



HAL
open science

Atelier relevé du sol en ergothérapie auprès des personnes âgées atteintes de Syndrome de Désadaptation Psychomotrice

Laura Gavalda

► **To cite this version:**

Laura Gavalda. Atelier relevé du sol en ergothérapie auprès des personnes âgées atteintes de Syndrome de Désadaptation Psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01832039

HAL Id: dumas-01832039

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01832039>

Submitted on 6 Jul 2018

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.



**INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE FORMATION EN
ERGOTHERAPIE**

Laura GAVALDA

Mémoire

Le 30 mai 2017

UE 6.5 : Evaluation de la pratique professionnelle et
recherche

**Atelier relevé du sol en ergothérapie auprès des
personnes âgées atteintes de Syndrome de
Désadaptation Psychomotrice**

Remerciements

Sous la direction de Sophie CAPRON, ergothérapeute au centre de Soins de Suite et de Réadaptation Michel BARBAT de BEAUMONT, maître de mémoire.

Je souhaite remercier Sophie CAPRON, d'avoir accepté d'être ma maitre de mémoire pour ce travail d'initiation à la recherche, pour son accompagnement, sa disponibilité, et son implication tout au long de celui-ci.

Je remercie également les formatrices de l'institut universitaire de formation en ergothérapie d'auvergne, pour leurs apports pédagogiques.

Je tiens à remercier les ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Je remercie mes amies de la promotion 2013/2017, pour leur soutien, leur encouragement, et leur présence durant ces trois années de formation.

Enfin je remercie ma famille pour son soutien et pour ses encouragements

Sommaire

Introduction.....	2
I. Problématique pratique	3
1. La personne âgée	3
2. Le syndrome de désadaptation psychomotrice.....	6
3. Ergothérapie et syndrome de désadaptation psychomotrice	11
II. Problématique théorique	17
1. L'indépendance et l'autonomie.....	17
2. Le Processus de Production du Handicap	20
3. Théorie de l'apprentissage	24
III. Résultats	30
1. Choix de la méthode.....	30
2. Objectif de l'étude	30
3. Choix de la population	30
4. Conception de l'outil d'étude.....	31
5. Diffusion du questionnaire	31
6. Analyse des résultats.....	32
IV. Discussion.....	42
1. La population	42
2. Rapprochement théorique	43
3. Réponse à la question de recherche	48
4. Analyse réflexive.....	50
Conclusion	54
Bibliographie.....	55

Introduction

« *Le SDPM représente une décompensation de la fonction posturale, de la marche et des automatismes psychomoteurs, secondaire à une altération de la programmation posturo-motrice suite à une détérioration des structures sous-cortico-frontales. Il associe rétropulsion, altérations de la marche, anomalies neurologiques [...] et troubles psycho-comportementaux* » [1]. En absence d'une prise en charge pluridisciplinaire et précoce de ces patients, ce syndrome peut progressivement mener à une restriction des activités de la vie quotidienne, une dépendance, voire à un état totalement grabataire.

L'ergothérapeute joue un rôle important dans ce type de prise en charge. Il peut, notamment choisir de réaliser un atelier relevé du sol auprès de ces patients. En effet celui-ci améliore considérablement les conditions de chute des personnes âgées, il paraît donc particulièrement adapté pour ces patients dont le risque de chute est particulièrement élevé, tout comme la peur de la chute.

Mon attrait pour ce sujet découle de mon parcours de stage, en effet j'y ai été régulièrement amenée à prendre en charge des personnes âgées. J'ai alors été interpellée par la fréquence des chutes chez cette population, et plus encore par la cascade de conséquences, souvent dramatiques, qu'elles peuvent entraîner. En effet celles-ci peuvent engendrer un réel bouleversement du mode de vie de la personne âgée, et parfois être l'élément déclencheur d'un SDPM.

Tout cela m'a conduite à ma question d'étude : **Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge des personnes atteintes du syndrome de désadaptation psychomotrice ?**

Afin de répondre à cette question, et en me basant sur des données scientifiques, des échanges avec des ergothérapeutes, je rédigerai tout d'abord, ma problématique pratique, j'en déduirai ma question de recherche puis développerai deux concepts théoriques, ainsi qu'un modèle conceptuel en lien avec celle-ci. Ces apports théoriques me permettront de déterminer ma méthodologie, puis de créer mon outil de recherche. Enfin j'analyserai les résultats, et les discuterai afin d'apporter une réponse à ma question de recherche. Je terminerai par une analyse réflexive sur l'ensemble de ce travail d'initiation à la recherche.

I. Problématique pratique

1. La personne âgée

1.1. Quelques chiffres

Tout comme le reste du monde, notre pays s'inscrit actuellement dans une tendance à l'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 et 80 ans ainsi que du nombre de centenaires.

En effet, aujourd'hui en France les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 18,8 % de la population. [2] Parmi elles, un plus grand nombre de femmes, en effet celles-ci ont une moyenne de vie de 7.5 ans de plus que les hommes. Ce qui explique qu'elles soient beaucoup plus nombreuses.[3] Dans ces conditions, selon l'organisation mondiale de la santé, le nombre de personnes de plus de 60 ans va doubler d'ici 2050, une personne sur trois aura alors plus de 60 ans.

Cette hausse du nombre de personnes âgées s'explique par le vieillissement de la génération Baby-Boom, mais aussi par une réduction de la mortalité des plus de 60 ans, et en conséquence par une augmentation de l'espérance de vie. Celle-ci aurait augmenté de 20 ans en cinq décennies environ. [4]. Ce phénomène est engendré par une amélioration des conditions de vie, de la nutrition, de l'habitat, de l'hygiène mais aussi de la prévention, et enfin des dépistages et des traitements, cela grâce aux progrès de la science notamment.

Malgré tout une partie de cette population souffre d'incapacités, qui peuvent être la cause d'une entrée en institution, même si en majorité les personnes vieillissantes vivent à domicile. En effet selon l'INSEE au-delà de 75 ans, seulement 9 % des personnes vivent en institution [5]. Tout cela prouve qu'il est important d'être attentif à l'augmentation de cette population, et en conséquence de s'y préparer, notamment en ce qui concerne le domaine de la santé. En effet, « *les personnes âgées sont les plus gros bénéficiaires des services de santé.* » [6]

1.2 Le vieillissement

« *Le vieillissement est l'effet général du temps sur un organisme biologique. Ce processus diminue les réserves fonctionnelles au niveau de la plupart des systèmes physiologiques entraînant ainsi une vulnérabilité à de nombreuses maladies.* » [7] Celui-ci va engendrer

une moins bonne capacité à s'adapter aux situations d'agressions pour l'organisme. Mais aussi une dégradation de la régulation des paramètres physiologiques.

Le vieillissement est un processus progressif, qui selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) débute aux environs de 65 ans. Il est influencé par des facteurs intrinsèques comme la génétique, mais aussi extrinsèques, c'est-à-dire par les facteurs environnementaux tel que les facteurs écologiques, hygiéniques, climatiques, alimentaires, et socioculturels auxquels la personne est soumise tout au long de son existence. Malgré les progrès qui ont été réalisés et même si on vit plus longtemps, on ne vieillit pas obligatoirement en meilleure santé. La population des personnes âgées est d'ailleurs très hétérogène, personne n'est égal face à ce processus, et les conséquences du vieillissement peuvent être très variables selon les individus, allant de la bonne santé à la dépendance totale. La fragilité est une notion qui peut être considérée comme « *un vieillissement intermédiaire entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique.* » [8] La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la fragilité comme « *un état 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.* » [9] La fragilité correspond donc à un syndrome gériatrique, qui engendre un état instable qui augmente le risque de perte fonctionnelle, ou l'aggravation des pertes déjà présentes. Cette instabilité résulte de l'interaction entre des facteurs biologiques et sociaux.

Il existe donc plusieurs types de vieillissement : tout d'abord le vieillissement réussi qui représente le vieillissement de la plupart des personnes entre 60 et 75 ans. Celui correspond à une « *absence de pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie.* » [7]

Le vieillissement usuel, correspond à celui que l'on trouve le plus fréquemment au sein de la population des 75-80 ans. Il est caractérisé par une « *absence de maladie exprimée, mais incluant les troubles fonctionnels liés à l'avancée en âge, aux traumatismes physiques, aux facteurs de risques et au retentissement psychologique des pertes jalonnant le parcours de vie.* » [7] Ce sont très souvent des atteintes des fonctions cognitives, de l'appareil locomoteur ou encore du système cardiovasculaire.

Enfin, le vieillissement pathologique, qui apparaît en général les dix dernières années de vie. Il est « *marqué par de nombreux facteurs de risque, des pathologies et/ou des incapacités.* » [7] C'est durant le vieillissement pathologique que la dépendance est la plus présente. Celui-ci n'est pas systématique, et ne touche pas toute la population, cependant les risques de son apparition augmentent avec l'âge.

1.3 Conséquences du vieillissement

L'accroissement en âge de la population s'accompagne de l'augmentation des pathologies spécifiques au vieillissement. En effet les risques d'apparition de pathologies augmentent considérablement avec l'âge, en raison des conséquences du vieillissement. De plus il n'est alors pas rare que les personnes soient atteintes de plusieurs maladies chroniques, on appelle ce phénomène la polypathologie.

De même la dépendance lourde augmente avec l'âge, en raison de l'apparition d'incapacités souvent multifactorielles. Celles-ci peuvent être limitées, par les connaissances scientifiques qui s'enrichissent de jour en jour, mais également grâce à de la prévention et de l'éducation, cela dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. [7]

Cette dépendance peut faire suite à une chute, en effet, le risque de chute augmente également avec l'âge, et peut être encore majoré par certaines pathologies. En effet « *une personne de plus de 80 ans sur deux fera une chute dans l'année avec des complications qui vont du traumatisme, aux conséquences médicales, psychologiques et sociales.* » [10] De plus avec l'âge le risque de chutes répétées augmente, en effet la moitié des chuteurs sont des chuteurs multiples [11]. Ces chutes engendrent de nombreuses conséquences motrices, les plus fréquentes sont les fractures du col du fémur, très souvent « *indirectement responsable d'une mortalité élevée dans les mois qui suivent.* » [12] Mais pas seulement, elles peuvent également entraîner un impact psychologique fort, accompagné d'une perte de confiance en soi, de l'angoisse, et ainsi mener à une restriction de l'activité. Il arrive alors que la personne âgée développe un SDPM.

2. Le syndrome de désadaptation psychomotrice

2.1 Définition du syndrome de désadaptation psychomotrice

Le SDPM fut décrit pour la première fois en 1986 par M. Gaudet sous forme d'un tableau clinique qu'il nomma alors syndrome de régression psychomotrice. Celui-ci citait déjà la même description clinique qu'aujourd'hui, mais en raison des différentes découvertes, en ce qui concerne le lien entre la fragilité de la personne âgée et l'apparition de ce syndrome, mais aussi le rôle des dysfonctionnements sous-corticaux, celui-ci fut renommé SDPM. Cela fait donc aujourd'hui une trentaine d'années que ce syndrome fut découvert et nommé, malgré cela il est encore très difficile, voire impossible de trouver des données épidémiologiques le concernant.

Selon P. Manckoundia, « *Le SDPM correspond à une décompensation des fonctions motrices représentées par la fonction posturale, la marche et les automatismes psychomoteurs, liée à un trouble de la programmation de la posture et du mouvement consécutive à une altération des structures sous-corticofrontales.* » [13] Le SDPM regroupe un ensemble de symptômes dus à une atteinte des systèmes sous corticaux-frontaux, entraînant une altération des messages neurosensoriels, et en conséquence une réponse posturale et/ou motrice non adaptée à la situation rencontrée.

2.2 Signes cliniques

Le SDPM engendre plusieurs types de troubles. Il « *associe, à des degrés divers, des anomalies posturales, des troubles non spécifiques de la marche, des anomalies neurologiques et des perturbations psychocomportementales.* »[1]

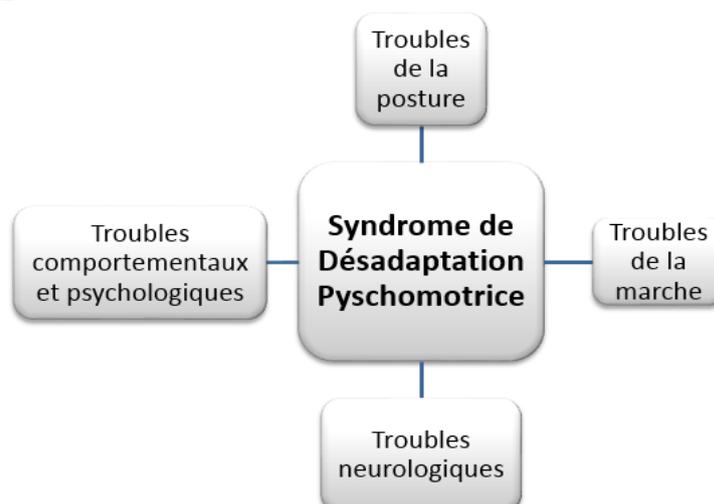


Figure N° 1 : Troubles liés au Syndrome de Désadaptation Psychomotrice

Tout d'abord les troubles de la posture, dont le plus fréquent est la rétropulsion. La rétropulsion « *correspond à un déjettement du tronc en arrière en position assise, à une perte de la projection antérieure du tronc avec une position des pieds en avant au cours du passage assis-debout et à une tendance à la chute en arrière en orthostatisme.* » [1] Celle-ci est la conséquence de la projection du centre de masse en arrière du polygone de sustentation.

On note également une altération de la marche, avec des troubles de l'initiation de la marche, appelé Freezing, une marche à petits pas, et une augmentation du temps d'appui bipodal, associée à une absence du déroulé du pied. On observe aussi beaucoup de difficultés dans les transferts. En conséquence, pour pallier ces difficultés, il est fréquent que ces patients mettent en place des compensations telles que l'antéflexion du tronc et « *la flexion des genoux, qui permettront à la personne atteinte de SDPM de maintenir la position debout.* » [1]

Viennent ensuite des troubles neurologiques. Tout d'abord des symptômes dus à l'altération des automatismes posturaux entraînant la diminution ou disparition des réactions d'adaptation posturales ou de reflexes parachutes, et en conséquence un risque de chute permanent. Et d'autres dus à l'atteinte sous corticale, comme l'akinésie axiale ou l'hypertonie réactionnelle, qui quant à elle, peut se réduire avec la confiance et la détente. Cette dernière, est « *variable dans le temps et selon la traction exercée sur le membre concerné.* » [1]

Enfin des troubles comportementaux et psychologiques, variables selon l'intensité du syndrome. Il est en effet important de différencier le SDPM de sa forme aiguë appelée le syndrome post chute. Engendré par une sidération fonctionnelle des automatismes moteurs, les caractéristiques de celui-ci sont une anxiété majeure lors de la verticalisation, accompagnée d'une peur permanente de la chute, qui peut être due en partie au traumatisme de la chute. Dans sa forme chronique, on retrouve la peur de la chute et de la verticalisation ainsi que l'anxiété, auxquelles viennent s'ajouter « *une bradyphrénie, une indifférence, une apathie, une aboulie et une démotivation* », [13] et enfin une clinophilie qui correspond au fait, pour une personne de rester couchée une grande partie de la journée, en l'absence d'endormissement.

Ce syndrome correspond à la théorie des grands syndromes gériatriques énoncé par JP Bouchon [15]. En effet celui-ci est engendré par l'association de trois facteurs : tout d'abord les effets du vieillissement, auxquels sont ajoutées, les affections chroniques touchant les structures sous cortico-frontales. Enfin les facteurs aigus tels que la chute ou encore l'alitement prolongé, qui vont venir précipiter son apparition, et aboutir à la décompensation. [16] Il est donc possible d'affirmer que le SDPM touche des personnes fragiles, qui sont déjà dans un « *état d'instabilité exposant à un risque majeur de décompensation* » [8]

Plusieurs types de pathologies ont été reconnus comme prédisposant au SDPM. Les pathologies neurodégénératives, comme les démences à corps de Lewy, ou les syndromes parkinsoniens. Mais aussi l'hypertension artérielle, ou encore le diabète. On trouve également des maladies infectieuses, ou l'hydrocéphalie. [13] Toutes ces pathologies représentent donc des facteurs de risques, mais pour que le SDPM apparaisse il est nécessaire qu'elles soient associées à un facteur aigu. « *Les facteurs aigus, dits précipitants, à l'origine de l'éclosion de la symptomatologie du SDPM par le biais de la décompensation clinique, sont aussi bien d'ordre fonctionnel qu'organique.* » [1] où médicamenteux. Les facteurs fonctionnels peuvent être une chute, ou encore un alitement prolongé. Les facteurs organiques quant à eux peuvent correspondre à une déshydratation, une hyperthermie, des troubles métaboliques ou encore une hypoxie. Enfin les benzodiazépines, ou encore les antipsychotiques peuvent favoriser son déclenchement. [17]

Le SDPM peut être diagnostiqué à l'aide de différentes évaluations. En effet il existe des tests permettant d'analyser l'état des automatismes moteurs avant que la rétropulsion n'apparaisse. Il est également judicieux d'évaluer la marche, et de relever les anomalies de la longueur du pas ou encore le ralentissement. [17]

2.3 Diagnostic différentiel

Le SDPM présente plusieurs diagnostics différentiels. Tout d'abord la maladie de Parkinson, en effet tout comme dans le SDPM elle entraîne : freezing, hypertonie, augmentation du temps de l'appui bipodal, rétropulsion ou encore akinésie. Cependant, « *dans le SDPM, l'akinésie est principalement axiale tandis qu'elle est généralisée dans la maladie de*

Parkinson et l'hypertonie est oppositionnelle alors qu'elle est plastique et en « tuyau de plomb » dans la maladie de Parkinson. » [13]

Les démences sous corticales peuvent également engendrer des similitudes avec ce syndrome en raison de l'atteinte sous corticale. Malgré tout, les démences ne font pas partie de la symptomatologie du SDPM. *« En effet, le syndrome démentiel ne sera associé à la symptomatologie du SDPM que lorsque l'un des facteurs prédisposant au SDPM est une démence sous-corticale. » [13]*

La dépression chronique fait elle aussi partie des diagnostics différentiels. En effet on retrouve dans les deux pathologies un ralentissement psychomoteur, ainsi qu'une aboulie, une apathie, une indifférence. Cependant, *« la différence majeure repose sur l'absence de douleur morale dans le SDPM, tandis qu'elle constitue un des signes cardinaux de la dépression. » [1]*

Enfin il y a le syndrome d'Adams et Hakim également appelé hydrocéphalie à pression normale, qui se caractérise par un ralentissement psychomoteur, des troubles de la marche ou encore un désintérêt. La différence repose notamment sur la présence de troubles sphinctériens et d'un élargissement trop important du polygone de sustentation. [14]

2.4 Conséquences et évolution

Le SDPM est une urgence gériatrique. En effet celui-ci peut progressivement mener à une restriction d'activité et en conséquence une sédentarisation, voire une entrée en institution. Selon Y-P Nkodo Mekongo, en l'absence d'une prise en charge *« rapide, spécifique et multidisciplinaire de cette véritable urgence gériatrique, l'évolution se fera inexorablement vers l'état grabataire irréversible. » [16]*



Figure N°2 : Conséquences du Syndrome de désadaptation psychomotrice en l'absence de prise en charge

S'il n'est pas pris en charge rapidement le SDPM, entraîne donc des conséquences traumatiques, psychologiques mais aussi psychosociales importantes.

De plus celui-ci engendre un risque de chute très élevé, et il est vrai que la chute peut directement ou non entraîner le décès de la personne âgée. Les chutes et leurs conséquences, aussi bien traumatiques, que psychologiques sont aussi souvent synonymes d'entrée en institution, et représentent donc un bouleversement dans la vie de la personne âgée. De plus il a été prouvé qu'un temps important resté au sol après une chute entraîne un fort risque d'escarres, ou encore de pneumopathie d'inhalation [17], entraînant donc une hausse du risque de la mortalité.

2.5 Prise en charge

Il est donc primordial que le SDPM soit pris en charge précocement. Cette prise en charge consiste tout d'abord à « *l'évaluation médicale qui doit rechercher d'une part l'ensemble des pathologies chroniques pouvant entraîner des dysfonctionnements sous-corticofrontaux et d'autre part les facteurs aigus dont la prise en charge constitue une urgence gériatrique* ». [1] Il s'agit ensuite d'en corriger les symptômes. Tout cela doit être réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmières, aide soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychologues. Il est préférable que celle-ci ait lieu dans un service particulièrement sensibilisé à la fragilité des personnes âgées. L'équipe soignante dans son ensemble doit d'ailleurs veiller à stimuler la personne âgée tout au long de sa prise en charge, autant sur le plan psychique, que moteur.

Les kinésithérapeutes peuvent tout d'abord participer à la détection du SDPM à l'aide d'évaluations, ils ont également pour rôle de travailler la réadaptation motrice globale, le mieux étant de réaliser cette prise en charge le plus précocement possible. Ceux-ci participent également à la rééducation de l'équilibre et de la marche, mais aussi à la correction de la rétroimpulsion.

La prise en charge par le psychologue permet quant à elle de lutter contre la démotivation, mais aussi la phobie de la verticalisation et de la marche. Elle est pour le patient un soutien permettant de faire face à ses difficultés. [16]

Enfin l'ergothérapeute a une place importante dans cette prise en charge de par ses nombreux domaines de compétences.

3. Ergothérapie et syndrome de désadaptation psychomotrice

3.1 Définition de l'ergothérapie

Selon l'Association Nationale 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.* » [18] L'exercice du métier d'ergothérapeute repose sur l'article R.4331 -1 du code de la santé publique et nécessite une formation de trois ans, qui débouche sur un diplôme d'état.

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapie, contient le référentiel d'activités et de compétences de l'ergothérapeute. Parmi l'ensemble des activités recensées, dans le cadre de la prise en charge du SDPM, nous pouvons citer plus particulièrement l'activité n°1 : Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapique, l'activité n°2 : Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation. L'activité n° 4 : Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions. L'activité n° 5 : Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement. Et enfin l'activité n° 9 : Formation et information des professionnels et des futurs professionnels. [19]

L'ergothérapeute a donc une place importante dans la prise en charge du SDPM.

3.2 Rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge du syndrome de désadaptation psychomotrice

Le SDPM, nécessite une prise en charge pluridisciplinaire précoce, au sein de laquelle l'ergothérapeute a toute sa place. Tout d'abord, il peut être l'un des professionnels habilité à détecter et évaluer le SDPM, en utilisant par exemple le test moteur minimum. [20] (Annexe I) Ce bilan est composé de 20 items, il évalue la peur de tomber, les altérations psychomotrices lors des transferts au lit, et l'équilibre debout statique et dynamique. Il peut donc donner des indications sur l'apparition d'un SDPM.

Dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées atteintes de SDPM, l'ergothérapeute peut jouer plusieurs rôles. Après avoir réalisé les évaluations, l'ergothérapeute peut intervenir dans le travail de la mobilité au lit, du lever de la chaise ou des transferts en général, à l'aide d'exercices en salle de rééducation ou de mise en situation en chambre ou à domicile. Dans ce type d'exercice la peur du vide, de la verticalisation, de se pencher en avant et de la chute sont prépondérantes, il est donc essentiel que cette prise en charge repose sur une relation de confiance et d'accompagnement, l'ergothérapeute doit représenter une présence rassurante pour le patient. De plus de par ses connaissances en aides techniques, celui-ci peut également préconiser des aides techniques au lever du lit afin de faciliter le quotidien des personnes ayant des difficultés dans les transferts. Il peut également préconiser des aides techniques à la marche, et travailler leur maniement lors de mise en situation, ceci peut permettre de rassurer les personnes atteintes de SDPM qui ont peur de la verticalisation.

Dans le but d'optimiser la prise en charge, il est essentiel que l'ergothérapeute travaille en collaboration avec l'ensemble du personnel soignant. Il peut notamment être source de conseil pour l'équipe soignante et/ou l'aidant, afin que ceux-ci utilisent au mieux les aides techniques au transfert dans les cas les plus aigus, mais aussi dans les techniques de manutention pour faciliter les soins au quotidien et améliorer ainsi la qualité de vie des patients. L'ergothérapeute peut également réaliser un aménagement dans le but d'adapter l'environnement de la personne à ses difficultés, il peut par exemple adapter la hauteur des sièges et des accoudoirs, ou encore réaliser des aménagements beaucoup plus importants lors d'un retour à domicile. [21]

L'ergothérapie peut aussi être intégrée dans un programme d'éducation thérapeutique de la personne âgée chuteuse, auquel les patients atteints de SDPM peuvent participer.

3.3 Atelier relevé du sol

Un des principaux facteurs déclenchant du SDPM est la chute, cette expérience reste bien souvent traumatisante pour le sujet, en effet « *le choc émotionnel lié à la chute entraîne ainsi une dévalorisation, une perte de confiance en soi et peut constituer une véritable blessure narcissique.* » [27] De plus le SDPM lui-même entraîne un fort risque de chute. Une sorte de cercle vicieux peut donc se mettre en place, renforcé par la phobie de la verticalisation et de la chute. Comme vu précédemment, tout cela va entraîner une

restriction totale des activités de vie quotidienne nécessitant une verticalisation. Il a également été prouvé que « *la moitié des personnes âgées ayant chuté sont incapables de se relever seules malgré l'absence de blessure grave* » [26]. De plus « *l'impossibilité de se relever du sol à l'origine d'un séjour prolongé au sol peut aussi avoir des conséquences graves : déshydratation, escarres, rhabdomyolyse, hypothermie, pneumopathies d'inhalation entre autres* » [27]. C'est pourquoi il paraît judicieux de proposer aux personnes atteintes de ce syndrome, un atelier relevé du sol le plus précocement possible, afin de leur apprendre à relativiser une chute, à améliorer leur confiance en soi et leur apporter des solutions et connaissances à mettre en œuvre dans le cas d'une chute. La notion « d'atelier relevé du sol » renvoie la plupart du temps à une prise en charge réalisée en groupe, afin d'apprendre les gestes ou mouvements à réaliser dans le cas d'une chute. Celui-ci rentre fréquemment dans un programme de prévention des chutes.

Tous les patients ne peuvent pas participer à ce type d'atelier, celui-ci présente des critères d'exclusions. En effet la participation à cet atelier nécessite certaines capacités articulaires, et de mouvements. Une personne présentant une prothèse de hanche, ou de genoux va être limitée dans certains mouvements nécessaires pour se relever du sol. Cela va donc représenter une contre-indications à l'atelier relevé du sol. C'est pourquoi l'inclusion à ce type d'atelier est une décision qui doit être prise de manière pluridisciplinaire, avec l'accord ou sur prescription du médecin. Il peut être également important de demander l'avis du kinésithérapeute en ce qui concerne les capacités de la personne, notamment au niveau articulaire.

Concernant l'atelier relevé du sol auprès des personnes atteintes d'un SDPM, il sera cependant peut être nécessaire de l'adapter. En effet il est possible que ces personnes aient des réticences à participer à ce type d'atelier en raison de leur phobie importante de la verticalisation et de la chute, le passage au sol peut également se révéler délicat. Il est également possible qu'elles soient en difficulté au sol lors de la réalisation des mouvements de bases. Enfin, une part psychologique importante entre en jeu dans ce type d'atelier durant lequel la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et le thérapeute est nécessaire.

De plus l'atelier relevé du sol est recommandé par l'HAS lors de la prise en charge des personnes âgées fragiles : « *L'apprentissage du relever du sol fait partie des techniques essentielles dans la prévention de la perte d'autonomie* ». [22]

L'atelier relevé du sol peut être intégré au sein d'un Programme d'Education Thérapeutique (ETP) pour patient âgés chuteurs. Selon l'HAS, « *L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle est mise en place par un ou plusieurs professionnels dans le but d'apprendre de nouvelles compétences, et d'atteindre des objectifs bien précis.* » [23] Celle-ci soutient d'ailleurs l'éducation thérapeutique, reconnaît son bienfondé pour les patients, et a même édité des recommandations pour son organisation. De plus, au sujet de la prise en charge des personnes âgées multichuteuses, elle recommande « *l'éducation du patient chuteur et de son aidant* » [24]

L'ETP peut avoir un réel bénéfice pour les patients, en particulier les personnes âgées qui sont beaucoup plus souvent atteintes de maladie chroniques et dépendantes, en effet elle permet d'intégrer le patient dans la prise en charge, de le stimuler en le rendant acteur. Selon Sylvie Pariel et al, « *le patient âgé peut alors devenir un véritable partenaire thérapeutique*» [25], elle peut également permettre de prévenir des situations de crises.

Ces programmes d'ETP sur la chute sont organisés par plusieurs professionnels formés à l'ETP, l'ergothérapeute peut alors être accompagné d'un kinésithérapeute et d'un psychologue.

Mais cet atelier peut également être proposé en tant que simple activité à visée éducative par l'ergothérapeute en centre de rééducation, ou encore en EHPAD. Il peut, selon le choix des institutions, et les professionnels qui y interviennent, y être proposé par un professeur d'activité physique adaptée, un kinésithérapeute ou un psychomotricien. Il est donc fréquent que l'apprentissage des techniques du relevé du sol soit mené en collaboration par plusieurs professionnels. La réalisation de cet atelier nécessite un lieu et du matériel adapté tel qu'un plan bobath, tapis de sol, espalier, oreillers, ou des petits bancs... » [27]

Cet atelier va permettre d'apprendre à la personne les techniques lui permettant de passer par différentes étapes pour se relever du sol après une chute, ou dans le cas où cela est impossible, apprendre à alerter les secours, et rester au sol en toute sécurité.

Pour se relever un enchaînement de différentes positions est appris aux personnes âgées. Tout d'abord le retournement au sol, c'est-à-dire le passage du décubitus dorsal au décubitus ventral. Ensuite, le mouvement consiste à passer du décubitus ventral à quatre pattes. Vient ensuite le déplacement à quatre pattes jusqu'à un objet (une chaise par exemple) sur lequel la personne pourra prendre appui pour passer en position du chevalier servant, et enfin se lever, toujours en prenant appui. [26] L'apprentissage de ces techniques peut également être basé sur les niveaux d'évolution motrice de Le Metayer qui correspondent à l'apprentissage de la marche par l'enfant.

Tout cela est proposé par les rééducateurs sous forme d'exercices, individuels ou en groupe, qui au fil des séances peuvent être adaptés ou ciblés en fonction du niveau de chacun, de manière à ne pas mettre les patients en difficultés motrices ou psychiques. Il est d'ailleurs primordial d'éviter de mettre en échec ces personnes.

L'atelier relevé du sol va avoir plusieurs objectifs. Il peut notamment avoir pour objectif de « *mieux appréhender le contact sur le sol et limiter sa peur d'être au sol, trouver des stratégies pour se déplacer au sol, se relever du sol, s'installer confortablement au sol en attendant les secours* ». Il peut également avoir pour objectif que la personne acquière l'enchaînement de mouvement, ou quelques-uns seulement, permettant le relevé du sol ou permettant de se mettre en sécurité. Il permet également de rassurer le patient, en le préparant à savoir comment réagir en cas d'une nouvelle chute, en essayant de dédramatiser la chute, et ainsi de limiter le stress et la peur que ce genre de situation peut engendrer. Enfin ce type d'atelier, s'il est réalisé en groupe « *aide également la personne âgée à prendre conscience que d'autres vivent des difficultés similaires, ce qui lui permet de rompre un sentiment parfois très profond d'isolement* » [27]. Il est aussi primordial que le patient comprenne qu'il faut bien « *analyser la situation dans laquelle il se trouve sans se précipiter à agir* ». [27] En effet, la personne doit comprendre qu'il n'y pas qu'une solution type en cas de chute, et que celle-ci doit être adaptée à ses propres capacités. Pour cela il doit être acteur, et se poser les bonnes questions concernant les douleurs et blessures

éventuelles, la situation dans laquelle il se trouve, tout en cherchant les aides potentielles qu'il peut avoir à sa disposition. .

Selon une étude menée par le département de médecine interne de l'Hôpital Georges Pompidou de Paris, les personnes ayant participé à un atelier relevé du sol étaient significativement plus performantes pour se relever du sol, et cet atelier leur avait apporté de « *la fierté et un regain d'assurance* ». [28].

Ce type d'atelier peut également être accompagné de conseils de la part de l'ergothérapeute, en matière de téléalarme notamment, qui permettra de contacter les secours ou une personne de confiance rapidement. Ce dispositif peut être rassurant pour les personnes atteintes du SDPM. De même des conseils en aménagement du domicile peuvent être apportés par l'ergothérapeute, afin d'évincer des facteurs pouvant entraîner une chute au domicile.

L'ensemble de ces recherches bibliographiques m'ont permis de déterminer et préciser ma question de recherche, à laquelle je vais essayer de répondre dans les prochaines parties de ce travail d'initiation à la recherche. J'utiliserai pour cela une démarche scientifique. Ma question de recherche s'intitule donc : **Comment l'ergothérapeute par l'apprentissage du relevé du sol, permet-il de favoriser l'indépendance de la personne âgée atteinte de SDPM ?**

II. Problématique théorique

1. L'indépendance et l'autonomie

1.1 L'indépendance

Le mot indépendance vient du latin « in », qui veut dire « privé de », et « dependere » qui « signifie être suspendu à ».

Du point de vue biomédical, selon 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.* »[29] Une personne est donc considérée comme indépendante si elle réalise seule et sans aide les activités de vie quotidienne, si elle est capable de faire par elle-même. Ces activités sont celles qui rythment notre quotidien, nos habitudes et sont réparties en sept domaines : les activités domestiques, corporelles, les activités de communication, de déplacement, réalisées hors du milieu de vie, les activités de vie personnelles et interpersonnelles, et enfin les activités de gestion. Cette notion, implique donc que la personne ne reçoive pas d'aide humaine, « *que celle-ci soit incitative, partielle ou totale* » [29]. Cependant l'utilisation d'une aide technique ne remet pas en cause l'indépendance d'un individu.

L'indépendance « *offre les moyens [...] de répondre aux impératifs de la vie quotidienne et de survivre efficacement* » [29]. En effet l'indépendance, est indispensable au quotidien dans l'ensemble des gestes de vie quotidienne, et est également responsable de l'exercice des rôles sociaux et de la possibilité de participer aux interactions sociales à plus grande échelle, ce qui en conséquence influe sur le bien-être et la qualité de vie. L'indépendance est basée sur les différentes capacités propres au sujet, autant fonctionnelles, que psychologiques. Celle-ci constitue une richesse que l'individu construit tout au long de sa croissance, et plus largement encore au cours de son vécu.

1.2 La dépendance

1.2.1 La dépendance du point de vue biomédical

La dépendance correspond à l'incapacité de réaliser seul les actes de la vie quotidienne, et en conséquence « *au besoin d'être aidé (par une tierce personne) pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie* » [29]. Du point de vue biomédical, l'origine de la dépendance

se rapportant à l'état d'une personne, est souvent multifactorielle. En effet celle-ci dépend de l'intégrité psychique, physique de la personne en interaction avec les spécificités de l'environnement au sein duquel elle évolue. La dépendance peut être aiguë, légère, évolutive, de courte durée ou encore permanente. Toutes les pathologies ou accidents, peuvent entraîner une limitation des capacités au quotidien, et donc engendrer l'apparition ou l'aggravation de la dépendance. La dépendance impacte à plusieurs niveaux le quotidien de la personne qui la subit. Tout d'abord elle a des conséquences sur le mode de vie, la relation aux autres, en particulier avec son entourage lorsque celui prend le rôle de l'aidant. Celle-ci peut également engendrer la modification du lieu de vie, voire l'entrée en institution.

1.2.2 La dépendance du point de vue social

Cependant le terme de dépendance, n'est pas seulement utilisé dans le champ biomédical, il l'est également dans le champ social, et les « *malentendus de la dépendance prennent naissance dans ces deux conceptions, l'une relationnelle et réciproque, considérée comme dynamique, et l'autre renvoyant à une statique c'est-à-dire un état, qui est plus problématique* ». [29]

En effet du point de vue social, la signification est bien différente, N-Sève Ferrieu, déclare d'ailleurs que l'indépendance est « *inconcevable dans son aspect social puisque nous sommes dépendants de notre environnement pris au sens large du terme, qui devient interdépendance dans la relation à l'autre* ». [29]

En effet il est ainsi difficile voire impossible de séparer la dépendance de l'indépendance. L'indépendance est un concept ciblé sur l'Homme en lui-même, résultant de ses capacités à survivre. Cependant l'Homme n'est pas fait pour vivre isolé, et pour mettre en œuvre ses capacités, celui-ci a l'obligation de s'inscrire dans un environnement voire dans une société, et d'interagir avec celle-ci et les individus qui l'a composent. C'est ainsi qu'il entre dans une relation d'interdépendance. « *L'interdépendance découle de cette relation nécessaire entre deux ou plusieurs, relation où chacun est dépendant l'un de l'autre* », [29] celle-ci correspond au principal mode de la relation entre les individus, et constitue la base du fonctionnement de la société.

1.3 Indépendance / autonomie

Etre indépendant ne signifie pas être autonome. Et même si ces deux termes sont souvent considérés comme synonymes, et sont utilisés indifféremment la plupart du temps dans le langage courant, il est important de connaître la signification de chacun, qui est bien différente, mais pas opposée.

Le mot autonomie vient du grec, «autos» qui veut dire soi-même, et qui fait référence aux actions individuelles de la personne, et « *nomos* », qui signifie règles établies par la société, lois. Littéralement le mot autonomie correspond donc à la loi qu'on se fait à soi-même, à la capacité qu'a la personne à se gouverner elle-même.

Selon N. Sève Ferrieu, « *l'autonomie [...] est processus interactif d'adaptation reposant sur la capacité à choisir et à gérer sa vie en toute conscience* ». [29] Le concept d'autonomie fait donc référence à une décision, à la possibilité pour la personne de faire des choix, qui vont guider ses conduites. Elle est donc différente de l'indépendance qui fait référence à la capacité de faire l'action, de la réaliser.

L'autonomie se construit tout au long de la vie, pour illustrer cette construction, on peut prendre pour exemple la période de l'adolescence lorsque « *le jeune cherche à n'obéir qu'à ses lois* ». [28] Cette construction repose sur la conscience de soi qui est « *la capacité à différencier, de manière subjective ce qui relève de l'extérieur et de l'intérieur de soi, et donc de pouvoir appréhender sa propre existence* » [29] associée à la capacité de penser, qui ensemble permettront de faire des choix propres à la personne impliquant forcément la responsabilité de celle-ci. En effet l'autonomie « *s'acquiert par l'apprentissage permettant la maîtrise et le contrôle progressif des situations, et l'aptitude à produire des réponses dont la pensée est le moteur.* » [29]

Cette construction ne peut être réalisée qu'en reposant sur la relation entre l'homme et la société, appelé interdépendance. En effet celle-ci est influencée par l'ensemble de nos expériences, elle est le « *fruit d'un processus prolongé en perpétuel renouvellement, non seulement l'autonomie se construit à travers, mais encore s'alimente des interdépendances familiales, scolaires, professionnelles, culturelles, etc. que l'on a vécues, que l'on vit et que l'on vivra.* » [29]

Enfin l'autonomie de chacun est fortement influencée par l'autonomie collective. En effet l'homme indépendant est capable de faire des choix, et agit comme il l'entend, mais en tant qu'individu dans la société, il ne peut « *être et agir qu'en tenant compte des autres et des lois de la nature qui s'ouvrent sur les lois sociales, ciment de la société* ». [28]

Pour conclure, autonomie et indépendance ne sont pas opposées, en effet il est possible de considérer l'autonomie comme la capacité à gérer ses dépendances, ses interdépendances et ses capacités d'indépendances.

Le SDPM concerne des personnes âgées, souvent déjà fragilisées, et dont l'indépendance est déjà potentiellement atteinte. Les conséquences de cette pathologie vont venir impacter, ou aggraver l'indépendance de la personne, et dans les cas les plus graves, et en l'absence d'une prise en charge adaptée, l'anéantir. La dépendance est donc une des principales conséquences du SDPM.

Les raisons de l'apparition de la dépendance, ou de l'impact que celle-ci peut avoir sur le quotidien de la personne, peut être difficile à déterminer tellement ces notions sont propres à chacun et pourtant cela est essentiel pour une prise en charge efficace. L'utilisation du PPH peut faciliter la mise en place d'une prise en charge adaptée pour la personne en mettant en avant les interactions entre les facteurs venant influencer la réalisation des habitudes de vie de la personne.

2. Le Processus de Production du Handicap

2.1 Présentation

Le Processus de Production du Handicap (PPH) est un modèle conceptuel qui a été créé par Patrick FOUGEYROLLAS, anthropologue spécialisé dans le champ du handicap, et son équipe en 1998. Une nouvelle version de ce modèle appelée MDH-PPH 2 a été créée en 2010. [31] C'est celle-ci que j'ai choisi de développer.

« Le Processus de Production de Handicap est un modèle interactif non linéaire mettant en évidence les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, humains et matériels, qui peuvent influencer sur l'apparition des situations de handicap. » [30] Cette influence, et les

interactions entre les différents domaines propres à la personne sont d'autant plus mises en évidence sur le schéma qui représente le MDH-PPH 2. (Figure N°4)

**Modèle de développement humain
et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2)
(Fougeyrollas, 2010)**

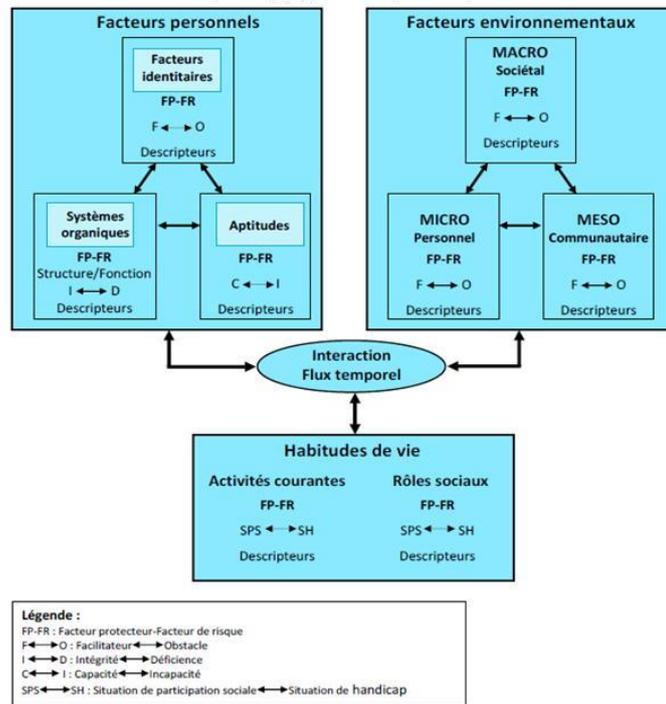


Figure N° 4 : Processus de production du handicap (MDH PPH 2)

2.2 Définitions et lien avec le SDPM

Dans la vie quotidienne, l'ensemble des termes que je vais définir influent les uns sur les autres, et donc sur la réalisation des habitudes de vie propres à la personne. Cette relation est représentée sur la figure N° 4 par les « interactions ».

Dans cette nouvelle version, [31] la notion de facteurs de risque, est maintenant intégrée au sein des trois composantes principales : facteurs personnels, facteurs environnementaux et habitudes de vie.

« Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou tout autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. » [32]

Il existe quatre catégories de facteurs de risques : les risques biologiques, les risques liés à l'environnement physique, les risques liés à l'organisation sociale, et enfin les risques liés aux comportements individuels et sociaux.

Ces facteurs de risque sont engendrés par des causes : « *Une cause est un facteur de risque qui a effectivement entraîné une maladie, un traumatisme, ou tout autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne* ». [32]

2.2.1 Les facteurs personnels

Le premier domaine conceptuel comprends les facteurs personnels, « *un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.* » [32] Au sein du PPH, ce domaine est divisé en trois sous-parties : les facteurs identitaires, les systèmes organiques et les aptitudes. [31] « *Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune* » [32]. Les systèmes organiques sont hiérarchisés selon s'ils sont intègres ou déficients.

Si l'on rattache cette notion au SDPM le système nerveux central, et le système musculaire, sont les principaux déficients. Au sein de cette nouvelle version, les facteurs identitaires prennent d'avantage d'importance.

Il existe donc une interaction étroite entre les systèmes organiques, les facteurs identitaires et les aptitudes, en effet ce sont les déficiences, et les facteurs identitaires cités ci-dessus, qui vont venir influencer les aptitudes. « *Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale* », [32] qui sont classées en capacités et incapacités propres à la personne. Celles-ci sont hiérarchisées de la capacité sans limite à l'incapacité totale.

Si l'on rattache cette notion aux symptômes du SDPM, les inaptitudes les plus fréquentes correspondent à l'ensemble des activités nécessitant une verticalisation, de l'équilibre, des réflexes posturaux ou encore des déplacements, pour ce qui est du versant moteur. Il y a aussi des inaptitudes comportementales, concernant la motivation, l'initiative, l'intérêt, l'estime de soi. Enfin des inaptitudes dans les conduites notamment au niveau de la sociabilité bien souvent réduite par la sédentarité liée à la pathologie.

2.2.2 Les facteurs environnementaux

L'ensemble des facteurs personnels sont en interactions avec les facteurs environnementaux. « *Un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société* ». [32]

Ce domaine conceptuel est divisé en trois grandes parties, l'environnement sociétal également appelé MACRO : qui prend en compte les lois, politiques, et organisation des services... L'environnement communautaire également appelé MESO : qui prend en compte les commerces, les transports, la réalisation des rôles sociaux ... L'environnement personnel également appelé MICRO : qui prend en compte le domicile, les proches, l'emploi... [31]

Dans le cas du SDPM, même si les facteurs environnementaux sont propres à chacun, l'environnement personnel, notamment l'aménagement du domicile peut devenir un obstacle. Un domicile encombré, qui comporte des escaliers, des marches, ou encore des tapis, une salle de bain non aménagée, peuvent devenir un véritable obstacle à la réalisation des habitudes de vie quotidienne pour la personne atteinte de SDPM, ayant des troubles de la marche et de l'équilibre importants, tout cela associé à une peur de la verticalité et de la chute. De même un extérieur dénivelé, ou non aménagé peut progressivement pousser la personne atteinte de SDPM à ne plus sortir de chez elle, et participer à l'isolement de celle-ci. En revanche la présence d'un soutien social ou familial fort peut se révéler être un facilitateur.

2.2.3 Les habitudes de vie

Les facteurs personnels, et les facteurs environnementaux sont en interactions avec les habitudes de vie. « *Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socio-culturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.* » [32]

Les habitudes de vie sont définies en termes d'activités courantes et de rôles sociaux. Elles sont même classées selon si elles appartiennent à la participation sociale qui correspond « *à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux* » [32], ou à des situations de handicap qui

correspondent « à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux » [32]. Celles-ci sont hiérarchisées de la situation de participation sociale optimale, à la situation de handicap complète.

Lorsqu'une personne est atteinte de SDPM, comme cité précédemment, l'ensemble de ses symptômes, en interaction avec les caractéristiques de son environnement, vont progressivement la pousser à restreindre l'ensemble de ses activités. Il est donc primordial pour les professionnels de soins de limiter cette restriction, l'ergothérapeute peut dans cette prise en charge jouer un rôle important. En proposant un atelier relevé du sol, il peut permettre à la personne d'acquérir des mécanismes lui permettant de savoir comment agir en cas de chute, et ainsi limiter autant que possible l'appréhension due à une chute, pour encourager la personne à continuer à réaliser ses habitudes de vie.

Cette intervention peut par la même occasion améliorer son bien-être et en conséquence sa qualité de vie.

3. Théorie de l'apprentissage

Selon le professeur G. Barnier, l'apprentissage correspond à une « *modification stable et durable des savoirs, savoir-faire ou des savoir-être d'un individu, modification attribuable à l'expérience, l'entraînement, aux exercices pratiqués par cet individu.* » [32] Plusieurs grands auteurs ont développé les théories de l'apprentissage telles que nous les connaissons aujourd'hui. Les principales sont : le béhaviorisme, et le cognitivisme qui regroupe le constructivisme, et le socioconstructivisme.

3.1 Le béhaviorisme

Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) le béhaviorisme correspond à une : « *Doctrine qui assigne à la psychologie l'étude du comportement des individus à l'exclusion de l'introspection* » [33]. Le terme « béhaviorisme » provient de l'anglais « behavior », qui signifie comportement.

Le béhaviorisme correspond à la première grande théorie de l'apprentissage. Cette théorie fut fondée par John Waston (1878/1958), psychologue américain, qui s'inspire pour cela des travaux d'Ivan Pavlov.

Edward Thorndike (1874/1949), psychologue américain diplômé de HARVARD, fut le précurseur du béhaviorisme. Celui-ci étudie notamment la question de l'apprentissage chez les animaux, à partir d'expériences. Il en déduit la notion de loi de l'effet, selon laquelle tout comportement qui entraîne un état satisfaisant a tendance à être reproduit dans la même situation. Il développe également la théorie de l'apprentissage par essai/erreur selon laquelle tout comportement s'optimise grâce à une succession d'essais et d'erreurs, ce qui sous-tend la notion d'entraînement, qui est une dimension importante du béhaviorisme.

Thorndike et Waston partagent la même vision du béhaviorisme, chacun d'eux « *conçoit l'apprentissage avant tout comme un processus de modification du comportement (observable), résultant uniquement de l'établissement ou de l'extinction de connexions entre des stimuli et des réponses sans que cela nécessite d'aucune manière une quelconque activité mentale de l'individu.* » [34] Le comportement n'est donc qu'une réponse de l'individu à un stimuli provenant de son environnement.

Selon la théorie béhavioriste, c'est le conditionnement qui permet l'apprentissage. Il existe deux formes de conditionnement :

Le conditionnement répondant aussi appelé conditionnement classique, défendu par Ivan Pavlov et John Watson. I Pavlov utilise la méthode suivante, un stimuli auparavant neutre, est associé à un stimuli provoquant une réponse automatique, en conséquence, le stimuli neutre auparavant, entraîne finalement une réponse.

Vient ensuite le conditionnement opérant, défendu par Frédéric Skinner, selon lequel l'individu agit volontairement sur son environnement, poussé par une motivation, par le désir d'obtenir quelque chose. Le conditionnement opérant est donc bien différent du conditionnement répondant, qui peut être envisagé comme un simple réflexe.

Le conditionnement opérant utilise un mécanisme appelé renforcement. Le renforcement est une autre des notions clés du béhaviorisme. Celui-ci correspond à tous les stimuli qui vont avoir pour but de favoriser la probabilité de l'apparition d'un comportement. On parle de renforcement positif lorsque la réponse de l'environnement consiste à rajouter un élément suite à l'émission du comportement. Inversement on parle de renforcement négatif lorsque l'environnement enlève quelque chose suite à l'émission d'un

comportement. Il est important de ne pas confondre le renforcement négatif avec la punition, qui elle a pour objectif de réduire la probabilité d'apparition d'un comportement. En pratique, la théorie behavioriste a pour but d'atteindre une certaine efficacité, d'amoindrir les pertes de temps en mettant en place certains automatismes, et ainsi mettre en place une routine, en aucun cas elle ne tente d'expliquer le processus cognitif qui entre en jeu chez l'individu lors de l'émission d'un comportement. [34]

Le behaviorisme a également influencé la Pédagogie Par Objectif (PPO). Celle-ci est basée sur la décomposition d'un comportement complexe en plusieurs sous comportements. Ceux-ci sont classés selon l'ordre dans lequel il faut les réaliser dans la tâche. Le but de ce type de pédagogie est donc d'enseigner comment acquérir un comportement précis, en partant d'un comportement de base jusqu'au comportement attendu. Chacune de ces étapes correspond à un objectif intermédiaire.

La PPO utilise plusieurs mécanismes pour faciliter cet apprentissage. Tout d'abord le façonnement : l'apprentissage est proposé sous forme d'étapes successives qui peuvent chacune être atteinte en définissant un objectif comportemental intermédiaire. Dans cette optique, chaque réponse qui se rapproche du comportement attendu est renforcée. Puis le modelage : il consiste à la proposition d'un modèle au sujet observateur dans le but de renforcer l'apparition du comportement attendu. Le modelage a pour but d'encourager l'observateur à la reproduction du comportement.

Enfin l'estompage, qui consiste à diminuer de manière progressive l'aide qu'apporte le superviseur à l'apprenant durant le processus d'apprentissage.

En conclusion, « *Le behaviorisme conçoit l'apprentissage comme déterminé exclusivement par l'environnement (en tant que source de stimuli ou de renforcements de la réponse comportementale), sans une quelconque intervention de l'activité mentale du sujet.* » [34]

Il peut être intéressant pour l'ergothérapeute d'utiliser certains mécanismes propres à la théorie behavioriste. En effet il est fréquent que l'ergothérapeute apprenne de nouveaux comportements adaptés au mode de vie de chacun des patients, la mise en place d'objectifs en amont, permet la préparation de l'intervention de l'ergothérapeute auprès du patient mais facilite également l'apprentissage de celui-ci. Tout comme la décomposition d'un même comportement en plusieurs étapes, ou encore la démonstration par l'ergothérapeute. L'apprentissage de ces comportements a pour but d'être transféré

au quotidien par la personne, pour cela le renforcement peut être un des outils utilisés par l'ergothérapeute.

3.2 Le constructivisme

Le constructivisme est apparu dans les années 1930, celui-ci conçoit l'apprentissage comme un processus de construction dont l'apprenant est l'acteur. Jean Piaget (1896-1980), psychologue Suisse a consacré la majorité de sa carrière à l'étude du développement de l'intelligence humaine. Il est le père du constructivisme, qui correspond lui-même au courant précurseur du cognitivisme. Ses travaux *« ont mis en évidence que tout apprentissage nécessite la mise en place, chez l'apprenant, d'un certain nombre de compétences cognitives de base (des « schèmes opératoires »), qui ne s'acquièrent que progressivement, et dans un ordre déterminé, avec l'âge. »* [34]

Le schème est l'une des notions principales de la théorie constructiviste. Selon Piaget, un schème est *« (...) ce qui, dans une action, est transposable, généralisable ou différenciable d'une situation à la suivante, autrement dit, ce qu'il y a de commun aux diverses répétitions ou applications de la même action. »* [35] Un schème est un mécanisme imperceptible, et dont l'individu ne prend conscience qu'au cours de la répétition des actions qui le concerne. La construction de ces schèmes est progressive et est rendue possible par *« la mise en œuvre des mécanismes fonctionnels (assimilation et accommodation) biologiquement fondés et tendant naturellement à l'équilibre. »* [36]

L'assimilation correspond à l'incorporation de nouveaux objets à des schèmes existants. Cela correspond donc à l'action par laquelle l'individu va rendre familier ce qui ne l'est pas, plus concrètement l'individu assimile un nouvel objet. Par conséquent l'assimilation va engendrer une modification de la compréhension de l'environnement par l'individu.

L'accommodation quant à elle, est l'action par laquelle l'individu apporte des modifications à un schème existant ou crée de nouveaux schèmes lorsqu'il fait face à un nouvel objet, et que le processus d'assimilation a échoué. Dans le cas de l'accommodation, c'est le milieu qui modifie le schème.

Selon la théorie constructiviste, lors de l'apprentissage, et plus particulièrement lorsque la personne est confrontée à une situation où ses connaissances ne permettent pas de la résoudre, il y a un déséquilibre, et c'est pour rétablir cet équilibre, que l'individu va utiliser

l'assimilation et l'accommodation. C'est par ces mécanismes que la personne s'adapte à son environnement. La théorie du constructivisme, implique donc que la personne est actrice de son apprentissage, et sous-entend la notion de motivation de celle-ci. Pour la pédagogie telle qu'on la connaît aujourd'hui, le constructivisme « *a contribué au déplacement de l'attention des pédagogues vers les processus cognitifs à l'œuvre chez l'apprenant en situation éducative* » [36]

En ergothérapie, il est essentiel que les patients soient acteurs de leurs apprentissages et qu'ils trouvent une certaine motivation, et un intérêt à celui-ci. En général le mieux sera de choisir l'apprentissage dans le cadre d'une activité signifiante pour la personne, qui favorisera sa motivation et son implication. L'atelier relevé du sol auprès de personnes atteintes de SDPM ne sera pas forcément une activité signifiante pour la personne, il est même possible qu'elle soit source de réticence de la part de ces patients. Il est alors important que l'ergothérapeute explique et souligne l'intérêt de cet atelier pour ces patients, pour que dans la mesure du possible ceux-ci deviennent acteurs de cet apprentissage.

3.3 L'interactionnisme social

L'interactionnisme social également appelé socioconstructivisme est une théorie inspirée du constructivisme, selon celle-ci les interactions sociales ont un rôle prépondérant dans l'apprentissage, c'est à travers ces interactions que l'apprentissage est possible. En effet il n'y aurait pas d'apprenant autonome.

C'est Lev Vygostki (1896/1934), psychologue soviétique, qui en est le fondateur, « *selon lui, l'apprentissage est en effet un processus avant tout social* » [34]. Dans sa théorie, celui-ci fait référence à trois notions clés : l'instrument psychologique, la zone proximale de développement, et le conflit sociocognitif.

Selon lui, tout apprentissage nécessite le recours à des outils, qu'ils soient matériels ou symboliques. Par exemple le langage, les techniques de calcul, ou encore les moyens mnémotechniques. Le recours à cet outil n'est pas neutre pour celui qui l'utilise, et influence le développement de sa pensée. De plus ces instruments, sont l'héritage de nos générations antérieures, l'apprentissage est donc également influencé par notre contexte

socioculturel. Il désigne par zone proximale de développement les actions réalisées par l'individu dans le cas d'interactions sociales, actions qu'il ne réaliserait pas s'il était seul.

Enfin, il parle de conflit sociocognitif car « *l'apprentissage est aussi social dans le sens où il suppose nécessairement au départ une interaction du sujet apprenant avec un tiers, plus avancé que lui dans la maîtrise de la compétence à apprendre.* » [34] En effet la situation d'apprentissage induit qu'il y ait une différence de niveau, de connaissance, entre le formateur et le formé, c'est cela qui induit le conflit sociocognitif.

L'ergothérapeute peut proposer des prises en charge individuelles ou en groupe. La prise en charge en groupe peut favoriser les échanges entre les participants, ce qui peut mener à des conflits sociocognitifs et ainsi favoriser l'apprentissage.

III. Résultats

1. Choix de la méthode

Afin de réaliser ce mémoire, j'ai choisi pour méthode de recherche, la méthode différentielle. La méthode différentielle est quantitative et permet d'étudier les variations existantes au sein d'un groupe d'individu. Celle-ci est en effet la plus adaptée au traitement de mon sujet, et facilitera la récolte des réponses.

2. Objectif de l'étude

Mes recherches portent sur un type de pratique réalisé par les ergothérapeutes, l'apprentissage des techniques de relevé du sol. Cette prise en charge étant souvent réalisée auprès des personnes âgées à risques de chutes ou ayant déjà chuté, j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement à un syndrome propre à cette population. En effet il peut être particulièrement judicieux de réaliser cet atelier auprès de personnes âgées atteintes de SDPM. Concernant cette pratique, je souhaite savoir comment est réalisé l'atelier relevé du sol auprès de cette population, et qu'elles sont les adaptations nécessaires en fonction des symptômes propres à cette pathologie.

Cette étude a pour objectif de comprendre par quels moyens et dans qu'elles conditions, l'ergothérapeute propose l'apprentissage du relevé du sol à des personnes âgées présentant un SDPM, et par la même occasion, quelles sont les modalités de cette prise en charge.

3. Choix de la population

Comme expliqué ci-dessus, je m'intéresse à la pratique d'une profession en particulier, l'ergothérapie. J'ai donc décidé que mon questionnaire aurait pour critères d'inclusions, le fait d'être un ergothérapeute diplômé d'Etat, exerçant en France, et proposant actuellement ou ayant déjà proposé un atelier relevé du sol à des personnes âgées atteintes d'un SDPM.

Les critères d'exclusions, correspondent donc au fait de ne pas remplir les conditions précédemment citées.

4. Conception de l'outil d'étude

Afin de mener à bien mon étude, j'ai donc choisi d'utiliser un questionnaire. Pour construire celui-ci je me suis appuyée sur les deux concepts théoriques, l'indépendance et l'autonomie, et les théories de l'apprentissage, et le modèle conceptuel, à savoir le processus de production du handicap, que j'ai développé précédemment. Afin de faciliter la création de mon questionnaire, j'ai tout d'abord construit des matrices (Annexe II) basées sur les différents items qui composent ces concepts et ce modèle conceptuel. Chacune des questions de mon questionnaire, découlent donc des indicateurs, puis des indices propres à chacun des concepts et modèle conceptuel, développés dans mes matrices.

J'ai choisi de commencer mon questionnaire par 5 questions me permettant d'obtenir le profil (Sexe, Age, ancienneté, lieu d'exercice) des ergothérapeutes qui répondent à mon questionnaire. Puis j'ai créé deux questions permettant de donner les critères d'inclusions et d'exclusions à ce questionnaire. J'ai ensuite inclus 21 questions créées à partir des matrices, rédigées sous différentes formes : questions à choix multiples, grilles de réponses à choix multiples, et réponses courtes. Celles-ci ont pour but de répondre à ma question de recherche. Enfin, à la fin du questionnaire, j'ai créé une question demandant aux participants s'ils souhaitaient avoir la synthèse des résultats de mon étude.

5. Diffusion du questionnaire

J'ai fait le choix de distribuer mon questionnaire par e-mail. Pour cela j'ai créé un questionnaire à l'aide de Google Form. Ce logiciel permet une diffusion rapide par e-mail et facilite le remplissage du questionnaire par les ergothérapeutes. Celui-ci synthétise également les résultats sous forme de diagrammes.

J'ai tout d'abord effectué une recherche d'adresses e-mail sur internet. Pour cela j'ai sélectionné des structures, de type Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) au sein desquelles intervenait un ergothérapeute. L'adresse directe de celui-ci n'étant que très rarement mentionnée, je me suis adressée au secrétariat, en le priant de bien vouloir transmettre mon questionnaire à l'ergothérapeute intervenant dans leur structure. J'ai ainsi récolté 375 adresses mail. Ayant des difficultés à obtenir des réponses, j'ai également

contacté certaines des structures par téléphones et ai diffusé mon questionnaire sur les réseaux sociaux. J'ai ainsi pu récolter 23 réponses à mon questionnaire, dont 22 sont finalement exploitables.

6. Analyse des résultats

6.1 Questions d'introduction

Question 1) Etes-vous un homme ou une femme ?

Sur la totalité de l'échantillon, la majorité, sont des femmes. Autrement dit 21 femmes et 1 homme ont répondu à ce questionnaire. (Annexe IV)

Question 2) Quel âge avez-vous ?

Sur l'échantillon total, 36.4 % (soit 8 participants), ont moins de 25 ans, et 59.1 % (soit 13 participants) ont entre 25 et 40 ans. (Annexe IV)

Question 3) Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Sur la totalité des participants, 31.8 % (soit 7 personnes), sont diplômées depuis moins de 1 an, 31.8 % sont diplômées depuis 1 à 5 ans, 18.2% (soit 4 personnes), sont diplômées depuis 5 à 10 ans, enfin 18.2 % (soit 4 personnes) sont diplômées d'Etat en ergothérapie depuis plus de 10 ans. (Annexe IV)

Question 4) Qu'elle est votre expérience en milieu gériatrique ?

Sur la totalité des participants, 31.8% (soit 7 personnes) ont moins de 1 an d'expérience dans le milieu gériatrique. 31, 8 % ont entre 2 et 5 ans d'expérience dans le milieu gériatrique. Enfin 27.2 % (soit 5 personnes) ont plus de 5 ans d'expérience en milieu gériatrique. (Annexe IV)

Question 5) Dans quel type de structure travaillez-vous ?



Figure n° 5 : Diagramme des réponses à la question 5

Sur la totalité des participants à ce questionnaire presque la moitié (46%) exerce en SSR, et 36 % exercent en EHPAD. Le reste intervient au sein de ces deux structures. (Annexe IV)

Question 6) Prenez-vous en charge des personnes âgées atteintes de Syndrome de Désadaptation Psychomotrice (SDPM) ou identifiées comme ayant des symptômes correspondants au SDPM ? (Si vous répondez négativement à cette question il n'est pas utile de poursuivre le remplissage du questionnaire.)

La question numéro 6 est une question d'inclusion à mon questionnaire, si on y répond « non », il n'est pas possible de continuer à remplir le questionnaire en conséquence, la totalité des participants ont répondu « oui ».

Question 6 bis) Si oui à quelle fréquence ?

Sur la totalité des ergothérapeutes qui ont répondu à ce questionnaire, presque la moitié, soit 10 des participants, prennent en charge des personnes âgées atteintes de Syndrome de Désadaptation Psychomotrice (SDPM) ou identifiées comme ayant des symptômes correspondants au SDPM, 2 à 3 fois par semaine. (Annexe IV)

Question 7) Avez-vous déjà proposé ou proposez-vous actuellement l'apprentissage des techniques du relevé du sol à ce type de patients ? (Si vous répondez négativement à cette question il n'est pas utile de poursuivre le remplissage du questionnaire)

La question numéro 7 est la deuxième question d'inclusion à mon questionnaire, si on y répond « non », il n'est pas possible de continuer à remplir le questionnaire en conséquence, la totalité des participants ont répondu « oui ».

6.2 Questions basées sur les matrices

Question 8) Quels sont les principaux critères d'inclusion à un atelier relevé du sol pour ces patients ?

Sur la totalité de l'échantillon de participants, en ce qui concerne les critères d'inclusion à un atelier relevé du sol pour ces patients, 2 ont été majoritairement cités par les ergothérapeutes. Tout d'abord, les antécédents de chute à 86.4%, puis la peur de la chute à 81.8%. Viennent ensuite les risques de chutes à 59.1%, et les troubles de l'équilibre à 36.4%. (Annexe IV)

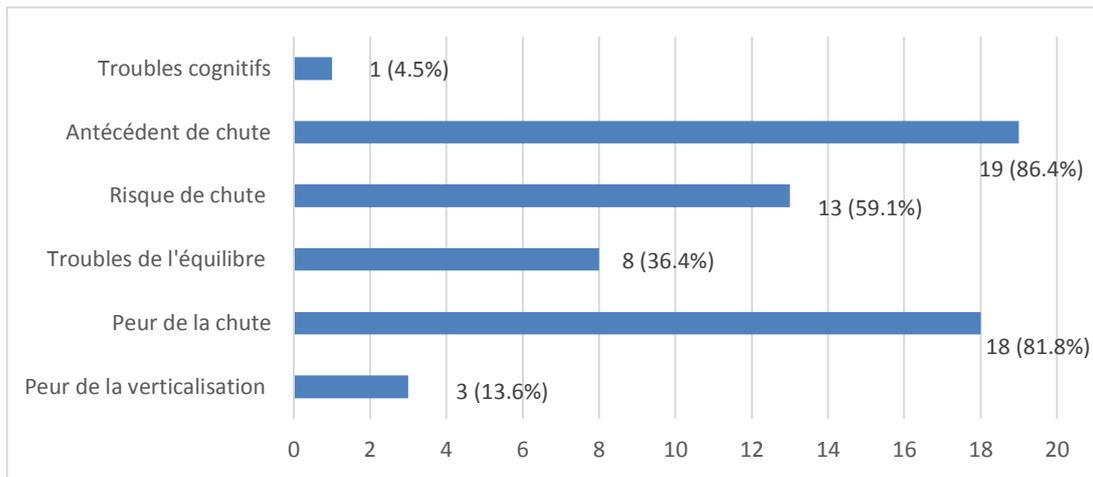


Figure N°6 : Diagramme des réponses à la question 8

Question 9) Les patients atteints de SDPM, ou identifiés comme ayant des symptômes correspondants au SDPM, auxquels vous proposez cet atelier sont plutôt :

Sur la totalité des participants, la plupart, (soit 17 personnes) proposent ce type d'atelier à des personnes autonomes. Un peu plus de la moitié, (soit 12 personnes) à des personnes dépendantes. Seulement 13.6 % (soit 3 personnes) à des personnes non autonomes. (Annexe IV)

Question 10) Les patients atteints de SDPM ou identifiés comme ayant des symptômes correspondants au SDPM auxquels vous proposez cet atelier sont en général :

Sur la totalité des participants, plus de la moitié, 59.1%, (soit 13 des participants) déclarent que les patients atteints de SDPM ou ayant des symptômes correspondant auxquels ils proposent cet atelier y sont plutôt favorables. 31.8%, (soit 7 participants), déclarent que les patients sont plutôt réticents à la réalisation de cet atelier. (Annexe IV)

Question 11) Proposez-vous cet atelier :

Un peu plus de la moitié des participants au questionnaire (soit 12 personnes) affirment proposer ce type d'atelier en collaboration avec d'autres professionnels. Alors que 10 des participants déclarent réaliser seuls ce type de prise en charge. (Annexe IV)

Question 11 bis) Si c'est en collaboration, avec quel(s) professionnels ?

Sur les 15 personnes qui ont répondu à cette question, 53.3% déclarent collaborer avec des kinésithérapeutes lors de la réalisation d'un atelier relevé du sol. La deuxième collaboration la plus fréquente est celle avec le professeur d'éducation physique adapté (26,7%). Enfin un peu moins de la moitié des ergothérapeutes ont répondu « autres ».

Parmi les réponses on trouve les Aides-Soignants (AS), Aides Médico-Psychologique (AMP), et animateurs. (Annexe IV)

Question 11 ter) Dans ce cas quel rôle jouez-vous en tant qu'ergothérapeute dans la réalisation de cet atelier ? (3 lignes maximum)

La réponse à cette question étant rédactionnelle, j'ai réalisé une synthèse de l'ensemble des réponses que j'ai recueillies. En effet sur les 14 réponses que j'ai reçues des similitudes en ce qui concerne le rôle spécifique que l'ergothérapeute peut jouer dans la mise en place d'un atelier relevé du sol auprès de ces patients, ont été mises en évidence. Ce qui revient est l'intervention directe de l'ergothérapeute dans l'apprentissage des techniques de relevé du sol, tout en apportant un accompagnement basé sur la réassurance, l'écoute des patients. L'ergothérapeute joue également un rôle de conseil, notamment en matière d'aménagement du domicile, d'aides techniques en matière de prévention des chutes qui peuvent accompagner ce type d'atelier. Enfin, notamment lorsque les ergothérapeutes c'est lui qui va évaluer les capacités que peut avoir la personne en matière de relevé du sol notamment lors de mise en situation en chambre avant l'atelier, il va aussi définir les objectifs de l'atelier et les réévaluer tout au long de celui-ci. (Annexe IV)

Question 12) Pensez-vous qu'une prise en charge en groupe : (2 réponses attendues) ?

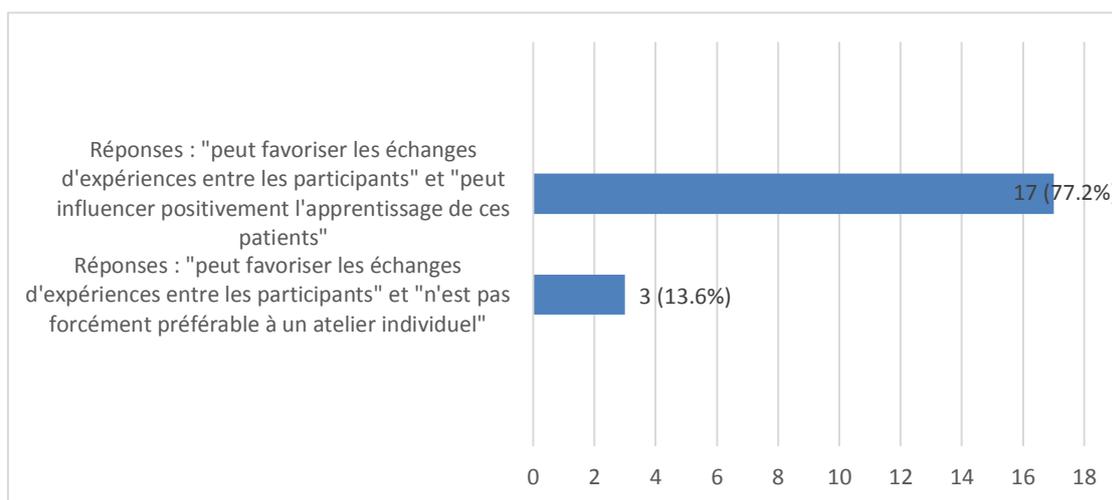


Figure n°7 : Diagramme des réponses à la question 12

Cette question comportait quatre propositions de réponses, dans l'intitulé j'avais indiqué ne souhaiter que deux réponses. Deux des ergothérapeutes qui ont répondu à ce questionnaire, n'ont pas respecté la consigne, et n'ont coché qu'une seule réponse, je ne la prendrai donc pas en compte dans mes résultats. A la question «*pensez-vous qu'une prise en charge en groupe* », sur les 20 participants qui ont choisi deux propositions, 77.2%, à

choisi les propositions suivantes : « peut favoriser les échanges d’expériences entre les participants » et « peut influencer positivement l’apprentissage de ces patients ». 13.6 %, ont choisi l’association de propositions : « peut favoriser les échanges d’expériences entre les participants » et n’est pas forcément préférable à un atelier individuel ». (Annexe IV)

Question 13) Programmez-vous pour chacun de ces ateliers des objectifs :

Sur l’ensemble des participants, 36.3% (soit 8 personnes), déclarent toujours, ou fréquemment (à 31.8%) programmer, pour chacun des ateliers des objectifs spécifiques à chacun des patients. En revanche, à la deuxième partie de la question, seulement 68.8% (soit 15 des participants) ont répondu. Parmi ces participants, 46,6% (soit 7 personnes), déclarent toujours programmer des objectifs communs à l’ensemble du groupe. (Annexe IV)

Question 14) Lors de ces ateliers relevé du sol :

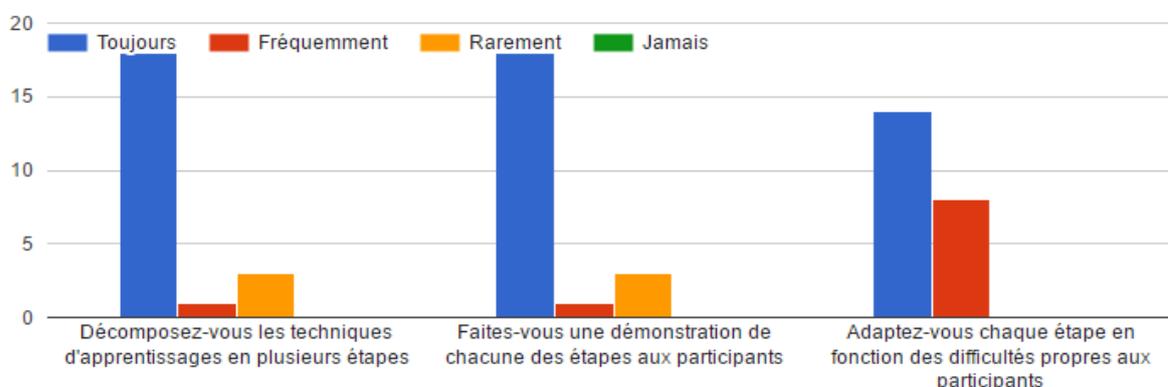


Figure N°8 : Diagramme des réponses à la questions 14

Sur l’ensemble des participants à ce questionnaire, concernant le déroulement de l’atelier relevé du sol, 81.8%, c’est-à-dire 18 personnes, décomposent toujours les techniques d’apprentissage du relevé du sol en plusieurs étapes. 81.8% font également toujours une démonstration de chacune des étapes aux participants à cet atelier. Enfin 70%, c’est-à-dire 14 personnes, adaptent toujours chacune des étapes de l’atelier en fonction des difficultés propres aux patients.

Question 15) En ce qui concerne le déroulement de l’atelier relevé du sol auprès de ces patients, en plus des techniques de relevé du sol, incluez-vous :

Sur la totalité des participants à ce questionnaire, concernant le déroulement de l’atelier relevé du sol, en plus des techniques du relevé du sol, 68.1%, c’est-à-dire 15 personnes, incluent toujours ou fréquemment, à ce type de prise en charge, une partie informative sur

des notions de base en aménagement du domicile. 68.1% réalisent toujours ou fréquemment une partie informative sur les techniques permettant de rester au sol en sécurité.

77.3%, c'est-à-dire 17 personnes, réalisent toujours, ou fréquemment une partie informative sur les techniques permettant d'alerter les secours, contre 4.5 % qui ne le fait jamais. La plupart réalise toujours ou fréquemment une partie sur des exercices d'équilibre. Enfin, plus de la moitié, réalise toujours un temps d'échanges sur les ressentis des participants à cet atelier. (Annexe IV)

Question 16) Selon vous, combien de séances en moyenne sont nécessaires à l'apprentissage des techniques du relevé du sol pour ces patients ?

Selon l'échantillon total des participants, un peu plus de la moitié, soit 12 personnes, pensent que 3 séances en moyenne sont nécessaires à l'apprentissage des techniques du relevé du sol chez ses patients. 22,7%, soit 5 personnes, pensent qu'il est nécessaire de réaliser plus de 5 séances. Enfin aucun des participants ne considère qu'une seule séance ne suffise à l'apprentissage du relevé du sol. (Annexe IV)

Question 17) Vous arrive t-il d'inclure l'aidant ou l'entourage des patients lors de l'atelier relevé du sol auprès de ces patients ?

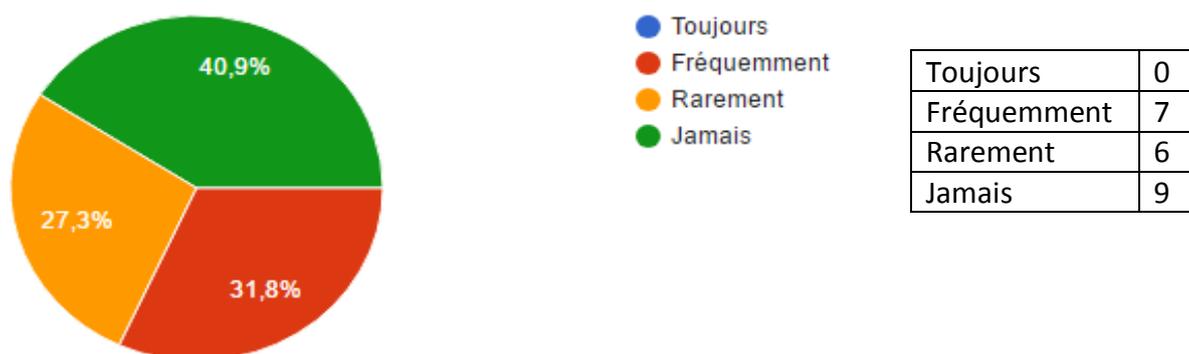


Figure n°9 : Diagramme des réponses à la question 17

Sur la totalité des répondants, 40,9%, n'incluent jamais l'aidant ou l'entourage du patient lors d'un atelier relevé du sol auprès de personnes âgées atteintes du syndrome de désadaptation psychomotrice ou ayant des symptômes apparentés. Alors que 31.8 %, des ergothérapeutes le font régulièrement. (Annexe IV)

Question 18) Les troubles spécifiques au SDPM influencent-ils la mise en place d'un atelier relevé du sol selon vous ?

Sur la totalité de l'échantillon, 45,5 %, soit 10 personnes, affirment que les troubles spécifiques au SDPM n'influencent pas la mise en place d'un atelier relevé du sol, 54.5%, soit 12 personnes, estiment le contraire. (Annexe IV)

Question 18 bis) Si oui quels sont ces troubles ? (3 lignes maximum)

Nous pouvons noter que seulement 52.6%, des personnes ayant répondues oui à la question 18, ont répondu à celle-ci. Cela peut s'expliquer par le fait que je n'avais pas paramétré mon questionnaire pour qu'il soit obligatoire de répondre à cette question.

La réponse à cette question étant rédactionnelle, j'ai réalisé une synthèse de l'ensemble des réponses que j'ai pu recueillir. Les troubles propres au SDPM pouvant influencer la mise en place d'un atelier relevé du sol, qui ont été le plus cités par les participants à ce questionnaire sont : tout d'abord du point de vue moteur : l'ajustement postural souvent déficitaire chez ces patients, la rétropulsion, l'hypertonie réactionnelle et la sidération des automatismes posturaux. Du point de vue comportemental et psychologique, l'appréhension majeure et l'anxiété sont rapportées par la plupart des participants, la peur du vide, de la verticalisation, de la chute, et la mise au sol sont également citées à plusieurs reprises par les ergothérapeutes qui ont répondu à ce que questionnaire.

Question 18 ter) Quelles sont les adaptations spécifiques que vous mettez en place pour y remédier ? (3 lignes maximum)

Seulement 63.1% des personnes ayant répondues oui à la question 18, ont répondu à celle-ci. Cela peut s'expliquer par le fait que je n'avais pas paramétré mon questionnaire pour qu'il soit obligatoire de répondre à cette question. En revanche nous remarquons que par rapport à la question 18 bis de laquelle découle pourtant la question 18 ter, il y a eu 2 réponses supplémentaires. La réponse à cette question étant rédactionnelle, j'ai réalisé une synthèse des différentes réponses que j'ai pu recueillir. Concernant les adaptations spécifiques mises en place en raison des symptômes propres au SDPM, les réponses les plus fréquemment données sont les suivantes : tout d'abord en raison de la peur que peut inspirer la mise au sol, plusieurs ergothérapeutes déclarent amener la personne au sol progressivement en commençant par faire des exercices sur un plan bobath, un matelas, un tapis, afin d'amener progressivement le patient au sol. Certains rapportent également

utiliser des aides techniques afin de faciliter la réalisation de cet atelier. Le comportement du thérapeute est également important dans ce type de prise en charge, il est essentiel d'être dans la réassurance, de valoriser le patient, et d'instaurer une relation de confiance. Pour ce qui est des exercices, les ergothérapeutes déclarent qu'il faut être progressif et prendre le temps nécessaire, en réalisant les exercices en plusieurs étapes, et en utilisant des explications verbales et gestuelles.

Question 19) Pensez-vous que les bases que vous transmettez à ces patients leur permettent de s'adapter aux différentes situations que peut entraîner une chute ?

Sur la totalité de l'échantillon, 95.5%, estiment que les bases qu'ils transmettent à ces patients leur permettent de s'adapter aux différentes situations que peut entraîner une chute. (Annexe IV)

Question 20) Pensez-vous que dans la majorité des cas ces patients sont en mesure de mettre en pratique ces apprentissages s'ils sont confrontés à une chute ?

Sur la totalité des participants aux questionnaires, 77.3%, c'est-à-dire 17 personnes, considèrent que dans la majorité des cas les patients atteints de SDPM, seront en mesure de mettre en pratique les apprentissages qu'ils leur transmettent dans le cas où ils seraient confrontés à une chute. (Annexe IV)

Question 21) Selon vous l'atelier relevé du sol auprès de ces patients :

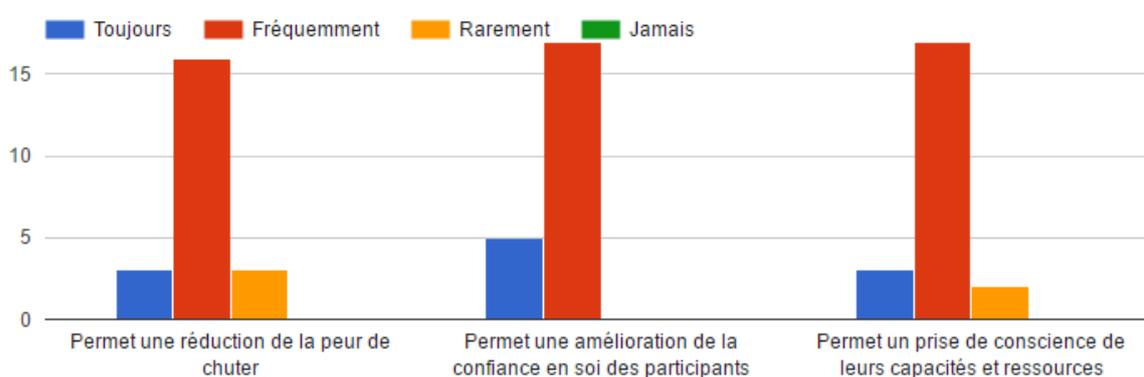


Figure N° 10 : Diagrammes des réponses à la question 21

Sur l'échantillon total, 72.7 %, c'est-à-dire 16 personnes, pensent que cet atelier permet fréquemment une réduction de la peur de chuter. 77.2%, pensent que cet atelier permet fréquemment une amélioration de la confiance en soi des participants, 22.7% pensent que cet atelier permet toujours l'amélioration de la confiance en soi pour ces patients. La

totalité de l'échantillon estime donc que cet atelier peut avoir un effet positif sur la confiance en soi des personnes qui y participent. Enfin, 77.2% pensent que cet atelier permet fréquemment une prise de conscience de leurs capacités et ressources.

Question 22) Selon vous durant cet atelier (2 réponses attendues) :

Cette question comportait 4 propositions de réponses, dans l'intitulé j'avais indiqué ne souhaiter que deux réponses. Un des ergothérapeutes qui a répondu à ce questionnaire, n'a pas respecté la consigne, et a coché 3 réponses, je ne prendrai donc pas sa réponse en compte dans mes résultats. A la question « selon vous durant cet atelier », sur les 21 participants qui ont choisi deux propositions, 85,7% ont répondu « Il est judicieux de prendre un temps (supervisé par le thérapeute) durant lequel le patient exprime ou expérimente comment il pourrait se relever du sol » et « le patient est acteur de son apprentissage ». 14,2 % ont répondu « Il est judicieux de prendre un temps (supervisé par le thérapeute) durant lequel le patient exprime ou expérimente comment il pourrait se relever du sol » et « Le patient reproduit seulement les techniques qui lui sont présentées ». (Annexe IV)

Question 23) Selon vous la connaissance des techniques à appliquer en cas de chute

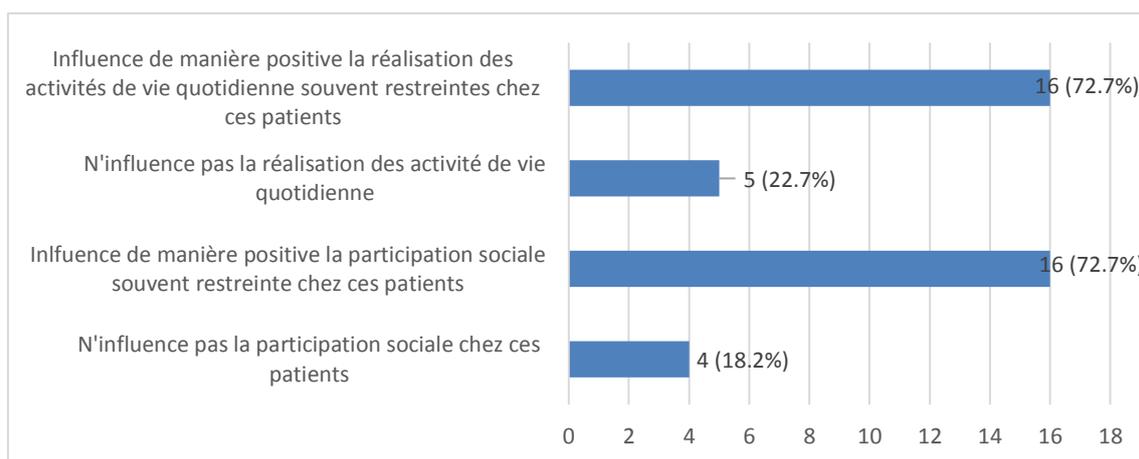


Figure 11 : Diagramme des réponses à la question 23

Sur la totalité des participants à ce questionnaire, 72.7% estiment que la connaissance des techniques à appliquer en cas de chute influence de manière positive la réalisation des activités de vie quotidienne et la participation sociale chez les patients atteints de SDPM.

Question 24) Selon vous la participation à cet atelier permet-elle d'améliorer l'indépendance de ces patients ?

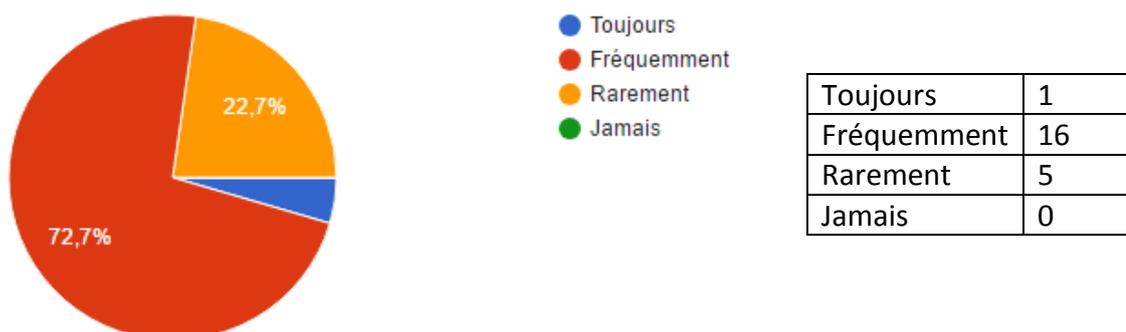


Figure 12 : Diagramme des réponses à la question 24

Sur la totalité de l'échantillon, 72,7%, pensent que la participation à cet atelier permet fréquemment d'améliorer l'indépendance des patients atteints de SDPM ou étant identifiés comme ayant des symptômes similaires au SDPM . (Annexe IV)

Question 25) En vous appuyant sur votre expérience pouvez-vous dire si ces patients trouvent un bénéfice à leur participation à cet atelier ?

Sur la totalité des participants, en se basant sur leur expérience professionnelle, 95.5% déclarent que ces patients trouvent toujours un bénéfice à leur participation à un atelier relevé du sol. (Annexe IV)

Question 26) Dans la majorité des cas proposez-vous l'atelier relevé du sol à ces patients lors de prise en charge :

Sur la totalité des participants à ce questionnaire, 54.5% proposent ce type de prise en charge en individuel et 45.5% en groupe. (Annexe IV)

6.3 Questions croisées

J'ai essayé de croiser les résultats de plusieurs questions, tel que ceux de la question 15 concernant le déroulement de l'atelier relevé du sol avec le lieu d'intervention des participants, mon but était alors de savoir si le contenu de l'atelier relevé du sol variait en fonction du lieu où il est proposé. Cependant les résultats obtenus à la suite de ces croisements n'ont pas été significatifs. J'ai alors essayé de croiser d'autres questions telles que le type d'objectifs mis en place, le nombre de séances mises en place toujours en fonction du lieu d'intervention ou encore la mise en place en collaboration selon la tranche

d'âge des participants, cependant les résultats n'étaient pas concluants et ne montraient pas une réelle différence dans la pratique des ergothérapeutes. Deux hypothèses peuvent alors être émises concernant ces résultats, soit l'échantillon sur lequel je me base est trop faible pour faire ressortir les différences entre les pratiques des ergothérapeutes, soit on peut également envisager que les différences de pratiques sont dépendantes de chaque ergothérapeutes et non de l'institution au sein de laquelle il intervient.

IV. Discussion

1. La population

Au sein de l'échantillon d'ergothérapeutes qui a répondu à mon questionnaire, 95.5 % sont des femmes. Il est possible d'expliquer ce résultat par le fait que l'ergothérapie est une profession majoritairement exercée par des femmes. En effet selon l'Association Nationale Françaises des Ergothérapeutes (ANFE), « *Au 1er janvier 2016, la France compte 10 417 ergothérapeutes, dont 87% de femmes* » (37). Sur la totalité de l'échantillon, plus de la moitié des ergothérapeutes ont entre 25 et 40 ans, 36.4 % a moins de 25 ans, et seulement 4.5% a plus 40 ans. Ces proportions correspondent avec les données rapportées par l'ANFE concernant l'évolution du nombre d'ergothérapeutes par tranche d'âge. (37), selon lesquelles, en 2016, les proportions des ergothérapeutes ayant entre 25 et 39 ans sont les plus importantes, tandis que celle des moins de 25 ans et des plus de 40 ans sont plus faibles. Parmi ces ergothérapeutes, 31.8 % sont diplômés depuis moins de 1 an, 31,8 % sont diplômés depuis 1 à 5 ans, et 36.4 % sont diplômés depuis plus de 5 ans. Ce ne sont pas des ergothérapeutes forcément expérimentés en gériatrie qui ont répondu à ce questionnaire, en effet 31.8 % ont moins d'un an d'expérience dans ce milieu, 31,8% ont entre 1 et 5 ans d'expérience dans ce milieu. Ces ergothérapeutes interviennent à 46 % dans un SSR, à 36% dans un EHPAD, et à 18% au sein de ces deux établissements. Enfin presque la moitié des participants prennent en charge des patients atteints de SDPM, ou identifiés comme ayant des symptômes y correspondant, 2 à 3 fois par semaine.

2. Rapprochement théorique

2.1 Lien avec le concept d'indépendance

Le concept d'indépendance, du point de vue biomédical, tel que N. Sève Ferrieu le définit, correspond à « *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* ».

Dans la majorité des cas (77.3%) les ergothérapeutes proposent l'atelier relevé du sol à des patients atteints de SDPM ou identifiés comme ayant des symptômes correspondants au SDPM (Q9), qui sont autonomes, c'est-à-dire qui ont « *la capacité à choisir et à gérer leur vie en toute conscience* ». Un peu plus de la moitié, 54.4%, à des personnes dépendantes, 45.5 % à des personnes indépendantes. On remarque donc que ce type d'atelier peut être proposé, dans différents cas, et non seulement à des personnes dépendantes.

Selon la majorité des ergothérapeutes interrogés, la participation à un atelier relevé du sol de ces patients, influence de manière positive la participation sociale et la réalisation des activités de la vie quotidienne souvent restreintes par ce syndrome. Comme le définit N.Sève Ferrieu, l'indépendance correspond au fait « *pour un individu à ne dépendre de personne pour effectuer les multiples tâches sollicitées par son quotidien et induites par l'environnement matériel* », il est alors possible de penser que dans la majorité des cas le fait de participer à un atelier relevé du sol pour ces patients permet d'améliorer leur indépendance au quotidien. Pour ce qui est de l'amélioration de la participation sociale, il est également possible de penser qu'elle est indirectement engendrée par l'amélioration de l'indépendance au quotidien. Ces résultats concordent avec la question 24, dans laquelle la même proportion d'ergothérapeutes, affirme que l'atelier relevé du sol permet fréquemment d'améliorer l'indépendance de ces patients.

2.2 Lien avec le MDH-PPH

Le MDH-PPH est un modèle conceptuel qui met en interaction les facteurs personnels, les habitudes de vie et les facteurs environnementaux de la personne. Les facteurs personnels y sont répartis en 3 groupes, les systèmes organiques, les aptitudes, et les facteurs identitaires. En ce qui concerne l'atelier relevé du sol, les principaux critères d'inclusions (Q8) cités par les ergothérapeutes reposent en majorité sur les aptitudes de la personne

définis dans le MDH-PPH. Ainsi, sur la totalité des participants, la majorité citent comme principal critère un antécédent de chute, et la peur de la chute, 59. 1% le risque de chute important.

De même les troubles spécifiques à la pathologie (Q18), selon un peu plus de la moitié des participants, influencent la mise en place d'un atelier relevé du sol. Ces troubles spécifiques correspondent selon eux (Q18 bis) aux déficiences suivantes, atteintes de la posture, plus particulièrement la rétropulsion, sidération des automatismes posturaux et atteintes neurologiques telle que l'hypertonie réactionnelle. Mais aussi aux aptitudes que l'on pourrait retrouver dans le MDH-PPH : peur de la chute, peur d'aller au sol, phobie de la verticalisation, ou encore démotivation. Ces troubles sont alors importants à prendre en compte lors de l'atelier relevé du sol, et des adaptations spécifiques peuvent être mises en place pour y remédier.

Dans le MDH-PPH les facteurs environnementaux sont répartis en 3 groupes : l'environnement sociétal, l'environnement personnel, et l'environnement communautaire de la personne. L'environnement personnel est divisé en facteurs physiques, et facteurs sociaux qui sont des facilitateurs ou des obstacles.

68.1% des ergothérapeutes interrogés, incluent toujours ou fréquemment, à l'atelier relevé du sol, une partie informative sur des notions de base en aménagement du domicile (Q15). Cela correspond à ce que j'avais pu évoquer dans la rédaction de ma problématique pratique. Ils prennent alors en compte les facteurs physiques de la personne. Cependant seulement 31.8 % des ergothérapeutes interrogés, incluent fréquemment l'aidant (Q17) ou un membre de la famille de la personne, à ce type d'atelier. Dans le MDH-PPH cela correspond à l'environnement social de la personne.

Comme je l'ai décrit auparavant, la personne âgée atteinte de SDPM nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Les différents professionnels de soins qui interviennent dans cette prise en charge, font partie des facteurs sociaux de la personne, et peuvent se révéler être des facilitateurs au sein de celui-ci. Un peu plus de la moitié des ergothérapeutes interrogés réalisent cet atelier en collaboration avec d'autres professionnels (Q11). Sur l'échantillon d'ergothérapeute qui déclare réaliser cet atelier avec d'autres professionnels, la moitié collabore (Q11 bis) avec les kinésithérapeutes, 26.7% avec les professeurs d'éducatifs physiques adaptés, le reste cite : les aides-soignants, les animateurs, ou encore le

psychologue. Lorsqu'ils collaborent avec d'autres professionnels, les ergothérapeutes ont un rôle spécifique (Q11 ter), qui peut être l'intervention dans l'apprentissage des techniques du relevé du sol, l'accompagnement basé sur la réassurance, un rôle de conseil en aménagement du domicile et en aide technique, un rôle dans l'inclusion des participants par l'évaluation des capacités, et dans la mise en place des objectifs de celui-ci. Les ergothérapeutes interrogés prennent donc en compte l'environnement personnel de la personne lors de l'atelier relevé du sol.

Une partie des ergothérapeutes ayant participé à cette étude, prend en compte la personne de manière bio-psycho-sociale, lors de la réalisation d'un atelier relevé du sol. Pour cela ils tiennent compte de ses facteurs personnels, ses facteurs environnementaux, et ses situations de handicap qu'ils essayent de réduire en luttant contre les incapacités de cette personne.

En effet, en plus des techniques du relevé du sol, la grande majorité déclare ajouter à l'atelier relevé du sol une partie sur des exercices d'équilibre, qui peut également être déficitaire chez les personnes âgées atteintes de SDPM. Ils prennent alors en compte les aptitudes du patient en général. De plus 72.7% des participants, estiment que cet atelier permet fréquemment une réduction de la peur de chuter chez ces patients, 77.2%, pensent que cet atelier permet très souvent une amélioration de la confiance en soi des participants. Cela montre que cet atelier peut avoir un effet positif sur les aptitudes comportementales déficitaires des personnes âgées atteintes de SDPM. (Q21) Enfin, (Q22), 72.7%, des ergothérapeutes estiment que cet atelier favorise la réalisation des activités de vie quotidienne, et leur participation sociale. L'atelier relevé du sol a donc un effet positif sur la réalisation des habitudes de vie de la personne âgée atteinte de SDPM.

2.3 Lien avec la théorie de l'apprentissage

2.3.1 Le behaviorisme

Le behaviorisme est une doctrine qui envisage l'apprentissage comme une modification du comportement.

Plus de la moitié des ergothérapeutes interrogés, affirment toujours ou fréquemment mettre en place des objectifs (Q13) spécifiques à chacun des patients, 46.6 % déclarent toujours mettre en place des objectifs communs à l'ensemble du groupe. De plus, 81.8% décomposent toujours les techniques d'apprentissage du relevé du sol en plusieurs étapes

(Q14). La plupart des ergothérapeutes utilise donc une pédagogie par objectif, qui est basée sur la décomposition d'un comportement complexe en plusieurs sous comportements. Cela leur permet de préparer leur prise en charge en amont, et d'adapter leur intervention en fonction des patients accueillis.

81.8% réalisent une démonstration de chacune des étapes (Q14) aux participants, technique que l'on peut rapprocher du modelage défini par la théorie behavioriste comme un mécanisme qui a pour but de favoriser l'apprentissage. De plus, un peu plus de la moitié des participants estiment que 3 séances en moyenne sont nécessaires à l'apprentissage du relevé du sol (Q16). On peut donc en déduire que les ergothérapeutes estiment que la répétition est utile à cet apprentissage, et sont donc en accord avec la théorie behavioriste.

De plus à la question Q 18 ter concernant les adaptations mises en place par les ergothérapeutes en raison de symptômes spécifiques aux SDPM, ils rapportent qu'il est important d'utiliser la valorisation auprès de ces patients, ce qui est une forme de renforcement positif, un des concepts de base du behaviorisme, qui vise à favoriser l'apparition d'un comportement. Enfin la notion qui revient régulièrement est le fait de procéder étape par étape, ce qui nous renvoie à la théorie par objectif. Enfin 77.3% des ergothérapeutes estiment que ces patients seront en mesure de mettre en pratique ces apprentissages s'ils sont confrontés à une chute (Q20), ce qui implique que cet atelier permet l'acquisition de nouveaux comportements, cela nous renvoie au postulat de base du behaviorisme. Ces questions prouvent donc que les ergothérapeutes utilisent des techniques d'apprentissage propres au courant behavioriste.

2.3.2) Le constructivisme

Le postulat de base du constructivisme correspond au fait que l'apprentissage est un processus de construction dont l'apprenant est l'acteur.

La quasi-totalité des participants estime que l'atelier relevé du sol permet au patient de s'adapter aux différentes situations que peut entraîner une chute (Q19). Cette notion avait également été mise en évidence dans mes recherches, et dans la rédaction de la problématique pratique par la suite. Selon la théorie constructiviste on appelle cela la capacité d'équilibration, c'est-à-dire le fait d'arriver à s'adapter à son environnement en utilisant l'assimilation et l'accommodation définies précédemment. Selon les

ergothérapeutes ce type d'atelier peut donc permettre à ces patients d'adapter leur comportement à la situation dans laquelle ils se trouvent.

Le constructivisme implique que l'apprenant soit acteur de son apprentissage. Plus de la moitié des ergothérapeutes, déclarent que les patients atteints de SDPM qui participent à cet atelier y sont plutôt favorables (Q10), contre 31.8 % qui déclarent que ces patients y sont plutôt réticents. Le fait d'être favorables à ce type d'atelier peut améliorer l'implication de ces patients, et ainsi faciliter le fait qu'ils soient acteurs de leur prise en charge. De plus, j'avais rédigé la question 22, de manière à ce que deux des propositions de réponses seulement ne correspondent à la théorie du constructivisme, et avait précisé que j'attendais deux réponses à cette question. Sur l'échantillon total 100 % des participants estiment, qu'il est judicieux de prendre un temps (supervisé par le thérapeute) durant lequel le patient exprime ou expérimente comment il pourrait se relever du sol, et a 90.9% que le patient est acteur de son apprentissage. La majorité de l'échantillon est donc en accord avec le postulat de base du constructivisme, selon lequel il est essentiel que la personne soit actrice de son apprentissage. Enfin, d'après 95.5% des ergothérapeutes, ces patients trouvent un bénéfice à leur participation à cet atelier (Q25), ce qui engendre une motivation intrinsèque à y participer de nouveau et à être acteur de leur apprentissage. Presque tous les ergothérapeutes interrogés sont donc en accord avec la théorie constructiviste, pour lesquels la personne est actrice de son apprentissage.

2.3.2 Le socioconstructivisme

Selon la théorie socioconstructiviste, c'est à travers les interactions sociales que l'apprentissage est possible, il n'existerait ainsi pas d'apprenant autonomes.

Plus des trois quart des ergothérapeutes interrogés réalisent toujours, ou fréquemment une partie informative sur les techniques permettant d'alerter les secours au cours de l'atelier relevé du sol auprès des personnes atteintes de SDPM. De plus 68.1% réalisent toujours ou fréquemment une partie informative sur les techniques permettant de rester au sol en sécurité (Q15). Dans ce cas-là les ergothérapeutes transmettent des connaissances précises, et des savoir-faire qui vont avoir une influence sur les patients, selon le socioconstructivisme, on appelle cela l'instrument psychologique. Dans ce type de transmission d'information, il est également possible de parler de conflit sociocognitif et

de relation dyssymétrique, en effet l'ergothérapeute apporte des informations qui sont dans la plupart des cas inconnus de la personne âgée atteinte de SDPM. Ainsi j'avais rédigé la question 12, de manière à ce que deux des propositions de réponses seulement correspondent à la théorie du socioconstructivisme, j'avais également précisé n'attendre que deux réponses à cette question. Sur l'échantillon total, il ressort finalement que 86.4%, des participants ont répondu en donnant les deux réponses attendues, et sont donc en accord avec le socioconstructivisme. Ils considèrent donc qu'une prise en charge en groupe peut favoriser les échanges d'expérience entre les participants, et peut influencer positivement l'apprentissage de ces patients (Q12). Cependant à la question 26, la moitié déclare réaliser cet atelier lors de prise en charge individuelle, l'autre lors de prise en charge en groupe.

Enfin plus de la moitié des ergothérapeutes réalisent un temps d'échanges sur les ressentis des participants. Ces interactions entre les participants entraînent des échanges d'avis différents et provoquent ainsi un conflit sociocognitif, qui favorise l'apprentissage des participants selon le socioconstructivisme.

Donc la majorité des cas les ergothérapeutes sont en accord avec les principes du socioconstructivisme et plus particulièrement avec le concept de zone proximale de développement, selon lequel, certaines actions sont réalisées par l'individu dans le cas d'interactions sociales, actions qu'il ne réaliserait pas s'il était seul.

3. Réponse à la question de recherche

Je vais maintenant synthétiser les résultats obtenus dans le but de répondre à ma question de recherche : **Comment l'ergothérapeute par l'apprentissage du relevé du sol, permet-il de favoriser l'indépendance de la personne âgée atteinte de SDPM ?**

Le SDPM est un syndrome qui entraîne des troubles moteurs, neurologiques, comportementaux et psychologiques. Dans la majorité des cas celui-ci est responsable d'une perte d'indépendance chez la personne âgée qui en est atteinte. Ce type de patient nécessite une prise en charge précoce et pluridisciplinaire au sein de laquelle l'ergothérapeute joue un rôle important. En raison du risque de chute et de la phobie de la chute que présentent fréquemment ces personnes, les ergothérapeutes sont amenés, en

collaboration avec d'autres professionnels ou seul, à réaliser un atelier relevé du sol auprès de ces patients. La majorité des ergothérapeutes, estiment que ce type d'atelier a un impact positif sur les symptômes propres à cette pathologie, tels que la peur de chuter, le manque de confiance en soi. Enfin, globalement l'ensemble des ergothérapeutes s'accordent sur le fait que ce type d'atelier favorise la réalisation des activités quotidiennes et permet l'amélioration de l'indépendance des patients atteints de SDPM. En outre, la quasi-totalité des participants semblent y percevoir un bénéfice.

Dans la pratique, les ergothérapeutes incluent plus fréquemment des personnes atteintes de SDPM, ayant un ou des antécédents de chute, une peur de la chute importante, et en majorité autonomes. On remarque alors que ces ergothérapeutes incluent aussi bien des personnes dépendantes qu'indépendantes. En ce qui concerne l'organisation propre de cet atelier, la grande majorité estime que la prise en charge en groupe influence de manière positive l'apprentissage de ces patients, en permettant des échanges d'expérience notamment. La quasi-totalité estime qu'il est essentiel que le patient soit acteur de son apprentissage. Concernant l'apprentissage, les ergothérapeutes utilisent des techniques et des méthodes identiques telles que la démonstration des mouvements à réaliser, et leur décomposition en plusieurs étapes.

Cependant une partie de leur pratique diffère légèrement, notamment en ce qui concerne le contenu de l'atelier lui-même, ce qu'ils associent à l'apprentissage du relevé du sol. En effet, l'importance d'apporter une partie sur l'aménagement du domicile, sur des exercices d'équilibre, ou encore comment alerter les secours, varie selon les ergothérapeutes interrogés. Tout comme la mise en place des objectifs communs ou spécifiques, l'inclusion des aidants, l'adaptation de l'atelier aux symptômes propres au SDPM, qui n'est pas réalisé par tous les ergothérapeutes.

Les ergothérapeutes sont donc en accord sur l'efficacité et l'intérêt de l'atelier relevé du sol auprès des personnes âgées atteintes de SDPM. Ils utilisent également les mêmes techniques concernant les mouvements à apprendre pour se relever du sol. Cependant, les pratiques des ergothérapeutes diffèrent dans l'organisation et le contenu de l'atelier.

4. Analyse réflexive

4.1 Critique et limites de mon étude

La collecte de mes réponses, l'analyse de mes résultats, et la rédaction de la réponse à ma question de recherche a mis en évidence certains biais propres à mon étude.

Tout d'abord, afin de réaliser mon enquête j'ai choisi d'utiliser la méthode différentielle, j'ai donc créé un questionnaire dans le but de connaître les pratiques propres aux ergothérapeutes. J'ai pu m'appuyer sur 22 réponses venant d'ergothérapeutes. Cet échantillon est trop faible pour que je puisse généraliser les résultats obtenus à la totalité des ergothérapeutes qui interviennent en EHPAD et en SSR, et représente donc un biais dont il est important de tenir compte afin de nuancer mes propos.

De plus la formulation de l'une de mes questions d'inclusion au questionnaire peut être envisagée comme un biais. En effet j'ai choisi d'ouvrir ce questionnaire aux ergothérapeutes qui prennent en charge des personnes âgées atteintes de Syndrome de Désadaptation Psychomotrice (SDPM) ou identifiées comme ayant des symptômes correspondants au SDPM. J'ai choisi cette formulation du fait que le SDPM est un symptôme récemment reconnu, et dont le diagnostic n'est pas toujours clairement posé. Cela dans le but d'éviter d'obtenir un nombre de réponses trop faible. Cependant cette formulation rend mon échantillon et mon étude moins précise.

La formulation de la question 11 bis « si c'est en collaboration, avec quel ou quels professionnel ?, qui fait suite à la question 11 « proposez-vous cet atelier ; seul ou en collaboration ? » représente également un biais. En effet j'ai obtenu plus de réponses à la question 11 bis qu'à la 11 alors qu'une réponse à la question 11 bis découle normalement d'une réponse à la question 11. Je pense que cela est dû à une incompréhension partielle de cette question. J'aurais donc pu la reformuler ainsi : « si vous réalisez cet atelier en collaboration, avec quel professionnels le faites-vous ? ».

J'avais réalisé des questions (13 et 23) avec 4 propositions, parmi lesquelles 2 seulement correspondaient à un de mes concepts. J'avais également précisé n'attendre que 2 réponses à cette question. Seulement certains ergothérapeutes n'ont pas respecté la consigne et ont répondu par 1 ou 3 réponses. Etant donné que je n'ai pas pris en compte leur réponse à cette question, j'aurais dû en faire de même pour l'ensemble de leur

questionnaire. Cependant j'ai choisi de ne pas le faire, en raison du faible nombre de réponses obtenues.

Selon les retours que j'ai pu avoir, je pense également que tous les ergothérapeutes ne se sont pas retrouvés dans l'appellation « atelier relevé du sol ». En effet il est possible de donner différents noms à ce type de prise en charge, il arrive par exemple qu'il soit appelé groupe relevé du sol ou animation relevé du sol, notamment en EHPAD. Il est possible que cette formulation ait poussé certains ergothérapeutes à ne pas répondre à ce questionnaire.

Enfin, les résultats de la question 26 ne semblent pas être en adéquation avec les autres résultats. En effet, la moitié des participants expliquent réaliser l'atelier relevé du sol, lors de prise en charge individuelle, cependant un atelier se déroule habituellement en groupe. On peut alors envisager, qu'il arrive régulièrement, que certains patients habituellement inclus dans ce groupe, ne puissent pas y participer, ou encore qu'après une première participation à cet atelier l'ergothérapeute prenne conscience qu'une prise en charge en groupe n'est peut-être pas adaptée à une personne, pour qui le contenu de l'atelier est tout de même utile.

4.2 Apports personnels

La rédaction de ce travail d'initiation à la démarche de recherche, m'a permis d'expérimenter une méthode de travail méconnue. Cela m'a également appris à rechercher des données scientifiques, et probantes, provenant de supports différents, ce qui me sera précieux au quotidien dans ma pratique professionnelle. J'ai aussi pu améliorer mes capacités de rédaction et de synthétisation qui elles aussi me seront utiles par la suite. Cela m'a donné la possibilité d'approfondir mes connaissances en matière de théorie, et de prendre conscience qu'il est nécessaire de les utiliser afin de donner une validité scientifique à mon travail. Enfin j'ai également gagné en méthodologie, et ai appris à mieux appréhender une masse de travail importante en m'organisant, de manière à travailler régulièrement.

Cela m'a également permis d'approfondir mes connaissances et d'en acquérir des nouvelles concernant le SDPM et sa prise en charge. J'ai pu mieux appréhender et comprendre comment se déroule un atelier relevé du sol en ergothérapie. J'ai trouvé très

enrichissant de pouvoir échanger à ce sujet avec des professionnels. Ce sont autant de ressources qui me seront précieuses dans mon futur exercice professionnel. Enfin, cette réflexion a conforté mon envie de travailler dans le milieu gériatrique à l'avenir.

4.3 Apports professionnels

Ce travail d'initiation à la démarche de recherche, a mis en évidence que l'atelier relevé du sol est un moyen utilisé en ergothérapie, afin d'améliorer l'indépendance des personnes âgées atteintes de SDPM. De plus, les résultats ont montrés que celui-ci engendre aussi une amélioration des symptômes propres au SDPM. Il a également permis de faire un état des lieux, à petite échelle et pour une pathologie bien précise, des pratiques des ergothérapeutes en ce qui concerne la mise en place de cet atelier. Cela a mis en évidence que des variables existent cependant dans le contenu de cet atelier.

Ce travail peut représenter une aide, un apport en ce qui concerne la pratique de l'atelier relevé du sol auprès des personnes atteintes de SDPM pour les ergothérapeutes qui interviennent auprès de cette population. Plus largement, il peut également représenter une source d'information, pour les ergothérapeutes exerçant auprès des personnes âgées en général, chez qui le risque de chute et la chute restent des problématiques majeures.

4.4 Perspective de travail ultérieur

Tout d'abord, étant donné que les résultats de ce travail ne peuvent pas être envisagés comme significatifs, en raison de la petite taille de l'échantillon sur lequel il est basé, il serait intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle. En effet cela pourrait peut-être favoriser l'obtention des résultats significatifs à partir du croisement de certaines questions, ce qui n'a pas été possible dans cette étude. Cela permettrait d'analyser plus précisément les pratiques des ergothérapeutes. En effet il me semble réellement intéressant de pouvoir déterminer, qu'elles sont les différences apporté à cet atelier selon le lieu où il est proposé.

Il me paraîtrait également intéressant de demander aux ergothérapeutes interrogés si ceux-ci se basent sur un document en particulier, de recommandation bonne pratique, ou tout autre, afin de créer leur atelier relevé du sol. En effet, j'ai pu constater, durant les recherches concernant ma partie problématique pratique, que l'apprentissage des

techniques du relevé du sol était recommandé par l'HAS, mais je n'ai pas trouvé de document rapportant la manière de le mettre en place.

Encore une fois, une étude à plus grande échelle permettrait de mettre en évidence de manière significative les pratiques des ergothérapeutes. Il pourrait alors être envisageable, après un temps d'analyse et de réflexion autour de ce sujet, voire après une seconde étude, d'en tirer les bonnes pratiques concernant l'atelier relevé du sol, et ainsi pouvoir créer un document sur lequel se référer lors de la création d'un atelier relevé du sol.

Enfin, la prévention des chutes représente aujourd'hui un enjeu majeur, en institution, autant qu'au domicile. C'est pourquoi il me paraît pertinent de continuer les recherches sur le thème de l'atelier relevé du sol, qui peut venir s'inscrire dans les mesures générales de prévention de la chute chez la personne âgée.

Conclusion

Le SDPM un syndrome qui entraîne des troubles moteurs, neurologiques, comportementaux et psychologiques. Son apparition est souvent provoquée par un élément déclencheur tel que la chute, un temps d'alitement important, ou encore en raison de la médication, venant s'ajouter à une fragilité déjà présente chez la personne. Ce syndrome engendre notamment un risque de chute important, une phobie de la chute, et est progressivement vecteur de dépendance dans toutes les activités de vie quotidienne.

Les patients atteints de SDPM, nécessitent une prise en charge précoce et pluridisciplinaire, au sein de laquelle l'ergothérapeute, a une place importante. Celui-ci peut d'ailleurs être amené à proposer à ce type de patient un atelier relevé du sol, permettant l'apprentissage des techniques à mettre en place lors d'une chute.

L'objectif de ce travail d'initiation à la démarche de recherche était donc de savoir comment l'ergothérapeute, par l'apprentissage du relevé du sol, permet de favoriser l'indépendance de la personne âgée atteinte de SDPM.

Pour répondre à cette question, j'ai choisi d'utiliser une méthode quantitative, permettant de connaître les différences de pratique au sein de groupe. Pour cela j'ai construit un questionnaire basé sur des concepts théoriques et un modèle conceptuel.

Il ressort de l'analyse de ces résultats, que l'atelier relevé est un moyen efficace de favoriser l'indépendance de la personne âgée atteintes de SDPM, et que celui-ci a également un impact positif sur certains symptômes propres au SDPM. Il a également été mis en évidence que même si la plupart des ergothérapeutes sont en accord sur des principes de base tel que l'importance que le patient soit acteur de son apprentissage, le fait que la prise en charge en groupe a un effet bénéfique sur l'apprentissage des patients ou encore sur les techniques d'apprentissages des mouvements propres au relevé du sol, varie d'un ergothérapeute à un autre.

Ce travail m'a permis de faire un premier état des lieux des techniques que les ergothérapeutes utilisent dans la mise en place d'un atelier relevé du sol auprès des personnes âgées atteintes de SDPM, et peut représenter le point de départ d'une nouvelle étude, à plus grande échelle.

Bibliographie

- 1 Manckoundia P, Ntari Soungui E, Tavernier Vidal B, Mourey F. Syndrome de Désadaptation Psychomotrice . Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2014 ;12 : 94-100
- 2 Institut national de la statistique et des études économiques (Page consultée le 24 août 2016), Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2017, en France. [En ligne] Disponible sur l'URL : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm
- 3 Estes C : Healthcare policy in the later twentieth century. Generation 12(3) : 44, 1998
- 4 Health plexus (Page consultée le 22 août 2016), Maladie chronique et vieillissement : un défis global. [En ligne] Disponible sur l'URL : <https://www.healthplexus.net/article/maladie-chronique-et-vieillissement-un-d%C3%A9fi-global>
- 5 Institut national de statistique et des études économiques (Page consultée le 24 août) Personnes âgées dépendantes. [En ligne] Disponible sur l'URL http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096
- 6 Stanley M, Gauntlett Beare P, Soins infirmiers en gériatrie, vieillissement normal et pathologique. De Boeck, Bruxelles, 2005.
- 7 Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. (Page consultée le 21 août 2016), Plan National « Bien vieillir ». [En ligne] Disponible sur l'URL : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
- 8 Trouvé E. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques. Solal. Marseille.2009
- 9 Haute autorité de santé (Page consultée le 30 août 2016) Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. [En ligne] Disponible sur l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees

- 10 Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée, *Geriatr Psychol Neuropsychiatr* . 2015 ; 15 : 188-190
- 11 Bauchet O, Annweiler C. Que faire face à une personne âgée qui fait des chutes répétées ? Les nouvelles recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé. *Ann Gerontol* vol 2, 2009 ; 2(4) : 213-218
- 12 Société française de documentation et de recherche en médecine générale (Page consultée le 2 septembre 2016). Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. [En ligne] Disponible sur l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
- 13 Manckoundia P, Mourey F, Tavernier Vidal B, Pfitzenmeyer P, Syndrome de désadaptation psychomotrice. *La revue de médecine interne* n° 28. 2007 : 79-85
- 14 Mourey F, Manckoundia P, Martin- Avreux I, Tavernier Vidal B, Pfitzenmeyer P. Psychomotor disadaptation syndrome, a new clinical entity in geriatric patients. *Geriatrics*, 2004 ; 59(5) : 20-24
- 15 Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ?. *Rev Prat*. 1984 ; 34 :888-892
- 16 Nkodo Mekongo Y-P, De Breucker S, Delvaux N, Pepersack T. La peur de chuter et le "syndrome post-chute" de la personne âgée. *Rev Med Brux*. 2007 ; 28 : 27-31
- 17 Lepage S, Gillain S, Petermans J. Le syndrome de désadaptation psychomotrice : une entité clinique encore méconnue. *Rev Med Liège*. 2012 ; 67 :2 :75-80
- 18 Association Nationale Française des Ergothérapeutes (Page consultée le 13 septembre 2016) La profession. [En ligne] Disponible sur l'URL : <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- 19 Légifrance (Page consultée le 9 septembre 2016) Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. [En ligne] Disponible sur l'URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>

- 20 Mourey F, Camus A, D'Athis P, Blanchon M-A, Martin-Hunyadi C, De Rekeneire N et al. Mini motor test : a clinical test for rehabilitation of patients showing psychomotor disadapatation syndrom (PDS), *Archive of Gerontology and Geriatrics* 40, 2005 : 201-211
- 21 Pfitzenmeyer P, Mourey F, Mischis-Troussard C, Bonneval P, Rehabilitation of serious postural insufficiency after falling in very elderly subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics* n°33. 2001 : 211-218
- 22 Haute autorité de santé, (page consultée le 23/01/2017) Recommandations pour la pratique clinique. [En ligne] Disponible sur l'URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations.pdf>
- 23 Haute autorité de santé, [page consultée le 26 août 2016], Education thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- 24 Bauchet O, Annweiler C. Que faire face à une personne âgée qui fait des chutes répétées ? Les nouvelles recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé. *Ann Gerontol* vol 2, 2009 ; 2(4) : 213-218
- 25 Pariel S, Boissières A, Delamare D, Belmin J. L'éducation thérapeutique en gériatrie : quelles spécificités ?. *La presse médicale* tome 42 n° 2. 2013 : 42 : 217-223
- 26 Passeron A, Perreira Rocha E, Dammane I, Capron L. Apprentissage de la technique pour se relever du sol chez des patients âgés hospitalisés. *Etude prospective en médecine interne. Presse Med.* 2005 : 34 ;1623-1628
- 27 Schoenenburg S, Corteel C, Pardessus V, Puisieux F. L'atelier de relever du sol : une action préventive visant à lutter contre les complications des chutes chez le sujet âgé. *Journal de réadaptation médicale.* 2015 : 227-23

- 28 Sève Ferrieu N. Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. 2008
- 29 Morel Brack M.C. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. De boeck solal. 2009
- 30 Réseau international sur le processus de production du handicap (Page consultée le 30 janvier 2017) Le MDH-PPH. [En ligne] Disponible sur l'URL : <http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/mdh-pph>
- 31 Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, Côté J, Saint Michel G. Classification québécoise : Processus de production du handicap. Réseau international sur le processus de production du handicap. 1998
- 32 Barnier G. Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement. Aix-Marseille
- 33 Centre national de ressources textuelles et lexicales (Page consultée le 2 février 2017) Behaviorisme. [En ligne] Disponible sur l'URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/behaviorisme>
- 34 Bourgeois E. *Apprendre et faire apprendre*, Presses Universitaires de France. 2011 p. 23-39.
- 35 Piaget J. Biologie et connaissance, Gallimard, 1973, p 23
- 36 BRONCKART, J-P, SCHURMANS, M-N. Pierre Bourdieu - Jean Piaget. *Le travail sociologique de Pierre Bourdieu; dettes et critiques*. Paris : La Découverte, 1999. p. 153-17
- 37 Association Nationale Française des Ergothérapeutes (Page consultée le 13 mai 2017) Démographie. [En ligne] Disponible sur l'URL : <http://www.anfe.fr/demographie>

Annexes

Annexe I : Test moteur minimum

Annexe II : Matrices théoriques

Annexe III : Questionnaire

Annexe IV : Résultats

Annexe I : Test moteur minimum

HÔPITAL GERIATRIQUE ANTOINE CHARIAL

Etiquette

REED :

DATE :

TEST MOTEUR MINIMUM

Directive de cotation : OUI = 1 NON = 0

	OUI	NON
DECUBITUS		
Peut se tourner sur le côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut s'asseoir au bord de la table d'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSITION ASSISE		
Absence de rétroimpulsion du tronc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut incliner le tronc en avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut se lever du fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSITION DEBOUT		
Possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans aide humaine ou matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Station bipodale yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Station unipodale avec appui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de rétroprojection du centre de gravité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réactions d'adaptation posturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réactions parachutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres supérieurs avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres inférieurs avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres inférieurs arrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARCHE		
Possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans aide humaine ou matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déroulement du pied au sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de flexum du genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de rétroprojection du centre de gravité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demi-tour harmonieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL		
	—	—
	Score / 20 :	
A chuté au cours des 6 mois précédents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut se lever du sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

malade très dépendant : score < 2
malade présentant des signes sévères de régression psychomotrice : 10 < score < 16
malade ayant un bagage psychomoteur préservé : 16 < score < 20

Annexe II : Matrices théoriques

Concepts	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
PPH MDH 2 Patrick Fougeyrollas 2010	Facteurs personnels	Facteurs identitaires (Facilitateurs/ obstacles)		
		Systèmes organiques (Intégrités/déficiences)	- Atteintes de la marche - Atteintes de la posture - Atteintes neurologiques	Q 8
		Aptitudes (Capacités/incapacités)	Versant moteur : -Verticalisation - Equilibre debout et assis - Réflexes posturaux - Altération de la marche - Risque de chute important	Q18 Q 18 bis, Q 18 ter Q 22

			<p>Versant comportemental :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation - Initiative - Intérêt - Estime de soi - Peur de la chute <p>Versant des conduites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sociabilité - Sédentarité 	
	Facteurs environnementaux	<p>Environnement sociétal (MACRO)</p> <p>(Facilitateurs/obstacles)</p>		
		<p>Environnement personnel (MICRO)</p> <p>(Facilitateurs/obstacles)</p>	<p>Facteurs physiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aménagement du domicile <p>Facteurs sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien familial, - Entourage, relation amicale 	<p>Q</p> <p>15</p>

			- Professionnels de soin	Q 11, 11 bis, 11 ter Q17
		Environnement communautaire (MESO) (Facilitateur/obstacle)	Commerce de proximité, transport, soignants	
	Habitudes de vie	Rôles sociaux (Situations de handicap/situations de participation sociale)	- Participation sociale - Relation affective	Q 23
		Activités courantes (Situations de handicap/ situations de participation sociale)	- Réalisation des activités de vie quotidienne - Déplacements intérieurs et extérieurs - Réalisation des loisirs	Q 23

Indépendance N. Sève Ferrieu	Biomédicale	Capacité à faire par soi même	- Capacité à réaliser seul les activités de vie quotidienne	Q 23 Q 9 Q 24
		Nécessité d'une adaptation pour faire soi même	- Utilisation d'une aide technique pour réaliser les actes de la vie quotidienne	
Dépendance N. Sève Ferrieu	Biomédicale	Incapacité à faire par soi même	- Nécessité d'une aide humaine pour réaliser les activités de vie quotidienne	Q 9
	Sociale : interdépendance	Entourage familial	- Implication de l'entourage à la prise en charge, participation à l'atelier relevé du sol	Q17
		Le thérapeute	L'ergothérapeute propose l'apprentissage du relevé du sol aux patients	, Q11

		Les autres professionnels de santé qui participent à la prise en charge	L'ergothérapeute propose l'atelier relevé du sol en collaboration avec d'autres professionnels de santé	Q 11, 11 bis 11 ter,
Autonomie N. Sève Ferrieu	Conscience de soi	Capacité à faire ses propres choix	-La personne est capable de faire ses propres choix en ce qui concerne son quotidien	Q9
	Capacité de penser			
	Responsabilité	Capacité de jugement	- La personne est capable de faire preuve de jugement	
	Connaissance des lois qui régissent la société			
Le béhaviorisme J. Watson E. Thorndike I. Pavlov	Le conditionnement	Apprentissage de nouveaux comportements	La personne apprend de nouveaux comportements	Q20
	Le renforcement	Utilisation du renforcement par l'ergothérapeute	- Valorisation de la personne par l'ergothérapeute	18 ter

	La pédagogie par objectif	<p>Décomposition des comportements à adopter en plusieurs sous comportements/étapes</p> <p>Utilisation d'objectifs principaux et d'objectifs intermédiaires</p> <p>Utilisation du modelage</p>	<p>L'ergothérapeute décompose l'apprentissage du relevé du sol en plusieurs étapes</p> <p>L'ergothérapeute détermine des objectifs pour son atelier</p> <p>L'ergothérapeute fait une démonstration des techniques de relevé du sol qu'il propose</p>	Q 13 Q 14
	Entrainement	Répétition de l'exercice	L'atelier relevé du sol est réalisé à plusieurs reprises	Q 16
	Modification du comportement	La personne a acquis de nouveaux comportements et est capable de les mettre en place	Acquisition de nouveaux comportement et transfert dans les activités de vie quotidienne	Q 20

<p>Le constructivisme</p> <p>J. Piaget</p>	<p>Schémes</p>	<p>Compétences cognitives qui, dans une action, est transposable, généralisable ou différenciable d'une situation à la suivante</p>		
	<p>Rééquilibration</p>	<p>Adaptation à l'environnement à l'aide de l'assimilation et l'accommodation</p>	<p>- Le participant sait s'adapter, et adapter son comportement à la situation dans laquelle il se trouve</p>	<p>Q 19</p>
	<p>Pédagogie active</p>	<p>Motivation intrinsèque de la personne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients sont réticents à cet atelier - Les patients sont favorables à a cet atelier - Les patients voient un intérêt à ces apprentissages - Les patients sont acteurs de leur apprentissage 	<p>Q 22 Q 10 Q25</p>

<p>Le socioconstructivisme</p> <p>L. VYGOSTKI</p>	<p>L'instrument psychologique</p>	<p>Transmission de connaissances et de savoir-faire qui vont avoir une influence sur la personne qui les reçoit</p>	<p>L'ergothérapeute transmet des connaissances précises sur les techniques de relevé du sol, ou dans le cas où cela est impossible, à rester au sol en sécurité.</p>	<p>Q 15</p>
	<p>La zone proximale de développement</p>	<p>Actions réalisées par l'individu dans le cas spécifique d'interactions sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de l'atelier relevé du sol auprès d'un groupe - Il y a des échanges entre les participants 	<p>Q26 Q12</p>
	<p>Conflits sociaux cognitifs</p>	<p>Relation dyssymétrique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a une différence de niveau, de connaissance, entre le formateur et le formé - Les participants à l'atelier ont des points de vue différents 	<p>Q 15</p> <p>Q26</p>

Annexe III : Questionnaire

Ce questionnaire est destiné à des ergothérapeutes ayant déjà pris en charge des personnes âgées atteintes de Syndrome de Désadaptation Psychomotrice (SDPM) ou identifiées comme ayant des symptômes correspondant au SDPM.

Veuillez répondre le plus sincèrement possible aux questions en respectant les consignes.

1) Etes-vous un homme ou une femme ?

- Femme
- Homme

2) Quel âge avez-vous ?

- Moins de 25 ans
- Entre 25 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Plus de 50 ans

3) Depuis quand êtes-vous diplômé(e)?

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

4) Qu'elle est votre expérience en milieu gériatrique ?

- Moins de 1 an
- Entre 2 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

5) Dans quel type de structure travaillez-vous ?

- Soins de suite et de réadaptation
- Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

6) Prenez-vous en charge sur votre lieu d'exercice des personnes atteintes de Syndrome de Désadaptation Psychomotrice (SDPM) ou identifiées comme ayant des symptômes correspondant au SDPM ?

- Oui
- Non

6 bis) Si oui à quelle fréquence ?

- Moins d'une fois par semaine
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par mois
- 1 fois par mois
- 2 ou 3 fois par an

7) Avez-vous déjà proposé ou proposez-vous actuellement un atelier relevé du sol à ce type de patients ?

- Oui
- Non

8) Quels sont les caractéristiques principales d'inclusion au sein d'un atelier relevé du sol pour ces patients ?

- Peur de la verticalisation
- Peur de la chute
- Troubles de la marche
- Troubles de l'équilibre
- Risques de chutes importants
- Antécédents de chute
- Troubles cognitifs

9) Les patients atteints de SDPM, ou identifiés comme ayant des symptômes correspondants au SDPM, auxquels vous proposez cet atelier sont plutôt :

- Dépendants
- Indépendants
- Autonome
- Non autonome

10) Les patients atteints de SDPM ou identifiés comme ayant des symptômes correspondants au SDPM, auxquels vous proposez cet atelier sont en général :

- Très favorables à la réalisation de cet atelier
- Plutôt favorables à la réalisation de cet atelier
- Plutôt réticents à la réalisation de cet atelier
- Très réticents à la réalisation de cet atelier

11) Proposez-vous cet atelier relevé du sol ?

- Seul
- En collaboration avec d'autres professionnels
-

11 bis) Si oui le ou lesquels ?

- Kinésithérapeute
- Psychomotricien
- Professeur d'éducation physique adaptée
- Psychologue
- Infirmière
- Autres

11 ter) Dans le cas où vous avez répondu oui à la question 11 : Quel rôle jouez-vous en tant qu'ergothérapeute dans la réalisation de l'atelier ?

(3 lignes max)

12) Pensez-vous qu'une prise en charge en groupe :

- Peut favoriser les échanges d'expériences entre les participants
- N'est pas forcément préférable à un atelier individuel
- A peu d'impact sur l'efficacité de l'atelier
- Peut influencer positivement les apprentissages des participants

13) Programmez-vous pour chacun de ces ateliers des objectifs :

	Toujours	Fréquemment	Rarement	Jamais
Spécifiques à chacun des patients				
Commun à l'ensemble du groupe				

14) Lors de ces ateliers relevé du sol :

	Toujours	Fréquemment	Rarement	Jamais
Décomposez-vous les techniques d'apprentissages en plusieurs étapes				
Faites-vous une démonstration de chacune des étapes aux participants				
Adaptez-vous chaque étape en fonction des difficultés propres aux participants				

15) En ce qui concerne le déroulement de l'atelier relevé du sol auprès de ces patients, en plus des techniques de relevé du sol, incluez-vous :

Question	Toujours	Fréquemment	Rarement	Jamais
Une partie informative sur des notions d'aménagement du domicile de base				
Une partie informative sur les techniques permettant de rester au sol en sécurité				
Une partie informative sur les techniques permettant d'alerter les secours				
Une partie pratique sur des exercices d'équilibre				
Un temps d'échange sur les ressentis de la personne				

16) Selon vous combien de séance en moyenne sont nécessaires à l'apprentissage de technique de relevé du sol pour ces patients ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Plus de 5

17) Vous arrive-t-il d'inclure l'aidant ou l'entourage des patients lors d'une ou plusieurs séances de l'atelier relevé du sol auprès de ces patients?

- Toujours
- Fréquemment
- Rarement
- Jamais

18) Les troubles spécifiques au SDPM influencent-t-ils la mise en place d'un atelier relevé du sol selon vous ?

- Oui
- Non

18 bis) Si oui, Quels sont ces troubles ?

18 ter) Quels sont les adaptations spécifiques que vous mettez en place ?

(3 lignes)

19) Pensez-vous que les bases que vous transmettez à ces patients leurs permettent de s'adapter aux différentes situations que peuvent entraîner une chute ?

- Toujours
- Fréquemment
- Rarement
- Jamais

20) Pensez-vous que dans la majorité des cas ces patients sont en mesure de mettre en pratique ces apprentissages s'ils sont confrontés à une chute ?

- Oui
- Non

21) Selon vous l'atelier relevé du sol :

	Toujours	Fréquemment	Rarement	Jamais
Permet une réduction de la peur de chuter				
Permet une amélioration de la confiance en soi des participants				

Permet une prise de conscience de ses capacités et ressources				
---	--	--	--	--

22) Selon vous durant l'atelier :

- Il est judicieux de prendre un temps (supervisé par le thérapeute) durant lequel le patient exprime/expérimente comment il pourrait se relever du sol seul
- Le patient reproduit seulement les techniques de base qui lui sont présentées
- Le patient est acteur de son apprentissage
- L'avis du patient sur les techniques présentées par le thérapeute n'est pas systématiquement recueilli

23) Selon vous la connaissance des techniques à appliquer en cas de chute :

- Influence de manière positive la participation sociale souvent restreinte chez ces patients
- N'influence pas la participation sociale de ces patients
- Influence de manière positive la réalisation des activités de vie quotidienne souvent restreinte chez ces patients
- N'influence pas la réalisation des activités de vie quotidienne de ces patients

24) Selon vous la participation à ces ateliers permet-elle d'améliorer l'indépendance de ces patients ?

- Toujours
- Fréquemment
- Rarement
- Jamais

25) En vous appuyant sur votre expérience, pouvez-vous dire si ces patients trouvent un bénéfice à leur participation à cet atelier ?

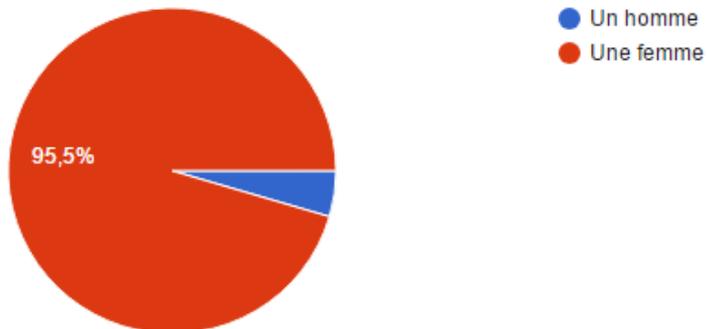
- Toujours
- Fréquemment
- Rarement
- Jamais

26) Dans la majorité des cas proposez-vous l'atelier relevé du sol à ces patients lors de prise en charge :

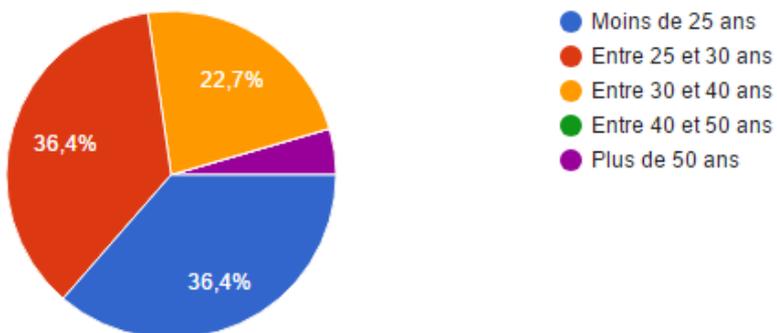
- En individuel
- En groupe

Annexe IV : Résultats

Question 1) Etes-vous un homme ou une femme ?

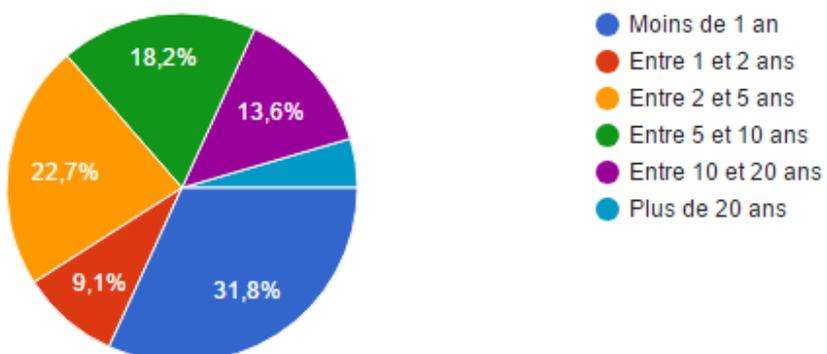


Question 2) Quel âge avez-vous ?



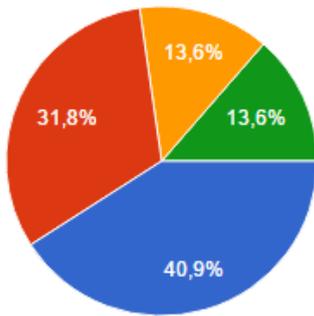
Moins de 25 ans	8
Entre 25 et 30 ans	8
Entre 30 et 40 ans	5
Entre 40 et 50 ans	0
Plus de 50 ans	1

Question 3) Depuis quand êtes-vous diplômé ?



Moins de 1 an	7
Entre 1 et 2 ans	2
Entre 2 et 5 ans	5
Entre 5 et 10 ans	4
Entre 10 et 20 ans	3
Plus de 20 ans	1

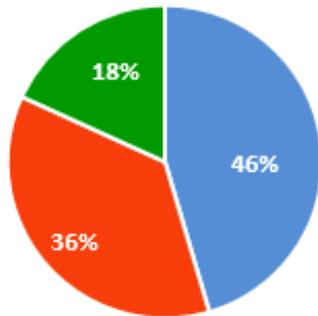
Question 4) Qu'elle est votre expérience en milieu gériatrique ?



- Moins de 1 an
- Entre 2 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

Moins de 1 an	9
Entre 2 et 5 ans	7
Entre 5 et 10 ans	3
Plus de 10 ans	3

Question 5) Dans quel type de structure travaillez-vous ?



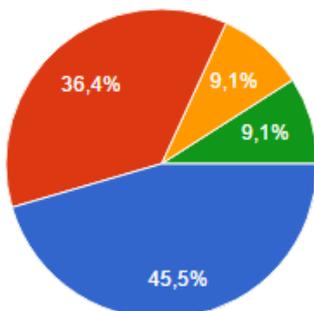
- SSR
- EHPAD
- SSR et EHPAD

SSR	10
EHPAD	8
SSR et EHPAD	4

Question 6) Prenez-vous en charge des personnes âgées atteintes de Syndrome de Désadaptation Psychomotrice (SDPM) ou identifiées comme ayant des symptômes correspondants au SDPM ? (Si vous répondez négativement à cette question il n'est pas utile de poursuivre le remplissage du questionnaire)

La question numéro 6 est une question d'inclusion à mon questionnaire, si on y répond « non », il n'est pas possible de continuer à remplir le questionnaire en conséquence, la totalité de l'échantillon, c'est-à-dire 100% des participants ont répondu « oui ».

Question 6 bis) Si oui à quelle fréquence ?



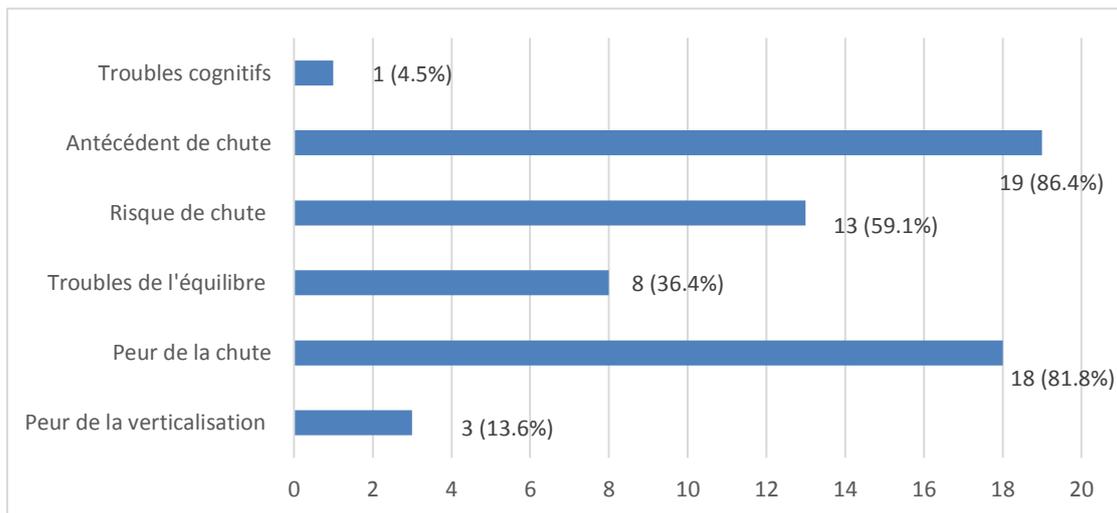
- 2 à 3 fois par semaine
- Une fois par semaine
- Moins d'une fois par semaine
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par an

2 à 3 fois par semaine	10
1 fois par semaine	8
Moins d'1 fois par semaine	2
Une fois par mois	2
2 à 3 fois par ans	0

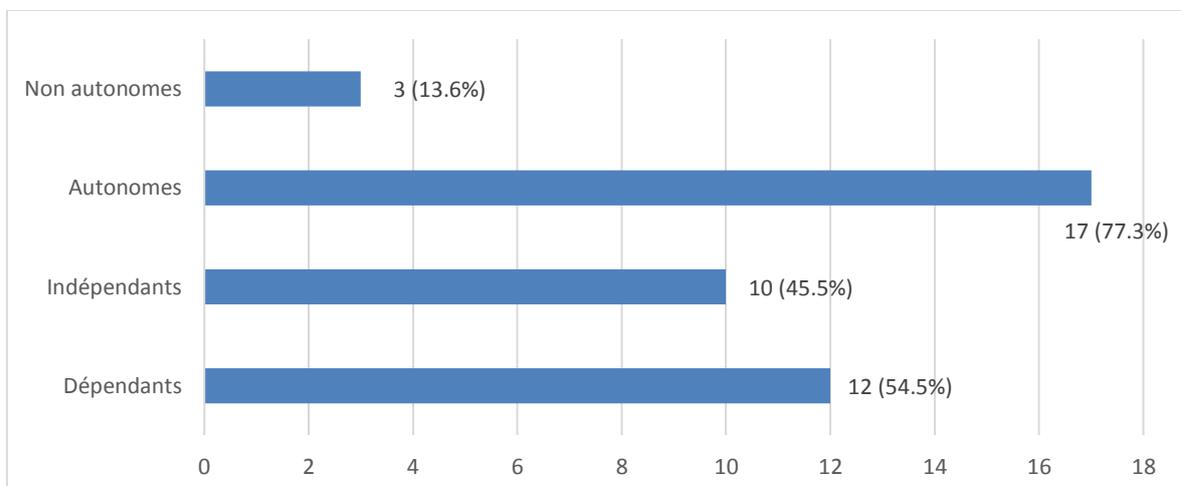
Question 7) Avez-vous déjà proposé ou proposez-vous actuellement l'apprentissage des techniques du relevé du sol à ce type de patients ? (Si vous répondez négativement à cette question il n'est pas utile de poursuivre le remplissage du questionnaire)

La question numéro 7 est la deuxième question d'inclusion à mon questionnaire, si on y répond « non », il n'est pas possible de continuer à remplir le questionnaire en conséquence, la totalité de l'échantillon, c'est-à-dire 100% des participants ont répondu « oui ».

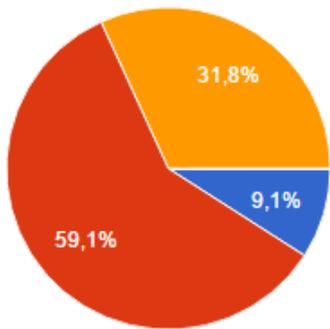
Question 8) Quels sont les principaux critères d'inclusion à un atelier relevé du sol pour ces patients ?



Question 9) Les patients atteints de SDPM, ou identifiés comme ayant des symptômes correspondants au SDPM, auxquels vous proposez cet atelier sont plutôt :



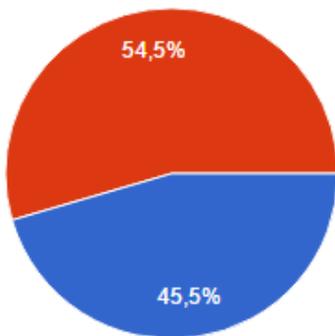
Question 10) Les patients atteints de SDPM ou identifiés comme ayant des symptômes correspondants au SDPM auxquels vous proposez cet atelier sont en général :



- Très favorables à la réalisation de cet atelier
- Plutôt favorables à la réalisation de cet atelier
- Plutôt réticents à la réalisation de cet atelier
- Très réticents à la réalisation de cet atelier

Très favorables	2
Plutôt favorables	13
Plutôt réticents	7
Très réticents	0

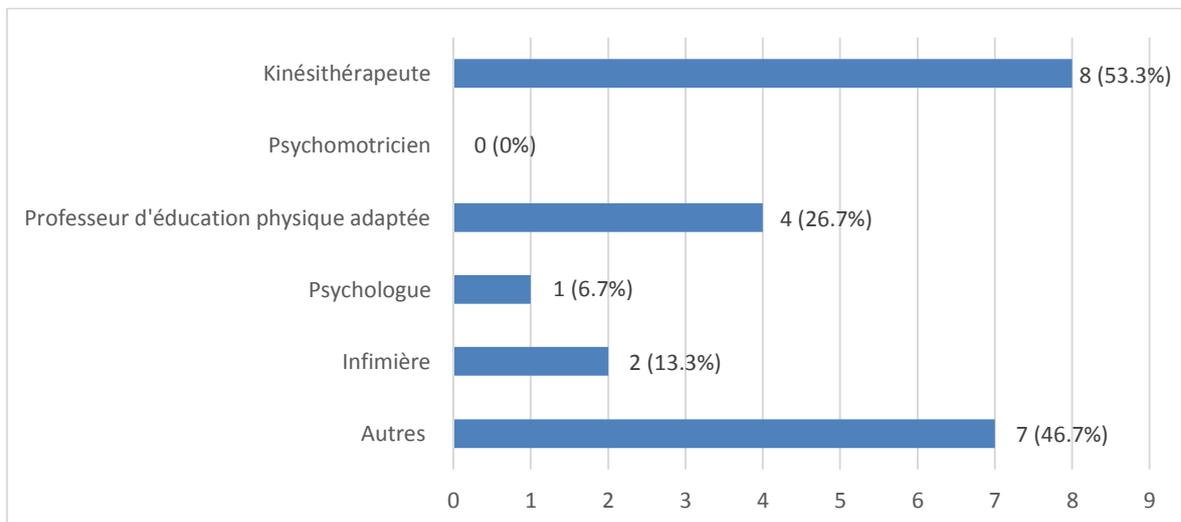
Question 11) Proposez-vous cet atelier :



- Seul
- En collaboration avec d'autres professionnels

Seul	10
En collaboration	12

Question 11 bis) Si c'est en collaboration, avec quel(s) professionnels ?



Question 11 ter) Dans ce cas quel rôle jouez-vous en tant qu'ergothérapeute dans la réalisation de cet atelier ? (3 lignes maximum)

Avant d'expliquer les techniques de relever du sol je fais une introduction sur le domicile : les risques qu'il y a par rapport aux pièces dangereuses (SDB, cuisine), puis au revêtement de sol. On parle des AT possibles qui permettraient de prévenir le risque de chute.

Conseil d'un point de vu sécurité, apprentissage des étapes Et le kiné plus d'un point de vu moteur, mouvement déconseillé...

un rôle de conseil, d'apprentissage des différentes techniques (relevé du sol, ramassage d'objet en sécurité, transferts....) mais aussi de réassurance+++

-mettre en situation la personne dans son milieu de vie afin d'évaluer la possibilité de se relever seule, décomposer les différentes étapes et le ré entraîné si nécessaire. -Dédramatiser la chute - mieux réagir en cas de chute -compenser si impossibilité de se relever seule par une téléalarme par ex

Consignes et aide gestuelle si nécessaire + réassurance

Gestion de l'atelier (proposition d'exercices).

Je prépare les ateliers et les activités, je m'occupe du suivi et des objectifs pour chaque résident. Les aides-soignants sont présents pour m'aider à avoir une autre vision des résidents et vice-versa et pour faciliter la mise en place de ces ateliers.

Conseil matériel, télé alarme, chaussage, mise en situation a domicile, avec les aidant,... on est toujours au moins 2 a 3 intervenant a tourner

Observations pour orientation des différentes prises en charge et conseils adaptés pour le domicile

J'apporte l'aspect rééducation avec la réalisation d'exercices en passif et actif mais aussi la réadaptation avec la mise en place d'AT les plus adéquates.

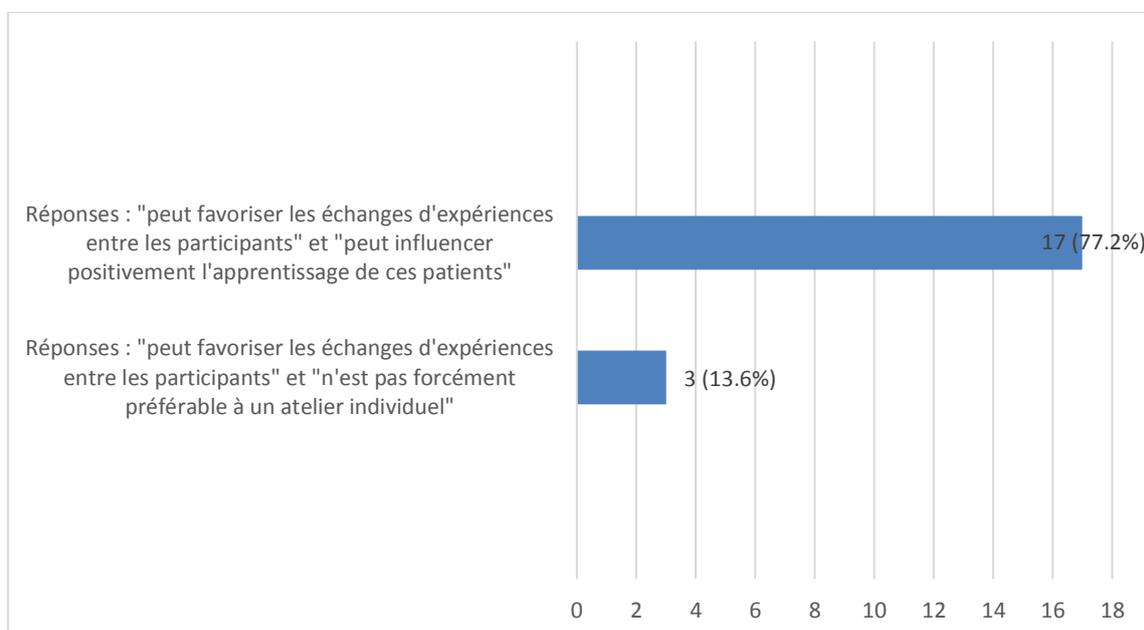
Mise en situation pour apprentissage de la technique, groupe préventions des chutes

Conseil sur aménagement de domicile, chaussage, technique de relevé du sol

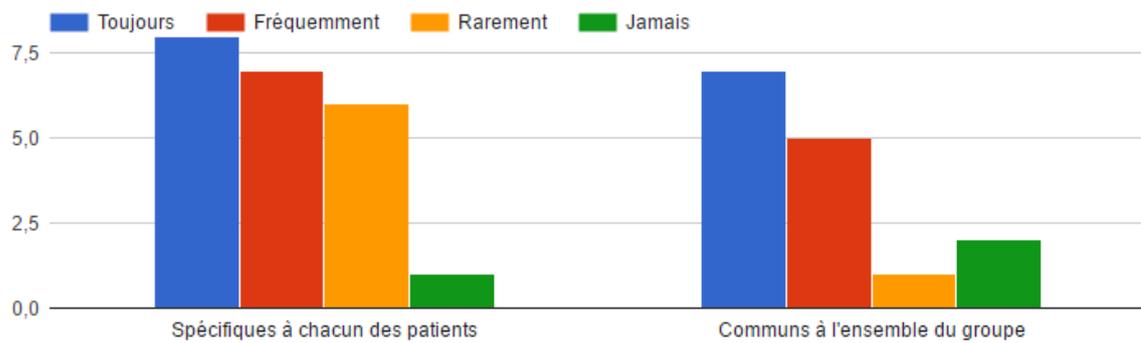
Je ne réalise pas le relevé du sol sous forme d'atelier mais bien dans le cadre d'une prise en soin individuelle.

Intervention sur la méthode même du relever + échange autour de leur expérience personnelle avec si possible mise en situation dans un cas similaire + conseils en aménagement du domicile compte tenu de leur chute antérieure ou de leur crainte

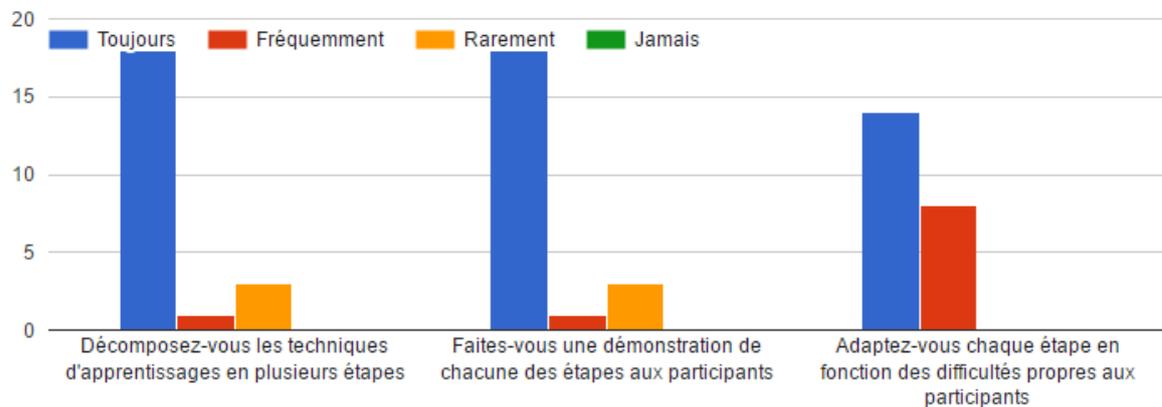
Question 12) : Pensez-vous qu'une prise en charge en groupe : (2 réponses attendues) ?



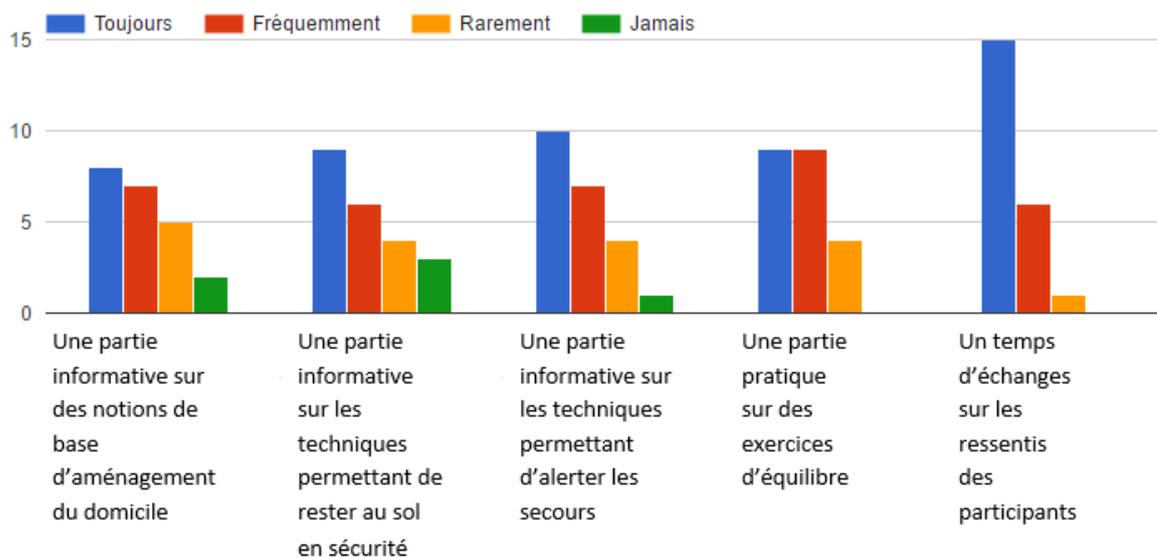
Question 13) Programmez-vous pour chacun de ces ateliers des objectifs :



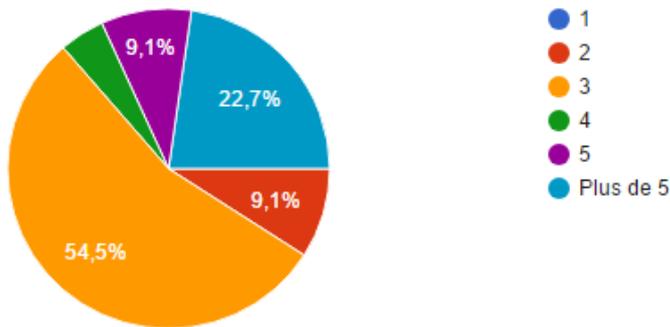
Question 14) Lors de ces ateliers relevé du sol :



Question 15) En ce qui concerne le déroulement de l'atelier relevé du sol auprès de ces patients, en plus des techniques de relevé du sol, incluez-vous :

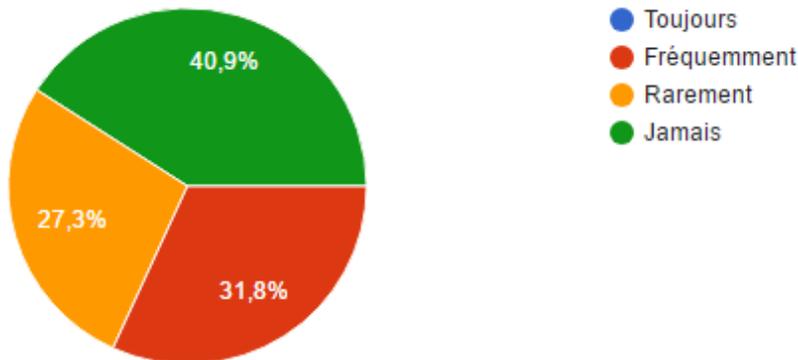


Question 16) Selon vous, combien de séances en moyenne sont nécessaires à l'apprentissage des techniques du relevé du sol pour ces patients ?



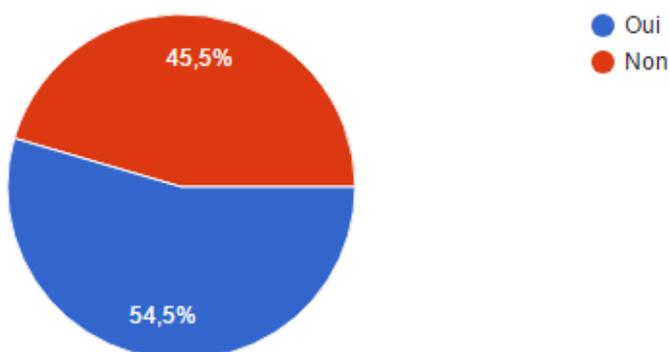
1 séance	0
2 séances	2
3 séances	12
4 séances	1
5 séances	2
Plus de 5 séances	5

Question 17) Vous arrive t-il d'inclure l'aidant ou l'entourage des patients lors de l'atelier relevé du sol auprès de ces patients ?



Toujours	0
Fréquemment	7
Rarement	6
Jamais	9

Question 18) Les troubles spécifiques au SDPM influencent-ils la mise en place d'un atelier relevé du sol selon vous ?



Oui	12
Non	10

Question 18 bis) Si oui quels sont ces troubles ? (3 lignes maximum)

L'accompagnement de la mise au sol pour la mise en situation, cette étape est souvent la plus difficile.

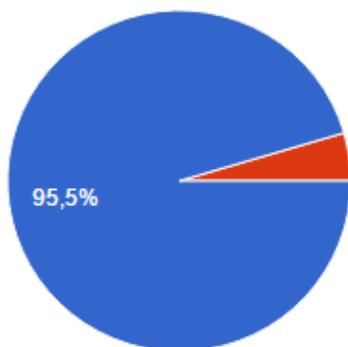
-appréhension majeure -ajustement postural très déficitaire

Rétropulsion / appréhension de la chute / peur du vide antérieur
 Démotivation, rétropulsion, phobie de la verticalisation
 Rétropulsion, hypertonie réactionnelle, sidération des automatismes et anxiété
 peur de chuter et de se mettre au sol souvent très présente
 rétropulsion, angoisse
 Troubles cognitifs, troubles musculo squelettique
 L'appréhension qui peut être majorée une fois au sol. L'appréhension du regard des autres sur les difficultés que la personne pourrait présenter à se relever du sol.
 la peur de la chute, la rétropulsion, le refus de participation

Question 18 ter) Quels sont les adaptations spécifiques que vous mettez en place pour y remédier ? (3 lignes maximum)

Aide gestuelle et guidance verbale ++
 Premières étapes du relever faites sur le lit du patient puis amener progressivement la personne au sol.
 Aide technique / mobilier / tapis
 Matelas
 Réassurance +++ explication de chaque étape du relevé de sol et de l'atelier en général
 Approche du sol progressive et respectant le rythme du patient. Travailler en plusieurs étapes.
 Établir une relation de confiance avec le patient. Valoriser chaque progression. Utilisation de miroir.
 Et apprentissage dans différentes pièces en lien avec le mobilier présent.
 Ces ateliers se font par étape et sur plusieurs séances : d'abord apprivoiser la descente au sol en s'aidant d'une chaise par exemple, puis passer à genoux ou à quatre pattes et se relever tout de suite, etc...
 Miroir, discussion, essai,... les personnes ne vont jamais au sol mais se "couchent" sur un plan bobath
 Aménagement de la chambre et des lieux de vie, mise en place d'aide technique,...
 Plan surélevé pour les personnes ne pouvant pas se mettre au sol (plan bobath)
 PEC individuelle + progression des exercices proposés sur plusieurs séances avant d'atteindre la position allongée au sol.
 de l'écoute, du temps +++, des explications verbales et gestuelles

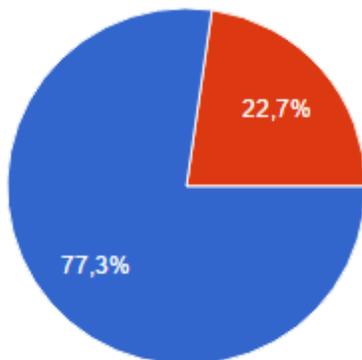
Question 19) Pensez-vous que les bases que vous transmettez à ces patients leur permettent de s'adapter aux différentes situations que peut entraîner une chute ?



● Oui
 ● Non

Oui	21
Non	1

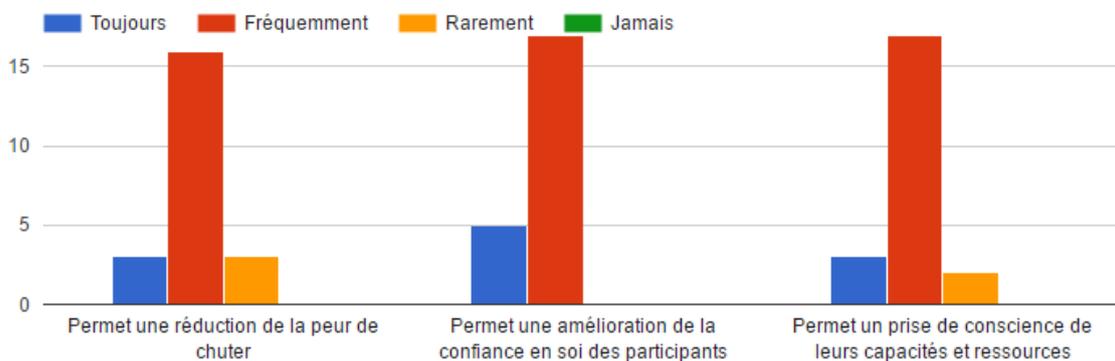
Question 20) Pensez-vous que dans la majorité des cas ces patients sont en mesure de mettre en pratique ces apprentissages s'ils sont confrontés à une chute ?



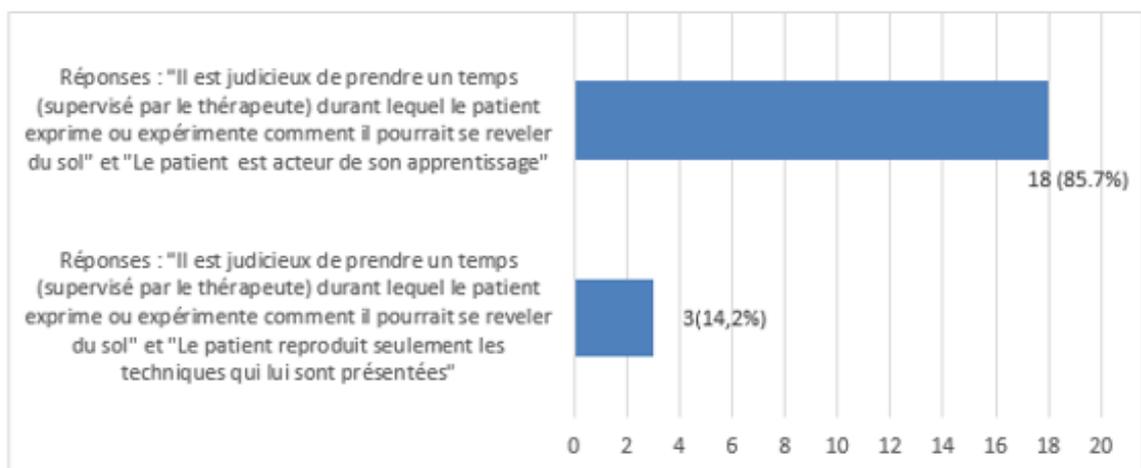
● Oui
● Non

Oui	17
Non	5

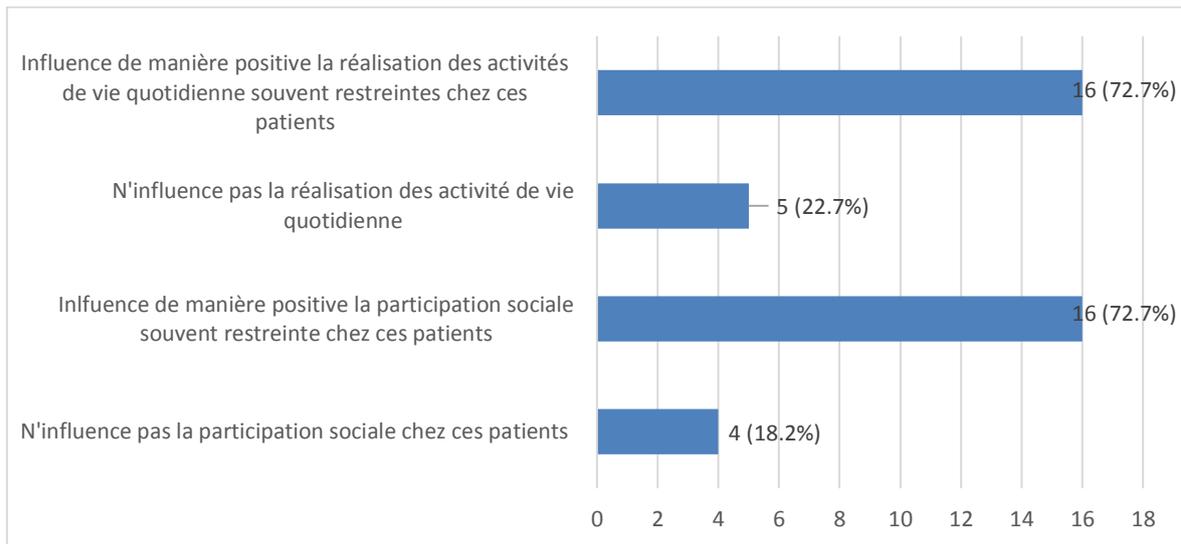
Question 21) Selon vous l'atelier relevé du sol auprès de ces patients :



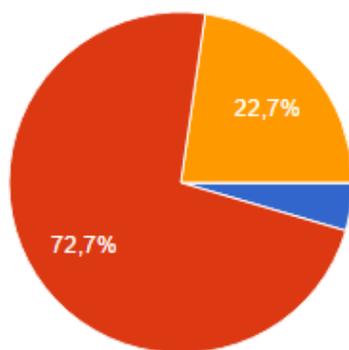
Question 22) Selon vous durant cet atelier (2 réponses attendues) :



Question 23) Selon vous la connaissance des techniques à appliquer en cas de chute



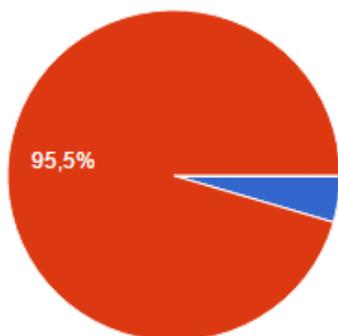
Question 24) Selon vous la participation à cet atelier permet-elle d'améliorer l'indépendance de ces patients ?



- Toujours
- Fréquemment
- Rarement
- Jamais

Toujours	21
Fréquemment	1
Rarement	0
Jamais	0

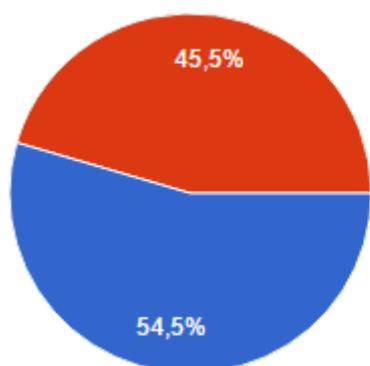
Question 25) En vous appuyant sur votre expérience pouvez-vous dire si ces patients trouvent un bénéfice à leur participation à cet atelier ?



- Toujours
- Fréquemment
- Rarement
- Jamais

Toujours	1
Fréquemment	16
Rarement	5
Jamais	0

Question 26) Dans la majorité des cas proposez-vous l'atelier relevé du sol à ces patients lors de prise en charge :



● Individuelle
● En groupe

Individuelle	12
En groupe	10

Résumé

Contexte : Chez la personne âgée, le SDPM, engendre un risque de chute important, et une peur de chuter. Il peut même mener la personne à la dépendance. Le but de cette étude, est de comprendre comment l'ergothérapeute, par l'apprentissage du relevé du sol, peut favoriser l'indépendance des personnes âgées atteintes de SDPM.

Méthode : Dans cette étude, la méthode utilisée est quantitative. Un questionnaire, à destination des ergothérapeutes, a été créé et envoyé par mail à 375 institutions : EHPAD ou centre de rééducation. Finalement, 22 réponses ont été analysées.

Résultats : 72.7 % des ergothérapeutes pensent que l'atelier relevé du sol favorise l'indépendance de ces patients. La majorité estime qu'il est nécessaire que le patient soit acteur de son apprentissage, et qu'une prise en charge en groupe favorise l'apprentissage. Même si ils n'ont pas forcément la même manière de le mettre en place.

Conclusion : Les ergothérapeutes sont en accord sur l'efficacité de l'atelier relevé du sol, mais leurs pratiques restent sensiblement différentes.

Mots clés : Atelier relevé du sol, Ergothérapie, SDPM, Personne âgée, Indépendance.

Abstract

Background: The Psychomotor Disadaptation Syndrome in elderly person causes an important risk of falling, and a fear of fall. It can lead to dependence. The aim of this study was to understand how occupational therapists encourage independence of elderly person with psychomotor disadaptation syndrom by teaching them how to stand up from the floor.

Methods: In this study, a quantitative method was used. A survey, was sent by mail to occupational therapists, of 375 institutions: nursing homes and rehabilitation centers. Finally, 22 answers were analysed.

Results: 72.7% of occupational therapists thought that learning how to stand up from the floor encouraged independence of their patients. They generally thought that the patient must be an actor in this learning. And that learning in group is more efficient. Even if they did not have the same practices.

Conclusion: Occupational therapists agreed on the efficiency of this learning, but their practices were different.

Key words: Learning how to stand up from the floor, Occupational therapy, psychomotor disadaptation syndrome, elderly person, independence.