessus, c'est une manière de rechercher cette fragilité quelque part.

OK, c'est une approche que vous avez vous aussi dans les prises en charge ?

Tout à fait oui.

Question 3 : Et quels sont, selon vous, les critères indispensables à prendre en compte dans la prise en charge d'un sujet âgé ?

Euh, eh bien, déjà par rapport à notre métier d'ergo, c'est sa capacité mais c'est aussi le milieu environnant, le mode de vie social on va dire et le projet de la personne.

Justement en termes de projet, vous avez l'impression, qu'en milieu hospitalier il y a un projet de vie ou de sortie mis en place ?

Et bien ce qu'il faut savoir, c'est que, maintenant, vues les durées de séjour qui doivent diminuer, le projet pour les soignants c'est la sortie, ils ne se posent pas la question. L'objectif c'est : les patients doivent sortir de l'hôpital le plus rapidement possible

Ça c'est la réalité. Et après, ok, on veut bien que les gens sortent de l'hôpital le plus rapidement possible mais ce qui nous importe à nous et à notre patient c'est qu'il sorte dans les meilleures conditions et puis vers le lieu d'accueil le mieux adapté. **Quel est le projet de la personne en règle générale en priorité ?**

C'est la maison.

Par rapport à ce projet de sortie, vous-même, que faites-vous? Comment intervenez-vous ? Quelles sont vos actions ?

Oui bien sûr qu'on intervient. Notre évaluation en tant qu'ergo va être de dire : bien voilà, cette personne âgée se débrouille pour telle tâche de la vie quotidienne ; par contre, elle a besoin d'aide pour ...faire ceci ou cela. Et à partir de là, oui mais voilà, elle vivait seule avant alors on se rend compte qu'il faut tel ou tel type d'aide qu'elle n'est plus autonome pour telle et telle chose. Si on veut que ça colle pour que le retour à la maison se fasse dans les meilleures conditions et que la personne ne se retrouve pas aux urgences deux jours après, et bien, il faut forcément préparer ce retour à domicile. Voilà donc, là il faut mettre tout en place avec les équipes, avec les travailleurs sociaux, avec les hôpitaux de jour, avec les réseaux extérieurs pour que le maintien à domicile soit viable et se fasse dans des conditions de sécurité.

Question 4 : Collaborez-vous avec d'autres professionnels de santé. Vous parleriez d'inter ou de pluridisciplinarité ?

Alors déjà, on collabore avec le personnel en intra hospitalier ; par exemple avec l'assistante sociale du service, car, nous, dans notre unité mobile, on n'a pas d'assistante sociale. Le choix a été fait volontairement, parce qu'à l'hôpital, il y a des travailleurs sociaux dans tous les services. Donc, on travaille avec eux et après il y aura le lien avec les services sociaux de l'extérieur qui sera fait. Donc, moi je vais transmettre le résultat de mes bilans, noter le type d'aide qui me paraît essentiel pour la personne et voir avec l'assistante sociale pour la mise en place des aides humaines : auxiliaire de vie ou aide-ménagère par exemple etc. C'est elle qui va se mettre en contact après avec les professionnels de l'extérieur. Moi, je travaille aussi avec les kinés qui sont libéraux à qui je transmet ce qui a été fait et voir comment ils peuvent intervenir pour tel ou telle prise en charge, avec les hôpitaux de jour, avec mes collègues de l'ESA par exemple. Voilà, donc, je vais envoyer et mon bilan et celui de toute notre équipe aux différents professionnels qui vont intervenir à domicile par exemple.

Pour l'inter ou la pluridisciplinarité, Et bien c'est un peu les deux...oui, c'est un peu les deux. Comment dirais-je ? En unité mobile, ce n'est pas évident si on est jeune ergo, voilà on a appris des choses, chacun à son rôle. Mais en unité mobile c'est bien plus lié que ça ; on piétine un petit peu les plates-bandes de ses collègues tout en gardant ses compétences, c'est un petit peu compliqué, je ne sais pas si je me fais bien comprendre ?

Question 5 : quelles pistes d'amélioration pourraient être explorées ?

La première chose, c'est la formation par rapport à la personne âgée ; c'est la gériatrie ; je ne sais pas comment c'est ailleurs dans les autres hôpitaux mais je pense que ça , c'est déjà primordial parce que c'est compliqué de comprendre ce que c'est qu'une personne âgée. C'est là où d'autre médecin ou personnel soignant passent à côté. Il paraît évident que la prise en charge de la personne âgée passe par une prise en charge globale pluri intra disciplinaire, c'est comme ça qu'on peut détecter la fragilité quoi. Ce qui est important, c'est la connaissance de son mode de vie, de connaître son autonomie avant pour faire en sorte que son retour dans les conditions idéales et pour ça c'est important qu'on interroge l'entourage pour connaître son environnement et ça c'est rarement fait. J'ai l'impression que les médecins dans les autres services ne prennent jamais leur téléphone pour

interviewer la famille pour savoir comment ça se passait avant par exemple et ça c'est vraiment important. C'est là aussi qu'on détecte des choses, lorsqu'on appelle des familles, on se rend compte qu'il y avait peut-être déjà des troubles cognitifs que personne n'avait relevé parce qu'on voulait passer sous silence ou parce que on ne voulait pas les voir et que ça va être important pour la suite parce qu'il y a des pathologies de la mémoire évolutive et que ça ne va pas aller en s'arrangeant. Donc là aussi, on a un rôle à jouer par rapport à cette situation, dans le dépistage. Voilà ce qui me paraît très important et puis il y a aussi le fait d'anticiper le projet de vie pour après à moyen et à long terme : c'est aussi donner les informations par rapport à des inscriptions préventives en HEPAD par exemple. Ce genre de choses ne sont pas faites non plus dans les courts séjours, puisque dans les courts séjours, cette action est inexistante, la politique actuelle c'est que les gens sortent le plus rapidement possible de l'hôpital.

Résumé :

Le vieillissement démographique de la population implique une augmentation du nombre de patients âgés fragiles hospitalisés en court séjour. La fragilité est un syndrome gériatrique qui décrit un état d'équilibre instable et une diminution des capacités d'adaptation au stress et au changement d'environnement. Ces patients sont plus à risque de décompensation de leur état de santé qui peut aller jusqu'au décès. Cependant, la fragilité est potentiellement réversible ; l'intervention de l'ergothérapeute en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire peut prévenir les complications liées à l'hospitalisation chez le sujet âgé.

Pour réaliser cette recherche, j'ai utilisé une méthode clinique et interrogé trois ergothérapeutes exerçant en court séjour. Mon objectif est de montrer la place de l'ergothérapeute dans la reprise de l'autonomie du sujet âgé fragile hospitalisé en court séjour. Ce travail met en évidence l'intérêt de la prise en charge en ergothérapie du sujet âgé fragile.

Mots clés : Ergothérapie / Personnes âgées fragiles / Hospitalisation de court séjour

Abstract:

The demographic ageing of the population involves an increasing number of short stay hospitalizations for frail elderly people.

Frailty is a geriatric syndrome which describes a state of unstable balance and capacities of adaptation to stress and environment change decrease. These patients are exposed to greater risks of health decompensation which may end up to death. However, frailty is potentially reversible; the intervention of occupational therapist together with interdisciplinary team can prevent complications connected to old people hospitalization. To realize this research, I used a clinical method and interviewed three occupational therapists practicing in short stay. I purpose to demonstrate the importance of occupational therapist in autonomy resumption of frail elderly people hospitalized in short stay. This work highlights the interest of occupational therapy coverage for frail elderly people.

Key words: Occupational therapy / Frail elderly people / Hospitalization of short stay