

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

*États des lieux de la pratique des ergothérapeutes sur le syndrome
d'immobilisation chez la personne âgée en institution*



Mémoire présenté et soutenu par
Manon Bouteaud

Soutenance le 15 juin 2021

Mémoire dirigé par
Mme Rougerie Pauline
Ergothérapeute
CH de Bort-les-Orgues

Remerciements

Ce travail marque la fin de ma vie d'étudiante et des trois années à l'ILFOMER. Le passage à la vie d'adulte est pour un moi une étape dans ma vie et je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont permis d'arriver à ce stade.

Je remercie sincèrement,

Madame Pauline ROUGERIE, ma directrice de mémoire, pour son temps et sa disponibilité tout au long de ma troisième année. Je la remercie pour son soutien et les conseils qu'elle a pu me donner pour parfaire ce travail et ma vision ergothérapique.

Aux responsables pédagogiques de l'Institut Limousin de Formation aux METiers de la
Réadaptation :

Stéphane MANDIGOUT, pour ses nombreux conseils en méthodologie et sa présence malgré la distance.

Messieurs Patrick TOFFIN et Thierry SOMBARDIER pour m'avoir enseigné leurs savoirs et le métier d'ergothérapeute.

A **tous les professionnels** qui ont participé au projet de près, comme de loin en répondant à mon questionnaire. Plus particulièrement, Anaëlle et Clémence qui m'ont aidé et apporté leurs regards professionnels.

Enfin, tous les **ergothérapeutes** et autres professionnels que j'ai rencontré lors de mes stages et qui m'ont permis de définir la professionnelle que je veux être et ainsi créer ma propre identité en tant qu'ergothérapeute.

J'adresse mon affection,

A **mes ami(e)s**, mes camarades de promotions et mes futurs collègues qui m'ont soutenue, épaulé et qui m'ont aidé à construire la personne que je suis pendant ces trois années de formations.

A mes **parents**, mes **sœurs** pour leur présence infaillible, leur soutien et leur affection durant mes études malgré les difficultés rencontrées.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

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

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



Charte anti-plagiat

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

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

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

Article 1 :

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

Je, soussigné Manon Bouteaud

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

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

Fait à Limoges, Le vendredi 28 mai 2021

Suivi de la signature.



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

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

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute

Session de juin 2021

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Manon Bouteaud

Etudiant.e de 3ème année

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

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

Fait à :Limoges

Le : vendredi 28 mai 2021

Signature de l'étudiant.e



Table des abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

AVQ : Activités de vie quotidienne

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMG : Équipe Mobile Gériatrique

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SDPM : Syndrome de Désadaptation Posturale et Motrice

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

SSR G : Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Table des matières

Introduction	1
La personne âgée	3
1. Le vieillissement	3
2. La dépendance	5
2.1. La fragilité	5
2.2. L'institutionnalisation	5
Le syndrome d'immobilisation	7
1. Définition	7
2. Causes	7
2.1. Causes environnementales	7
2.2. Le risque de chutes	8
2.3. Syndrome de désadaptation posturale et motrice (SDPM)	8
2.4. Syndrome de glissement	9
3. Conséquences	10
4. Prévention et axes de prise en charge	12
4.1. L'évaluation initiale	12
4.2. Interventions prioritaires	13
Ergothérapie	15
1. Définition	15
2. Missions en institutions avec les personnes âgées	15
3. Accompagnement du syndrome d'immobilisation par l'ergothérapeute	16
3.1. Modèle de l'occupation humaine	16
3.2. Moyens de prise en charge	18
De la théorie à la problématique	20
Méthodologie de recherche	21
1. Objectifs	21
2. Population interrogée	21
3. Outils de recherche	21
3.1. Mode de diffusion	21
3.2. Contenu du questionnaire	22
Partie 1 : Informations générales – <i>question 1 à 5</i>	22
Partie 2 : Les connaissances sur le syndrome d'immobilisation – <i>question 6 à 8</i>	22
Partie 3 : Les pratiques sur le syndrome d'immobilisation – <i>question 9 à 17</i>	23
4. Analyse des résultats	23
Résultats	24
1. Généralités	24
2. Connaissances sur le syndrome	25
3. Pratiques sur le syndrome	26
3.1. Pratiques générales	26
3.2. Pratiques en ergothérapie	27
3.3. Auto-évaluation des pratiques	31
Discussion	32
1. Les objectifs de l'étude	32
2. Interprétation des résultats	32

2.1. Les connaissances des ergothérapeutes sur les causes et conséquences du syndrome d'immobilisation	32
2.2. Les pratiques sur le syndrome	33
2.3. Une prise en charge pluridisciplinaire.....	35
3. Limites et perspectives.....	36
3.1. Limites	36
3.2. Perspectives et retombées du mémoire	37
Conclusion	38
Références bibliographiques	39
Annexes	41

Table des illustrations

Figure 1 : Les trois trajectoires hypothétiques des capacités physiques d'une personne en fonction de l'âge selon l'OMS.....	4
Figure 2 : Schéma du modèle de l'occupation humaine	17
Figure 3 : Services dans lesquels les ergothérapeutes interviennent	24
Figure 4: Nombre d'années d'exercices professionnels avec la population gériatrique	24
Figure 5 : Définitions qui correspondaient le mieux au syndrome d'immobilisation sur les 25 ergothérapeutes interrogées.....	26
Figure 6 : Axes de prises en charges (généraux) qu'utiliseraient les 25 ergothérapeutes dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation	27
Figure 7 : Les 4 missions prioritaires en ergothérapie dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation selon les 25 ergothérapeutes	27
Figure 8: Moyens mis en place dans les services dans le but de lutter contre le syndrome d'immobilisation selon les 25 ergothérapeutes	29
Figure 9: Fréquence de collaboration entre l'ergothérapeute et les autres professionnels ...	29

Table des tableaux

Tableau 1 : Année d'obtention du diplôme par rapport aux connaissances des 25 ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation.....	25
Tableau 2 : Moyens de rééducation que les ergothérapeutes réaliseraient selon les 4 missions relevés	28
Tableau 3: Objectifs de prise en charge entre les autres professionnels et les ergothérapeutes.....	31

« On commence à vieillir quand on finit d'apprendre »

Proverbe chinois

Introduction

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial. En France, les personnes âgées représentent 20,5% de la population en 2020. Ce phénomène est croissant. En France, 16% de la population est âgée de 60 ans ou plus en 1946, contre 26,9% en 2020.(1) Cette augmentation est expliquée par l'augmentation de l'espérance de vie, des progrès médicaux mais aussi par l'effet baby-boom d'après-guerre.

Or, la population mondiale vieillit de manière hétérogène et chaque individu présente des changements physiologiques différents.(2) Le vieillissement est un problème de santé publique. En effet, avec l'avancé en âge, la population est plus susceptible de rencontrer des pathologies qui la rendent dépendante dans son quotidien. Les établissements de santé sont eux aussi confrontés au vieillissement de la population et voient apparaître dans leur service une population majoritairement âgée. En 2017, un patient sur huit est âgé de 80 ans et plus. Le système de santé français s'est alors adapté au vieillissement de sa population et depuis 2005 la France a développé une filière gériatrique hospitalière. (3)

La notion de personnes âgées fragile apparaît. La fragilité peut se définir comme une diminution des capacités physiologiques liées à l'âge entraînant une diminution des capacités intrinsèques et augmente les conséquences négatives sur la santé. La fragilité est étroitement liée à la dépendance aux soins et à la comorbidité. (4)

La dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation et au soin se définit « par une perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation ».(5) Elle peut s'expliquer par un environnement inadapté ou des soins mal réalisés qui ne répondent pas aux besoins du patient. Elle touche 30 à 60% des personnes de 70 ans et plus hospitalisées. L'une des causes de la dépendance iatrogène est le syndrome d'immobilisation. Il se caractérise par une diminution des capacités physiques, psychiques et métaboliques causé par une diminution de la mobilité et de l'alitement prolongé lors d'une hospitalisation (5).

Durant ma deuxième année de formation, j'ai effectué un stage dans un service d'unité de soin longue durée (USLD) accueillant une population majoritairement gériatrique. J'ai ainsi découvert le syndrome d'immobilisation.

Ce syndrome n'est pas bien connu des soignants et est souvent mal pris en charge, au détriment des personnes hospitalisées. Il faut identifier rapidement les signes cliniques de l'apparition du syndrome d'immobilisation afin de réaliser une prise en charge précoce et limiter les conséquences de ce dernier sur la personne âgée. Cette prise en charge doit se faire en équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapie a pour objectif principal d'améliorer l'autonomie et l'indépendance des patients en situation de handicap dans leurs actes de la vie quotidienne. Ainsi l'ergothérapeute, en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire pourra lutter contre ce syndrome.

Ces différents points nous amènent à repérer le rôle d'une équipe pluridisciplinaire dans la lutte de ce syndrome.

Qu'en est-il du rôle de l'ergothérapeute ? Connaissent-ils ce syndrome ? Quelles sont les pratiques des ergothérapeutes dans la lutte contre l'installation du syndrome d'immobilisation ?

Afin de répondre à ces questions, je souhaite réaliser une étude exposant l'état de l'art des connaissances et pratiques des ergothérapeutes face au syndrome d'immobilisation en institution.

La personne âgée

La personne âgée est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant une personne de plus de 60 ans. Il existe une diversité de capacités et de besoin en termes de santé chez ces personnes. L'âge avancé implique des changements biologiques mais aussi sociaux, comme le passage à la retraite par exemple.

La personne âgée est actuellement un problème de santé majeur. En effet, le nombre de personnes âgées augmente et le système de santé français doit s'adapter pour se diriger vers des axes de préventions en matière de vieillissement et anticiper la perte d'autonomie chez nos aînés.

1. Le vieillissement

L'augmentation du nombre de personne âgée traduit d'une population de plus en plus vieillissante. Le vieillissement est « associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires [...] qui entraîne une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies et à une diminution générale des capacités de l'individu », défini par l'OMS. (4) C'est-à-dire qu'une personne, avec l'avancé dans l'âge aura une diminution progressive de ses capacités et sera plus sujet à des pathologies qui le limiteront dans ses activités. Cette dégradation est normale et elle est propre à chaque individu. En effet, le vieillissement n'est pas linéaire, ni proportionnel avec l'avancé en âge. Le vieillissement est aléatoire mais il dépend des comportements et de l'environnement de chacun. On parle de vieillissement normal ou physiologique.

Cependant, il existe d'autres vieillissements. Le rapport de l'OMS indique à travers son chapitre « Vieillir en bonne santé » qu'il y aurait trois types de vieillissement hypothétiques pour une personne adulte quarantenaire basé sur ses capacités physiques (Figure 1).

La première trajectoire est une personne A qui maintiendrait ses capacités physiologiques optimales jusqu'à sa mort qui illustre le vieillissement dit « normal ». La seconde trajectoire possible serait celle d'une personne B ayant un schéma similaire à la première avec par la suite un événement perturbateur qui viendrait altérer les capacités avec une récupération, puis de nouveau une dégradation qui montre le vieillissement dit « pathologique » qui serait amélioré. Enfin, la dernière trajectoire hypothétique serait celle d'une personne C ayant une dégradation des capacités régulières. Les trois personnes se voit mourir environ aux mêmes âges mais avec des capacités différentes. Ainsi on se rend compte que la personne B illustre le schéma d'une personne qui a eu une aide, telle qu'une hospitalisation ou une réadaptation et la personne C montre une personne pouvant avoir un manque d'accès aux soins.

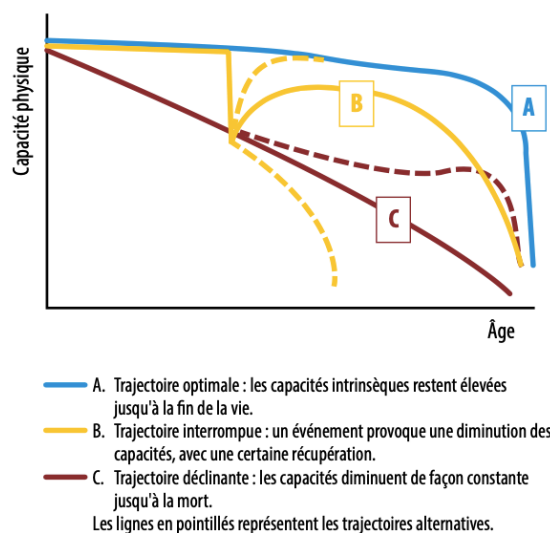


Figure 1 : Les trois trajectoires hypothétiques des capacités physiques d'une personne en fonction de l'âge selon l'OMS

Ce vieillissement se traduit donc par des changements intrinsèques. Nous pouvons noter une baisse de la force et de la fonction musculo-squelettique liée à une baisse de la masse musculaire. Nous pouvons relever qu'avec l'avancée en âge la densité osseuse diminue, phénomène appelé ostéoporose et peut augmenter le risque de fracture et donc diminuer la qualité de vie d'une personne âgée. En définitive, ces détériorations ont des impacts sur la qualité de la marche de la personne. De plus, le vieillissement n'épargne aucune fonction. En effet, les fonctions sensorielles, cognitives, immunitaires, la fonction de la peau et la sexualité sont diminués avec l'avancée en âge.

Cependant, en plus des répercussions intrinsèques normales, l'âge augmente le risque de survenue de maladie. Par exemple, dans les pays à revenus moyens-inférieurs les maladies avec déficiences sensorielles sont les plus fréquentes (broncho-pneumopathies obstructives, douleurs de dos et de cou) à contrario des pays à revenus élevés où les maladies liées aux fonctions cognitives et physiques sont le plus présentes (dépressions, chutes).

De plus, nous nous apercevons que plus la population vieillit plus elle est à risque d'être touchée de multimorbidité. C'est-à-dire la présence de plusieurs pathologies en même temps et peut donc entraîner des interactions entre elles et leurs traitements.

Ces changements intrinsèques et cette multimorbidité ont des répercussions sur les activités de la vie quotidienne des personnes âgées. En effet, les personnes sont de plus en plus dépendantes au soin c'est à dire que l'individu n'est plus en mesure d'assurer ses soins personnels sans une tierce personne. (4)

2. La dépendance

Le vieillissement est associé à une diminution des capacités physiologiques. Cette perte de capacités peut entraîner une dépendance plus ou moins grande intervenant de manière plus ou moins progressive dans le temps. L'âge avancé voit apparaître des troubles de santé complexes parmi lesquels nous retrouvons la fragilité.

2.1. La fragilité

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) définit la fragilité comme un syndrome à part entière qu'il faut prendre en charge et dont il faut prévenir les conséquences. « La fragilité est une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux ». (6)

Linda Fried présente dans son étude différents critères de la fragilité. Si une personne présente trois critères ou plus, elle peut être considérée comme fragile. Les critères sont les suivants :

- La perte de poids non volontaire
- La diminution de la force musculaire
- L'épuisement du patient
- Lenteur à la marche
- Faible niveau d'activité physique. (7)

15 à 20% de la population après 65 ans, serait considérée comme fragile à domicile. Après 85 ans, 25 à 50% des sujets seraient fragiles. (8)

Le dépistage de ce syndrome peut se faire grâce à l'Evaluation Gériatologique Standardisée (EGS), par le biais d'évaluation validées telles que le *Mini Mental State* (MMS), le *Geriatric Depression Scale* (GDS), le *Tinetti*.

Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité, d'incapacités, de risques de chutes, d'hospitalisations et d'entrée en institution. La prise en charge des critères de fragilité peut réduire ou retarder son apparition. Le dépistage précoce permet d'anticiper ces risques dans un délai de 1 à 3 ans. La fragilité est donc un facteur de risque de dépendance à prendre en considération.

2.2. L'institutionnalisation

La dépendance est évaluée grâce à la grille AGGIR (Autonomie, Gériatologie Groupe Iso Ressources) et permet de déterminer des niveaux de dépendance chez une personne âgée. Ce degré est évalué sur la base de dix critères, mesurant l'autonomie physique et psychique : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance. Les degrés de perte d'autonomie sont ensuite classés en 6 groupes dit « iso-ressources » (GIR) et permet de décider des solutions à mettre en place pour pallier le manque d'autonomie. Le GIR 1 et 2 représentent les niveaux de dépendance les plus importants, caractérisés par des personnes alitées, nécessitant une aide pour tous les actes de la vie quotidienne et avec altération des

capacités intellectuelles contrairement aux GIR 5 et 6 qui comprennent les personnes les plus autonomes. (9)(10)

Plus de la moitié des personnes âgées ayant le plus grand niveau de dépendance (classé GIR 1 et 2) sont en institutions. En effet, nous comptons 66% des personnes ayant un GIR 1 et 2 vivants en institution. Cette diminution d'autonomie chez la personne âgée entraîne le plus souvent une entrée en institution. On note qu'après 75 ans une personne sur douze vit en institution. Les institutions accueillant les personnes âgées dépendantes à titre d'hébergement sont les EHPAD (établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante), les USLD (unité de soins longue durée) et les maisons de retraite. Cependant, une personne âgée peut ne pas être orientée vers un hébergement. En effet, nous recensons que la majorité des 75 ans et plus qui sont dépendants (GIR 1 à 4) vivent à domicile en 2008. (11)

Or, dans les institutions nous nous apercevons que les personnes âgées sont victimes de discriminations liées à leurs âges et de leurs pertes de capacités. Le terme d'âgisme (*Ageism*) est apparu en 1969 aux Etats-Unis, utilisé par le gérontologue Robert Butler afin de mettre en avant les discriminations qu'il y avait à l'encontre des personnes âgées. (12) Actuellement, l'âgisme est plus simplement défini comme l'« attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées » selon le dictionnaire Larousse. (13)

Dans nos institutions, l'âgisme se voit à travers des paroles, des façons de s'adresser à nos aînés. Les soignants ont tendances à parler plus fort, plus lentement et de façon plus simplifiée comme si nous nous adressions à un enfant. Cette façon de s'adresser aux personnes âgées a été appelé le *parler « personne âgée »* ou en anglais *overaccomodation* ou *patronizing speech*. Ces termes comprennent toutes les modifications de voix ou mots employés à l'égard des personnes âgées. (14)

L'âgisme a de grandes répercussions physiologiques et psychologiques sur nos aînés. Il entraîne stress cardio-vasculaire, une baisse du sentiment d'auto-efficacité, une diminution de la productivité, l'augmentation du risque de dépression et un déclin fonctionnel et cognitif.

De plus, la perte de capacités de la personne âgée peut être observée pendant une hospitalisation liée à l'âgisme mais aussi à cause de l'hospitalisation en elle-même. En effet, près de 3 millions de personnes âgées sont hospitalisées une ou plusieurs fois en services de soins aigus en France chaque année. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2017 un communiqué de presse concernant la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. Rappelons que la dépendance iatrogène correspond à la perte fonctionnelle entre l'entrée et la sortie de l'hospitalisation par rapport aux activités de la vie quotidienne. 29% c'est le nombre de personnes âgées hospitalisées en soins aigus et 10% est le taux de dépendance liée à l'hospitalisation évitable. Les facteurs de risques de la dépendance iatrogène sont les chutes, l'âge supérieur à 70 ans, la fragilité, les capacités motrices et cognitives faibles et un statut social défavorisé. Les principales causes de cette dépendance sont au nombre de 6 : le syndrome d'immobilisation, la confusion aigue, la dénutrition, les chutes et l'incontinence urinaire. (5)

Les stratégies d'intervention de prévention et de traitement visent à cibler chaque cause de la dépendance iatrogène. Le premier axe de prise en charge est de prévenir et repérer un syndrome d'immobilisation.

Le syndrome d'immobilisation

1. Définition

Après la seconde guerre mondiale, des auteurs tel que Browse ou Sager sont les premiers à aborder les conséquences de l'alitement. Sager indique dans son étude de 1998 que 50% des personnes ont perdu en mobilité à la suite d'une hospitalisation. (15)

Le syndrome d'immobilisation chez le vieillard a été défini pour la première fois par Grumbach en 1973. La définition est la suivante : « ses symptômes sont physiques, psychiques et métaboliques. Il résulte de la décompensation de l'équilibre physiologique précaire du vieillard par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles ».(16)

Actuellement, le syndrome d'immobilisation est toujours défini selon les termes de Grumbach. Bourque et al rajoutent lors de leur publication de 2011 que le syndrome d'immobilisation est une « conséquence de l'alitement prolongé et de la faible mobilité de la personne âgée pendant un séjour hospitalier ». (17)

L'HAS note que 70 à 83% du temps est passé au lit durant l'hospitalisation alors que la restriction d'activité est rarement justifiée médicalement. (5)

2. Causes

Les causes de survenue du syndrome d'immobilisation peuvent être dues à l'immobilisation prolongée ou bien par une détérioration de la mobilité chez la personne âgée c'est à dire l'apparition de limitations fonctionnelles qui empêchent la personne de se mouvoir librement dans l'environnement. Cette diminution de mobilité peut être expliquée par différents facteurs. L'immobilisation prolongée est présente dans certains cas comme par exemple la personne sur son lit de mort, la personne qui présente une maladie avec une altération de l'état général, la personne qui a des raisons somatiques avec maladies rhumatologiques, neurologiques, insuffisance respiratoire et cardiaque. Cependant, l'immobilisation prolongée est parfois liée à des causes multiples qu'il faut identifier.

2.1. Causes environnementales

La diminution de mobilité peut être causée par des problèmes iatrogéniques liés à la prise de traitements (somnifères, neuroleptiques, hypertenseurs) qui peuvent entraîner des ralentissements cognitifs et une confusion. (18) Nous pouvons noter des facteurs dit exogènes qui seront liés à l'hospitalisation et à son environnement. Par exemple la sur-assistance des soignants ou des proches, le « faire à la place » qui sont une forme d'âgisme à l'égard de nos aînés. Nous retrouvons aussi les sondes, drains, ou autres perfusions qui rendraient la mobilisation de la personne difficile. La prescription de repos complet au lit, les effets secondaires de la médication ou encore l'environnement physique non adapté sont des causes de cette diminution de la mobilité qui provoque l'apparition du syndrome d'immobilisation. (19)

Aussi, nous notons trois facteurs qui peuvent être responsable de l'apparition d'un syndrome d'immobilisation. Nous retrouvons le risque de chutes, le syndrome de désadaptation posturale et motrice (SDPM) et le syndrome de glissement.

2.2. Le risque de chutes

Le risque de chutes n'est pas en rapport avec l'âge chronologique. Ce sont de nombreux facteurs intrinsèques (médicaments, pathologies altérant les fonctions motrices, cognitives et sensitives) et extrinsèques (comportementaux ou environnementaux) qui favorisent le risque de chutes. Aussi, le risque de chutes est prévalent chez la personne âgée fragile et la personne âgée dépendante en institution. (20)

Les chutes sont la conséquence d'une diminution de l'état général, de démences, de polymédications et parfois de contentions physiques. En 2000, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a publié une évaluation des pratiques professionnelles afin de limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée. Une contention physique est définie par l'ANAES comme « tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté ». En recensant différentes études, l'agence montre que la contention est un facteur de risque de chutes graves. De plus, elle apporte que la contention engendre les complications suivantes : apparition ou aggravation d'un syndrome confusionnel, apparition d'un syndrome d'immobilisation et une perte d'autonomie avec augmentation de la durée d'hospitalisation.(21)

Chez la personne âgée, une chute peut entraîner des conséquences traumatologiques (fracture du fémur, de l'épaule...) mais aussi psychologiques et peut parfois entraîner la mort. Une conséquence traumatologique entraînera donc l'immobilisation du patient le temps de la guérison. Le syndrome de désadaptation posturale et motrice ou aussi appelé syndrome post-chute est une conséquence majeure d'une chute et comprend un versant physique et psychologique.

2.3. Syndrome de désadaptation posturale et motrice (SDPM)

Le syndrome de désadaptation posturale et motrice (SDPM) est dû à une détérioration des structures sous-cortico-frontales qui entraînent une altération de la programmation posturo-motrice. Ce syndrome a donc des conséquences sur la fonction posturale, la marche et les automatismes psychomoteurs.

Ce syndrome est présent chez beaucoup de personnes âgées fragiles et survient le plus souvent chez des patients atteints de pathologies chroniques sous corticales. Certaines maladies sont plus à risques de voir apparaître ce syndrome comme la maladie de Parkinson, les maladies dégénératives sous-corticales, l'hydrocéphalie à pression normale entre autres.

Certains facteurs tel que la sur-assistance ou de mauvaises techniques de manutentions sont des facteurs extrinsèques dit prédisposant au SDPM. D'autres facteurs comme le stress, les chutes ou l'alitement sont des facteurs précipitant au SDPM.

Le SDPM possède plusieurs signes cliniques d'ordre posturaux, moteurs et psycho-comportementaux.

- **Les signes posturaux :**

Au niveau postural, nous retrouvons en premier chez un patient présentant un SDPM, une rétropulsion axiale. Le centre de gravité du corps est projeté en arrière en position assise et en position debout lors de la verticalisation avec une tendance à la chute vers l'arrière. Ce signe est majoré avec de mauvaises manutentions et du stress.

Nous retrouvons aussi une hypertonie oppositionnelle dite *paratonia* qui se caractérise par une opposition réflexe lors des mobilisations passives particulièrement visible lors des tentatives d'aide à la verticalisation.

Enfin la désadaptation posturale sagittale postérieure se caractérise par un déséquilibre postérieur lié à une perte des automatismes moteurs avec pertes des trajectoires motrices. Ainsi sont observés, une disparition des réflexes de chutes dit para-chutes avec disparition des réflexes moteurs.

Nous pouvons observer une dyschronométrie dans les mouvements c'est-à-dire que le patient réalise les mouvements dans le mauvais ordre.

- **Les signes psycho-comportementaux :**

Nous distinguons deux modes d'apparition du syndrome qui peuvent être à l'origine de différents signes psycho-comportementaux. Dans la forme aiguë du syndrome, appelé syndrome post-chute, nous observons une anxiété et une phobie à l'idée de se mobiliser et d'être manipulé notamment lors de la marche et la verticalisation avec une peur du vide antérieur : c'est la stasobasophobie. Lors de la forme chronique nous notons une aboulie, une apathie et une démotivation avec absence cette fois de souffrance morale. (22)

Ce syndrome apparaît le plus souvent après une chute et a des conséquences traumatiques, fonctionnelles et psychosociales sur la personne. Il entraîne une perte d'autonomie avec risque d'institutionnalisation. Cette perte d'autonomie liée à une peur de rechuter entraîne un déclin fonctionnel qui peut entraîner une immobilisation prolongée chez la personne âgée fragile. (23)

2.4. Syndrome de glissement

Le syndrome de glissement peut apparaître à la suite d'une pathologie aiguë chronique et des déficiences fonctionnelles ou bien à la suite d'un traumatisme (décès d'un proche, hospitalisation, déménagement) spécifique chez les personnes âgées.

L'Institut de Médecine définit ce syndrome en anglais sous le terme de « failure to thrive » issu de la pédiatrie et correspondant à « une défaillance de croître, de se développer ». Il se manifeste par une perte de poids supérieure à 5%, une diminution de l'appétit, une mauvaise alimentation et une immobilisation accompagnée de signes dépressifs.

Il est repérable grâce à des signes cliniques tels que l'anorexie, l'absence de soif, la dénutrition et la déshydratation, des troubles sphinctériens avec repli sur soi, mutisme, le fait de vouloir rester au lit, le refus de s'alimenter et de se faire soigner. La personne se laisse donc glisser dans le but de se laisser mourir et peut en venir au suicide.

Ce syndrome touche environ 1 à 4% des personnes âgées hospitalisées et conduit dans 80% à 90% des cas à la mort lorsqu'il n'est pas pris en charge. (24)

Il peut être traité par des antidépresseurs mais une étude montre leur inefficacité dans 30% des cas.

3. Conséquences

Lorsque le syndrome d'immobilisation est installé, il entraîne chez la personne âgée de nombreuses **conséquences** physiologiques, psychiques et métaboliques. Ce syndrome agit donc sur les différents systèmes de notre corps.

- **Le système musculo-squelettique :**

Au niveau des muscles, nous notons une perte de la masse musculaire qui peut aller de 5 à 10% par semaine. L'alitement provoque une atrophie importante au niveau des membres inférieurs et aux muscles antigravitaires. Les patients présenteront des difficultés à réaliser les transferts et diminuera la qualité de la marche.

Nous pouvons observer des rétractions musculaires, tendineuses, ligamentaires et capsulaires par manque de mobilité. Il y aura plus de tendance à l'ankylose articulaire. La spasticité présente dans certaines maladies neurologiques peut s'accroître avec l'immobilisation prolongée. La perte des amplitudes articulaires, des positionnements vicieux tel que la triple flexion des membres inférieurs peuvent être des retentissements chez ces patients.

- **L'appareil circulatoire :**

Le décubitus dorsal entraîne une augmentation du rythme cardiaque au repos et de la fréquence cardiaque en orthostatisme. Il entraîne une insuffisance cardiaque avec une fatigabilité plus rapide lors de efforts. L'immobilisation augmente le risque de stase veineuse et de risque de thrombophlébite. Nous pouvons noter une hypotension orthostatique qui peut causer des chutes chez la personne présentant ce syndrome.

- **L'appareil respiratoire :**

La position allongée stricte provoque une altération des mouvements respiratoires par diminution des volumes fonctionnels des poumons. Cela peut entraîner une dyspnée à l'effort et une hypoxie. De plus la position allongée, expose au risque d'encombrement bronchique et augmente le risque de pneumonie.

- **L'appareil digestif et urinaire :**

La constipation étant très présente chez la personne âgée, elle est majorée lorsqu'elle alitée. Cela s'explique par la diminution du péristaltisme intestinal en position allongée. A terme, il conduit à un fécalome et à une occlusion intestinale. De plus, la position allongée n'est pas la position adéquate pour extérioriser les urines et les selles et participe au risque de fécalome.

De plus, les troubles musculo-squelettiques entraînant la fonte des muscles provoque un déficit du contrôle des muscles sphinctériens. Ainsi, cela augmente les risques d'incontinences urinaires. Le déficit des muscles sphinctériens entraîne aussi la rétention urinaire avec risque de globe vésical. Ces motifs peuvent se solutionner par

la pose de sonde urinaire entraînant parfois des infections urinaires. Par conséquent, cela réduit un peu plus la mobilité du patient et augmente l'alitement de la personne.

- **Le système cutanéomuqueux :**

Une pression prolongée d'au moins 30 mmHg entraîne une baisse de la pression tissulaire en oxygène et provoque ainsi des escarres. (25) Une escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.

Des facteurs tels que l'immobilité, la dénutrition ou malnutrition, l'incontinence urinaire et fécale, la baisse du débit circulatoire sont des facteurs intrinsèques qui expliquent la survenue d'escarres. Les facteurs extrinsèques comme la pression (la durée et son gradient), la friction, les cisaillements et la macération de la peau sont à prendre en compte dans la survenue des escarres.

Les zones les plus fréquentes sont les talons, le sacrum, les trochanters, les ischions, les genoux, les malléoles et toutes saillies osseuses présente en position allongée. (26)

- **Le système neurologique :**

La perte des automatismes posturaux est l'une des conséquences neurologiques du syndrome d'immobilisation entraînant des troubles de la marche.

Un patient immobilisé dans son lit est dépendant dans ses activités de vie quotidienne entraîne chez lui des complications psychologiques. Nous pouvons retrouver un état dépressif, une anxiété avec présence de troubles du sommeil, d'anorexie et des troubles du comportement avec agitation et syndrome confusionnel par exemple.

Nous pouvons aussi retrouver les signes cliniques du syndrome de glissement et les signes psycho-comportementaux du SDPM avec peur d'être mobilisé qui maintient le patient dans ce syndrome d'immobilisation.

En définitive, le syndrome d'immobilisation présente différentes conséquences chez la personne âgée avec un risque plus ou moins grave sur celles-ci. Il est à noter que chaque conséquence est conjointe à une autre et qu'elles ne peuvent être dissociées dans leur apparition. Par exemple, l'amyotrophie entraîne une baisse du volume musculaire au niveau des membres inférieurs mais aussi une diminution du volume des muscles respiratoires, cardio-vasculaires, sphinctériens qui augmentent le risque de survenue des conséquences respiratoires, cardio-vasculaires et sphinctériennes citées plus haut. De plus, un patient présentant des signes dépressifs avec un refus de se nourrir avec une malnutrition verra son risque d'escarre augmenté.

In fine, l'installation du syndrome d'immobilisation provoque de nombreuses conséquences qui limitent le patient dans ses activités de vie quotidienne et conduit à un état de dépendance jusqu'à aboutir parfois à une restriction totale d'activité. Afin de lutter contre cet état de dépendance, il faut agir sur le syndrome d'immobilisation de façon « précoce, continue, pertinente et coordonnée dès l'entrée en soins aigus ». (17)

4. Prévention et axes de prise en charge

La prise en charge du syndrome d'immobilisation doit se faire de manière pluridisciplinaire avec une équipe formée qui a pour objectif de remobiliser le patient.

Dans un premier temps il est important d'évaluer le syndrome d'immobilisation chez la personne et rechercher les éléments physiques, psychosociaux et habitude de vie du patient et à repérer les éléments environnementaux et le matériel utilisé chez l'ensemble des patients hospitalisés. Lorsque ces éléments sont repérés il faut intervenir de manière systématique et spécifique en prévention d'un syndrome d'immobilisation.

4.1. L'évaluation initiale

L'évaluation initiale a pour objectifs d'identifier les facteurs de risques de survenue d'un syndrome d'immobilisation chez la personne âgée. Elle peut se faire grâce à différents outils. Nous nous appuyons sur l'outil AINEES ((A)Autonomie et mobilité, (I)Intégrité de la peau, (N)Nutrition/hydratation, (E)Élimination, (E)État cognitif et comportement, (S)Sommeil) qui fait partie du programme *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* publiée par Bourque et al en 2011 et qui a pour but d'évaluer le déclin fonctionnel d'une personne âgée durant son hospitalisation. Cet outil est utilisé dans tous les services du Québec recevant des personnes âgées. C'est une infirmière et une aide-soignante qui réalisent ce bilan à l'entrée du patient. Cet outil nous permet d'identifier les mêmes facteurs de risque que pour le syndrome d'immobilisation.

(A)Autonomie et mobilité :

Il est important d'évaluer le niveau d'indépendance de la personne et d'identifier les facteurs qui interviennent dans la diminution de l'autonomie pendant l'hospitalisation. Les chutes sont à relever et à repérer car elles peuvent être la cause d'une immobilisation.

Nous pouvons évaluer la mobilité du patient, sa capacité à réaliser des transferts. Pour cela il est important de repérer des signes de limitations fonctionnelles aux membres inférieurs qui limiteraient le patient dans ses mouvements.

L'hypotension orthostatique peut provoquer des problèmes d'équilibre et de vertige lorsque la personne se lève, effectue des transferts ou tout changement de hauteur lié à la verticalisation.

L'évaluation de l'endurance à la marche et la qualité du pas sont à prendre en compte. Il faut repérer chez le patient des signes de dyspnée, de sudation, de fatigue, d'augmentation de la fréquence respiratoire et cardiaque, d'augmentation de la pression artérielle. Lors de la marche, une boiterie, des pieds trainants, un piétinement au démarrage, une marche hésitante et à petit pas et une rétropulsion sont des éléments physiques à identifier.

Enfin, il faut repérer une douleur ou inconfort lors de la mobilisation et évaluer les traitements antalgiques mis en place.

(I)Intégrité de la peau

Il est nécessaire d'évaluer précocement le risque d'escarres par une échelle de type Braden. L'équipe pluridisciplinaire doit veiller à l'état cutané du patient et vérifier les zones les plus à risques d'escarres (sacrum, talon, ischions, trochanters...)

(N) Nutrition/hydratation

L'évaluation du poids du patient, son appétit, son état nutritionnel et hydriques sont importants à prendre en compte. Ils sont corrélés au risque d'apparition d'escarre. L'équipe doit veiller à la pesée du patient de façon hebdomadaire et surveiller les courbes de poids. Les troubles de la déglutition doivent être repérés précocement.

(E) Élimination

L'équipe soignante doit veiller au transit du patient par le dépistage de rétention urinaire, d'incontinence urinaire, de constipation ou d'un fécalome.

(E) État cognitif et comportement

La confusion et le syndrome de glissement sont à repérer chez la personne âgée. L'échelle *Geriatric Depression Scale* (GDS) permet de repérer des troubles de l'humeur.

(S) Sommeil

Il est important de repérer des troubles du sommeil car ils peuvent entraîner une somnolence la journée et inciter le patient à rester au lit.

Par la suite, une fois les signes cliniques repérés et évalués il faut mettre en place des mesures d'intervention dans le but de lutter contre l'apparition du syndrome.

4.2. Interventions prioritaires

Les interventions doivent être faites pour tout patient hospitalisé dans le but de prévenir un syndrome d'immobilisation.

(A) Autonomie et mobilité :

Dans un premier temps il est important de lever l'immobilisation ou toute restriction d'activités au lit par la mise en place d'un positionnement au fauteuil. Il est important de maximiser les temps au fauteuil. L'utilisation de contention physiques ou chimiques doit être utilisée en dernier recours et être limitée au maximum afin que le patient puisse se mobiliser.

Les sondes urinaires, les cathéters ou autre perfusion qui limiteraient le patient dans ses mouvements doivent être limitées, justifiées et réévaluées tous les jours.

La douleur doit être repérée, évaluée et traitée.

Le patient doit être stimulé et encouragé dans la participation de ses actes de la vie quotidienne en favorisant les temps de repas assis au fauteuil, la toilette au lavabo, reprendre une autonomie dans les transferts.

L'environnement peut être adapté : hauteur des WC, hauteur du lit, désencombrer les passages pour favoriser sa liberté de mouvements et diminuer le risque de chutes.

(I) Intégrité de la peau

Après avoir évalué avec une échelle validée telle que l'échelle de Braden, il est nécessaire d'adapter le support d'assise, surveiller l'état cutané tous les jours, diminuer les points de pressions en changeant les positionnements toutes les deux à trois heures.

L'équipe doit être vigilante à la macération qui augmente le risque de survenue d'escarre et donc éviter le port de protection pour incontinence.

(N)Nutrition/hydratation

Un bon état nutritionnel diminue le risque d'escarre et doit aussi faire partie des axes de prises en charges.

Il faut adapter les textures liquide et solide en cas de troubles de la déglutition, adapter l'environnement par la mise en place d'aide technique au repas et adapter l'alimentation aux besoins physiopathologiques du patient.

(E)Élimination

L'équipe pluridisciplinaire doit favoriser et inciter le patient à se rendre aux WC, seul ou bien accompagné afin d'éviter les protections pour incontinence. De plus, le décubitus ne favorise pas la vidange vésicale. L'environnement du patient peut être adapté afin d'améliorer son autonomie aux WC (hauteur du siège surélevé, barre d'appui, environnement désencombré)

Il est important de surveiller quotidiennement les selles et les urines afin d'éviter le fécalome ou une rétention urinaire.

Lors de l'incontinence, il est possible de mettre en place des poches de jambes qui favorisent la mobilité du patient.

(E)État cognitif et comportement

Il faut maintenir les capacités cognitives du patient en le stimulant verbalement, favoriser l'orientation dans le temps et l'espace de manière quotidienne avec une horloge, un calendrier. Le port de lunettes ou de prothèses auditives peuvent aider le patient à maintenir des capacités de communications.

La confusion chez la personne âgée est à prévenir par un environnement adapté qui ne le sur-sollicite pas, dans lequel il n'est pas isolé et favoriser la présence de la famille.

(S)Sommeil

Les traitements peuvent avoir des effets hypnotiques ou sédatifs et sont à réévaluer car ils peuvent provoquer une confusion, des chutes ou l'immobilisation. L'équipe peut favoriser l'utilisation de moyens non-médicamenteux comme la mise en place d'un environnement calme.

Ces interventions doivent se faire de manière pluridisciplinaire avec une équipe formée à la population gériatrique. L'ergothérapeute peut faire partie de cette équipe pluridisciplinaire.

Ergothérapie

1. Définition

L'ergothérapie est une profession de la santé qui a pour objectifs « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace ». (27) L'ergothérapeute s'intéresse aux effets physiques d'une lésion ou d'une pathologie mais également sur les facteurs psychosociaux et environnementaux de la personne, qui l'empêche d'agir.

Il prend en charge les patients par le biais de l'activité dans un but d'autonomie et d'indépendance dans ses actes de la vie quotidienne. Il permet de réduire ou prévenir les effets d'une pathologie ou d'un problème. L'ergothérapeute « participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie ». (27)

L'ergothérapeute est un professionnel qui ne se limite pas à une seule population et peut donc prendre en charge des personnes âgées dépendantes. L'ergothérapie en gériatrie est une spécialité et présente différentes missions.

2. Missions en institutions avec les personnes âgées

L'ergothérapeute est amené à travailler dans différentes institutions avec les personnes âgées. Parmi celles-ci nous retrouvons les établissements d'hébergement tel que les EHPAD ou les USLD. Pour ce qui est de l'hospitalisation, un ergothérapeute peut travailler dans un service de soins de suite et réadaptation gériatrique (SSR G), en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et en service d'hospitalisation à domicile (HAD) entre autres.

L'ergothérapie en gériatrie a pour principales missions de prévenir les complications liées au grand âge. L'Association française des ergothérapeutes en gériatrie (AFEG) propose des fiches de postes d'un ergothérapeute dans différents services (SSR G, EHPAD, équipe mobile de gériatrie (EMG), unité cognitivo-comportementale (UCC)).

Dans le cadre de cette étude, nous ciblerons les fiches de postes des services de SSR et EHPAD car ces services sont les plus susceptibles de rencontrer des personnes âgées dépendantes avec un syndrome d'immobilisation.

En accordant les fiches de postes d'un ergothérapeute en EHPAD et en SSR nous pouvons établir la liste de missions suivantes : (28)(29)

- Améliorer et maintenir une autonomie et une indépendance dans tous les actes de la vie quotidienne
- Réadaptation des troubles cognitifs
- Réadaptation de la mobilité et des transferts
- Prévention et traitement du risque de chutes
- Réalisation de positionnement et d'installation des troubles posturaux assis et couché
- Assurer la formation, le conseil, l'éducation des soignants
- Participer à une démarche qualité.

Ces missions sont générales à la pratique d'un ergothérapeute en gériatrie mais elles ne traduisent pas de l'accompagnement d'un ergothérapeute face au syndrome d'immobilisation et plus particulièrement des moyens à mettre en place.

3. Accompagnement du syndrome d'immobilisation par l'ergothérapeute

La prise en charge du syndrome se fait de manière pluridisciplinaire et l'ergothérapeute peut faire partie de cette équipe.

Comme pour la prise en charge du syndrome d'immobilisation, la première étape de l'ergothérapeute consiste à faire un diagnostic et à évaluer le patient. Il existe différentes évaluations comme *l'Équilibre Vie Quotidienne* (EVQ), *Activities of Daily Living* (ADL), *Tinetti*, *Get up and Go*, la *Grille d'analyse des schémas moteurs* qui sont des bilans qui permettent à l'ergothérapeute de cibler les facteurs de risques d'un syndrome d'immobilisation.

Afin de réaliser son diagnostic, l'ergothérapeute peut aussi utiliser un modèle conceptuel. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) considère le patient en évolution dans son environnement et son engagement humain dans ses activités. A travers un recueil de données et une pratique l'ergothérapeute peut établir par la suite son plan d'intervention à travers des moyens de prise en charge du syndrome d'immobilisation.

3.1. Modèle de l'occupation humaine

Le modèle de l'occupation humaine a été décrit par Gary Kielhofner en 1975 aux États-Unis. Il aborde la notion d'*occupation*, terme anglophone qui n'a pas de traduction à proprement dites en France mais qui sera traduit en « activités signifiantes et significatives ». Leontiev expliquera que le mot *signifiant* évoque le sens donné à la personne à l'activité et *significatif* évoque le sens donné par un groupe social de personne.

Gary Kielhofner définit le MOH comme l'ensemble des activités, de loisirs ou de vie quotidienne, inscrit dans un contexte socioculturel, temporel et physique.

Selon le concepteur, l'être humain peut se comprendre selon 3 composantes :

- La volition : motivation d'une personne à agir sur son environnement. Ce sont tous les processus qui aboutissent aux choix d'activité, les valeurs et les intérêts personnels.
- L'habitation : permet d'organiser et de simplifier la vie quotidienne. Elle comprend les habitudes et les rôles liés à la société.
- Les capacités de rendements qui permettent à l'action de se réaliser sont dépendantes des composantes objectives (physique et cognitif) et subjectives (sensation et vécu de la personne).



Figure 2 : Schéma du modèle de l'occupation humaine

Ces trois composantes en lien avec l'environnement permettent de voir comment l'individu s'adapte et comment ils gèrent les différences physiques et culturelles de celui-ci. Kielhofner insiste sur l'interaction entre la volition, l'habitude et la capacité de rendement avec l'environnement qui selon lui se compose de l'environnement physique (les objets, les espaces physiques qui nous entourent) et de l'environnement social (les groupes auxquels on appartient). De cette synergie entre ces quatre composantes résulte les pensées, les comportements et les émotions que nous avons en pratiquant une activité. C'est l'agir. L'agir se décrit également sous trois niveaux : la participation, le rendement occupationnel et les habiletés. La participation est l'engagement dans des activités significatives et significatives. Le rendement est la réalisation d'une activité. Les habiletés sont toutes les actions directement observable (habileté motrice, opératoire et d'interaction et de communication). L'agir signifie que c'est en pratiquant une activité que l'on développe des capacités, des compétences et que l'on construit notre identité occupationnelle. (30)(31)

Ce modèle s'applique aux personnes qui s'inscriraient dans un syndrome d'immobilisation. Par exemple, la volition peut être bouleversé par l'arrivée d'une situation de handicap qui entraîne une diminution de participation dans les activités de vie quotidienne qui réduit le rendement de celles-ci, corrélées à une diminution des habiletés motrices. De plus, si l'environnement n'est pas adapté à la situation de handicap cela peut impacter de nouveau la volition et l'engagement de la personne à agir. Par conséquent le patient peut donc se retrouver aliter en rentrant dans ce cercle vicieux.

Enfin, ce modèle étant centré sur la personne et fortement humaniste, il aide le thérapeute dans son recueil de données à cibler les composantes d'une personne et à faire émerger des questionnements pour mieux comprendre le patient. Ce modèle structure la pratique de l'ergothérapeute et lui permet d'ajuster au mieux les moyens de prise en charge.

3.2. Moyens de prise en charge

Les moyens de prises en charge sont établis par rapport aux missions de l'ergothérapeute en gériatrie ciblées plus haut.

Prioritairement, il faut lever l'alitement le plus tôt possible afin de lutter contre l'immobilisation au lit. L'ergothérapeute peut donc réaliser un positionnement au fauteuil qui limite les positions vicieuses et dangereuses qui favoriseraient l'apparition d'escarre. Pour lutter contre le syndrome d'immobilisation, il est important de maximiser les temps au fauteuil mais pour le reste du temps l'ergothérapeute pourra réaliser un positionnement au lit qui n'est pas délétère pour la personne. L'ergothérapeute doit s'assurer des changements de positions réguliers pour limiter le risque d'escarre.

Ensuite, l'ergothérapeute doit favoriser la reprise de mobilité et l'amélioration et le maintien de l'autonomie et de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Notre intervention favorisera la reprise d'activités quotidiennes par le patient par des séances de rééducation, et de réadaptation de l'environnement si nécessaire avec des aides techniques.

L'autonomie est aussi recherchée dans les transferts et la mobilité de la personne âgée. C'est à travers la mission de réadaptation de la mobilité et des transferts que l'ergothérapeute vise à maintenir les bons schémas moteurs par des techniques d'activation motrice ou ergomotricité. L'ergomotricité a pour objectif de réduire tous les gestes inutiles, fatigables qui rendent l'action plus efficace et qui peuvent entraîner des troubles musculo-squelettiques. (32) Il peut accompagner les équipes dans la reprise d'activités du patient, les former à la bonne utilisation des aides techniques mais aussi aux techniques de manutentions et ergomotricité.

L'ergothérapeute utilise les activités qui sont signifiantes et significatives pour le patient dans un but de rééducation.(33) Leontiev indique qu'une activité est signifiante pour le patient lorsqu'elle a un sens pour la personne et elle est significative lorsqu'elle a un sens pour l'environnement social. C'est par des mises en situations de la vie quotidienne du patient, que l'ergothérapeute pourra stimuler les différentes fonctions du patient comme l'équilibre debout, la coordination des membres supérieurs et la vitesse d'exécution.

La prévention et le traitement du risque de chutes se traduit par l'utilisation d'aides techniques au déplacement et au transfert, la réadaptation et rééducation posturale et l'apprentissage de stratégies de prévention des chutes. L'ergothérapeute peut aussi être amené à aménager l'environnement pour qu'il soit plus sécuritaire pour le patient. Il peut adapter les hauteurs d'assises, mettre des barres de redressement latéral au niveau du lit pour faciliter les transferts. La prévention du risque de chutes passe aussi par des alternatives aux contentions physiques. L'ergothérapeute peut proposer des programmes de prévention et réduction des contentions. L'utilisation d'aides techniques, ou d'aide au positionnement peuvent lutter contre l'emploi de contentions physiques. Une fois de plus, il peut former et informer les équipes soignantes aux techniques de manutentions et ergomotricité. Ces techniques permettent au soignant de se préserver. Cela diminue la peur du vide antérieur et la peur d'être manipulé du sujet âgé lors des manutentions.

Notre intervention auprès des équipes soignantes se fait sur la formation et l'éducation sur le syndrome d'immobilisation, ses causes, ses conséquences et ses axes de prise en charge afin de favoriser la continuité des soins. L'ergothérapeute peut aussi informer les aidants sur l'importance de la mobilisation de leur proche, les techniques de mobilisation et sur les signes à repérer du syndrome d'immobilisation.

La réadaptation des troubles cognitifs vise à maintenir des capacités cognitives telles que l'orientation spatio-temporelle, les capacités de communication ou encore la mémoire. Les interventions de l'ergothérapeute se basent sur la répétition de mises en situation d'activités quotidienne signifiantes. Il peut aussi adapter l'environnement pour qu'il soit plus stimulant pour le patient.

Enfin, l'ergothérapeute participe à une démarche de qualité des soins en coopérant avec les différents acteurs. Grâce à son champ de compétences il évalue sa propre pratique et la fait évoluer. Il assure une veille professionnelle. Ce professionnel participe aussi aux échanges pluridisciplinaires et rend compte de sa pratique par des transmissions orales ou écrites.

In fine, l'ergothérapeute tient une place importante dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation. L'utilisation de l'activité par le thérapeute permet au sujet âgé de se remobiliser et lui permet une réadaptation de ses capacités motrices, cognitives et sociales. Ses missions de formations et informations auprès des soignants et son implication dans l'équipe pluridisciplinaire contribue à l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée.

De la théorie à la problématique

Ces différents points m'ont amené à me poser les questions suivantes :

- Est-ce que ce syndrome est connu dans les services en gériatrie ? Comment est-il évalué et pris en charge ?
- Les ergothérapeutes ont-ils des connaissances sur ce syndrome ? Comment interviennent-ils en service de gériatrie ? Est-ce que leurs pratiques luttent contre ce syndrome ?
- Comment amener un ergothérapeute à se poser la question de l'alitement en institution auprès de personnes âgées ?

Il en découle une problématique centrale : **Quelles sont les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation chez la personne âgée en institution ?**

Hypothèses :

- ⇒ Les ergothérapeutes ont connaissances des causes et conséquences du syndrome d'immobilisation.
- ⇒ Ils réalisent des pratiques pour lutter contre les causes et conséquences de l'immobilisation.
- ⇒ Ils collaborent en interprofessionnalité pour lutter contre les causes et conséquences de l'immobilisation.

Méthodologie de recherche

1. Objectifs

Les objectifs de cette étude sont :

- Identifier les connaissances des ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation et la définition qu'ils peuvent en faire.
- Relever des pratiques en ergothérapie qui favorisent la lutte du syndrome d'immobilisation.
- Souligner l'importance du rôle de l'ergothérapeute dans une équipe pluridisciplinaire pour la prise en soin de ce syndrome.

L'étude menée est une analyse de pratique professionnelle et ne nécessite pas de comité d'éthique.

2. Population interrogée

La population ciblée se portait exclusivement sur des ergothérapeutes diplômés, travaillant dans des structures accueillants une population âgée de 65 ans et plus. Les structures pouvaient être des institutions avec hospitalisations (type SSR, MPR...) ou bien des institutions avec hébergement (EHPAD, USLD...). Nous excluons les ergothérapeutes ne travaillant actuellement plus avec la population âgée.

Pour cette étude nous acceptons l'absence et la présence de connaissances du syndrome d'immobilisation chez les ergothérapeutes.

Le questionnaire respectait l'anonymat de chaque personne.

3. Outils de recherche

L'outil utilisé pour répondre à cette étude était un questionnaire. Le questionnaire a été réalisé à l'aide du logiciel SphinxOnline. Ce questionnaire était à remplir par les ergothérapeutes. Il n'était pas validé et était conçu pour cette étude uniquement.

Le questionnaire a été transmis aux ergothérapeutes par internet ce qui a permis d'avoir une transmission rapide, non coûteuse et plus large au niveau géographique. Le logiciel Sphinx était facile d'utilisation, permettait d'avoir différents types de questions et facilitait une diffusion facile et rapide.

3.1. Mode de diffusion

Le questionnaire a été diffusé le 5 avril 2021 et l'enquête a été clôturée le 2 mai 2021.

Il a été diffusé aux ergothérapeutes exerçants avec une population âgée de plus de 65 ans en France. La transmission du questionnaire s'est faite à travers les réseaux sociaux notamment les pages dédiées à l'ergothérapie comme sur *Facebook®* : « Mémoire ergothérapie », « Le coin de l'ergothérapie » entre autres où j'ai pu déposer mon lien de questionnaire.

De plus, j'ai aussi ciblé des ergothérapeutes de la région et du département de mon institut, qui travaille dans le domaine de la gériatrie. Je leur ai envoyé le lien de mon questionnaire par courrier électronique.

3.2. Contenu du questionnaire

Le questionnaire comprenait 17 questions dont celles sur les données personnelles des répondants.

Les questions devaient être comprises par tous. L'utilisation du vocabulaire professionnel était adaptée pour les ergothérapeutes.

Les questions pouvaient être ouvertes ou fermées. Les questions fermées sont en majorité et permettent de réduire le temps de passation et faciliter l'analyse des réponses. Les réponses sont analysées de manière quantitatives. Les questions ouvertes permettent de recueillir les avis et les opinions des ergothérapeutes en toute franchise. Celles-ci sont analysées par thèmes et mots clefs.

Tout d'abord, nous retrouvons une introduction du sujet de l'enquête avec les critères d'inclusion et le temps de passation. La problématique de notre étude est affichée clairement afin que le lecteur comprenne ce que l'on recherche.

Ensuite, l'étude se divise en trois parties :

Partie 1 : Informations générales – question 1 à 5

Cette partie permet de recenser les informations générales sur les participants de l'étude. Elle met en avant le sexe, l'âge, l'année d'obtention du diplôme, le service dans lequel le professionnel est rattaché et le nombre d'années d'expériences en gériatrie.

Pour cette partie, nous avons fait le choix de fonctionner avec des questions essentiellement fermées avec choix multiples pour rendre l'utilisation du questionnaire plus rapide et faciliter l'analyse des résultats. Les années d'expériences étaient demandées à l'aide d'une question ouverte afin d'éviter un trop grand nombre de réponses à choix multiples et de perdre le lecteur.

Partie 2 : Les connaissances sur le syndrome d'immobilisation – question 6 à 8

Dans cette partie, nous nous intéressons aux connaissances des ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation. Cette partie nous permettait d'évaluer si le répondant connaissait le syndrome d'immobilisation. Même si le répondant ne le connaissait pas, le but n'était pas qu'il se sente hors du sujet et désinvesti de l'enquête. Les autres questions permettaient qu'il puisse se corriger et donner son avis sur ce qu'il pensait être le syndrome d'immobilisation. Une première question permettait de nommer clairement si l'ergothérapeute connaissait ce syndrome via une question dichotomique.

Une question ouverte permettait à l'ergothérapeute de définir avec ses propres mots le syndrome. Une question fermée, à choix multiple avec ordre de priorité nous permettait d'affiner l'évaluation des connaissances et inciter le participant à se questionner sur la ou les meilleures propositions. Pour cette question nous proposons différentes définitions ou affirmations du syndrome d'immobilisation. Les modalités de réponses n'étaient pas choisies au hasard. Nous avons fait le choix de prendre des définitions d'auteurs, la définition de Grumbach « *c'est l'ensemble des symptômes physiques, physiologiques et métaboliques résultant de la décompensation de l'équilibre précaire du vieillard, par le seul fait de*

l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles » et de Bourque et al. « Il découle des conséquences de l'alitement ou de la réduction des mouvements et de la mobilité ». De plus, nous avons ajouté la proposition *« Il est une conséquence de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation »* qui est défini par l'HAS. Enfin une dernière proposition permettait que les réponses ne soient pas toutes vraies.

Enfin, nous proposons une sorte de correction de la partie « connaissance ». Nous donnions plusieurs définitions du syndrome d'immobilisation afin que le participant ne soit pas induit en erreur pour la suite du questionnaire et qu'il puisse y répondre sur des connaissances vérifiées et non sur ses propres suppositions.

Partie 3 : Les pratiques sur le syndrome d'immobilisation – question 9 à 17

Cette partie ciblait les pratiques dans la lutte du syndrome. Nous nous intéressions aux missions qui selon les ergothérapeutes pourraient lutter contre le syndrome d'immobilisation de manière générale puis plus précisément les missions en ergothérapie et les moyens qu'ils mettraient en place.

Nous avons utilisé des questions fermées, à choix multiples, avec ordre de priorité afin que nous puissions évaluer ce que l'ergothérapeute mettrait en place en premier dans la lutte de ce syndrome. Afin de proposer des missions diverses qui correspondent à la population gériatrique nous nous appuyons sur les missions de l'AFEG (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie). D'autres questions sont ouvertes afin de laisser chaque participant donner son avis, des exemples plus précis de prise en charge de ce syndrome.

Cette partie favorise l'identification des rôles et objectifs du participant dans une équipe pluridisciplinaire et sa collaboration avec les différents professionnels. Pour cela, nous avons utilisé une question avec indicateur de jauge qui montre la fréquence de collaboration avec certains professionnels. Cette question était présentée au participant seulement s'il sélectionnait « travail en pluridisciplinarité » à la question précédente.

Enfin, trois dernières questions permettaient aux participants d'auto-évaluer leurs pratiques et d'identifier les besoins qu'ils auraient pour améliorer leurs pratiques.

4. Analyse des résultats

Afin de présenter, d'analyser et de synthétiser les résultats de notre questionnaire nous nous sommes appuyés sur le logiciel *SphinxOnline* ainsi que le tableur *Microsoft Excel*.

Les résultats de cette étude ont été analysés de manière descriptive. La plupart des questions ont fait l'objet d'un tri à plat et certaine d'un tri croisé. Nous avons utilisé des moyennes pour calculer l'année d'obtention du diplôme par exemple.

Les réponses des questions ouvertes sont analysées à l'aide d'une grille en regroupant les mots par thèmes ou mots-clefs.

Résultats

1. Généralités

Nous avons obtenu au total 25 réponses au questionnaire. Toutes les réponses sont prises en comptes et respectent les critères de sélection.

La plupart des ergothérapeutes étaient des femmes puisqu'elles étaient 24 à avoir répondu à l'étude.

Parmi ces 25 ergothérapeutes, la tranche d'âge la plus représentée était celle située entre 20 et 30 ans (17/25 pour les 20-30 ans). En moyenne les ergothérapeutes étaient diplômés en 2020.

Les ergothérapeutes ayant répondu à notre questionnaire travaillaient dans des SSR G, USLD et EHPAD (Figure 3). Les réponses « autres » étaient des services tel que les UCC, UHR et UGA.

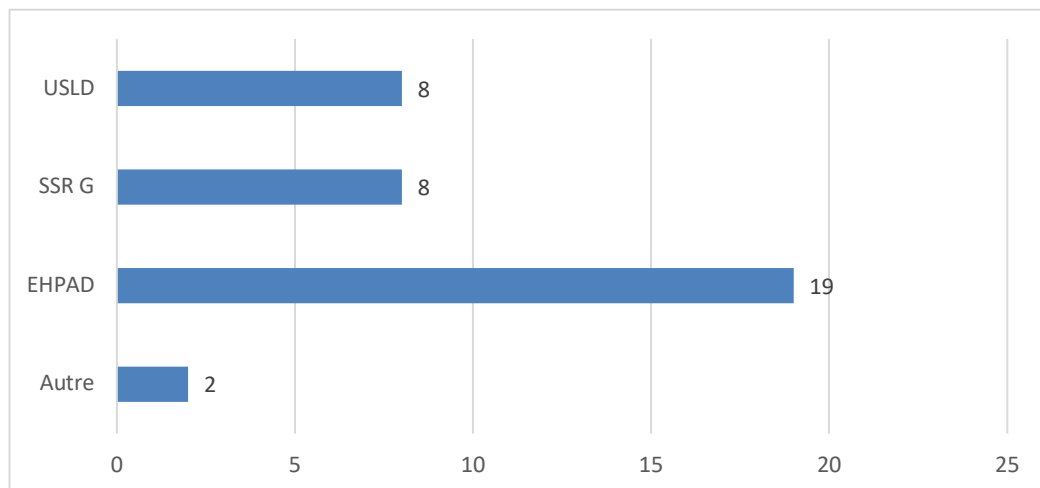


Figure 3 : Services dans lesquels les ergothérapeutes interviennent

De plus, le nombre d'années d'exercices professionnelles avec la population gériatrique des ergothérapeutes est présenté dans la figure 4.

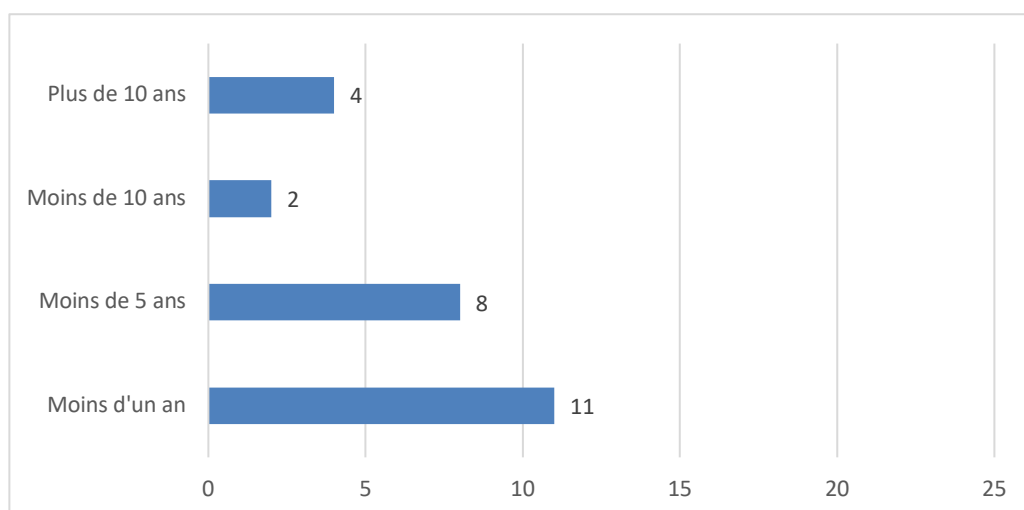


Figure 4: Nombre d'années d'exercices professionnels avec la population gériatrique

2. Connaissances sur le syndrome

Un peu plus de la moitié des ergothérapeutes ayant répondu à l'étude connaissaient le syndrome d'immobilisation (13/25 de réponses « oui » et 12/25 de réponses « non »). Parmi ces 13 ergothérapeutes ayant répondu « oui », nous avons relevé des définitions du syndrome d'immobilisation, du type :

- « Conséquences suite à un alitement prolongé et ou réduction d'activité suite à une pathologie ou une annonce particulière qui joue sur le niveau de dépression de la personne notamment. Cela peut commencer par une sorte d'apathie à un évènement marquant, il est souvent confondu avec le syndrome de glissement ».
- « Le syndrome d'immobilisation est une conséquence de la réduction de la mobilité et d'un alitement prolongé. Ce dernier entraîne une diminution de la mobilité et une perte musculaire importante. Il est un frein majeur à l'indépendance de la personne et engendre une diminution des activités de la vie quotidienne réalisées par la personne elle-même ».
- « Le syndrome d'immobilisation est consécutif à un alitement prolongé ou à une réduction de la mobilité chez la personne âgée, en raison par exemple de la diminution ou de l'arrêt des AVQs. Il peut se manifester à travers un syndrome de désadaptation psychomotrice ou un syndrome de glissement par exemple dans un premier temps ».
- « Selon moi, un syndrome d'immobilisation ce sont l'ensemble des conséquences (au niveau cutané, musculaire articulaire notamment) d'un alitement prolongé, ou d'une immobilisation forcée ou non (les contentions par exemples, avec les fauteuils coquilles, les ceintures pelviennes) ».
- « Suite à un alitement forcé, le patient développe des symptômes du syndrome de désadaptation motrice et physique qui peuvent être associé à une apparition d'escarres, voire de troubles de la tension ».
- « Troubles physiques, psychomoteurs, psychologiques consécutifs à des temps d'alitement prolongé ».

De plus, un tri croisé entre l'année de diplôme et les réponses obtenues à la question 6 qui était « connaissez-vous le syndrome d'immobilisation ? » nous permettent d'établir le tableau 1 :

Réponse \ Année du diplôme	Année du diplôme		TOTAL
	Moins de 2 ans de diplôme	Plus de 2 ans de diplôme	
« oui »	9	4	13
« non »	6	6	12
TOTAL	15	10	25

Tableau 1 : Année d'obtention du diplôme par rapport aux connaissances des 25 ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation

Ensuite nous avons demandé aux participants de sélectionner parmi les définitions du syndrome d'immobilisation, celle(s) qui correspondait(ent) le mieux selon eux. Les effectifs sont retracés dans la figure 5.

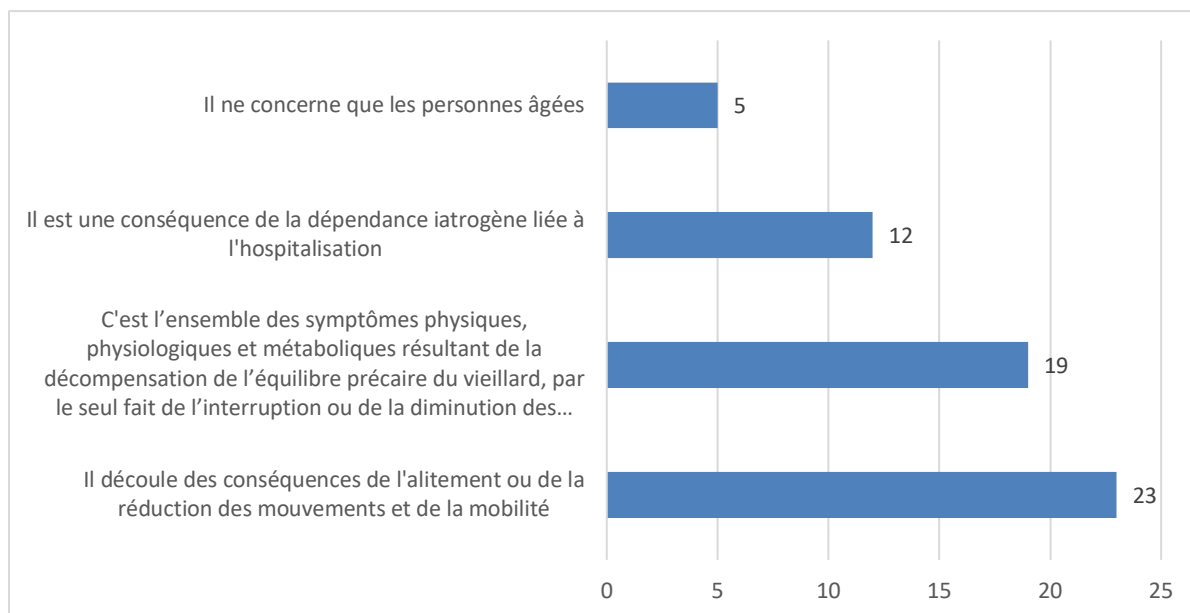


Figure 5 : Définitions qui correspondaient le mieux au syndrome d'immobilisation sur les 25 ergothérapeutes interrogés

3. Pratiques sur le syndrome

3.1. Pratiques générales

La figure 6 ci-dessous, présentait les réponses des 25 ergothérapeutes sur les axes de prise en charge (généraux) qu'ils réaliseraient dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation.

De plus, les ergothérapeutes devaient classer par ordre de priorité leurs réponses. Les réponses qui ont été mises en priorités sont « prise en charge pluridisciplinaire », « soulager la douleur » et « réaliser des activités de vie quotidienne et activités de transferts ».

Enfin, parmi les 25 ergothérapeutes, 4 ont répondu « autre » et 3 d'entre eux ont justifié en argumentant :

- « Définir les objectifs du patient (choix de vie, besoin réel, motivation) »
- « Former les aides-soignants à la prévention de ce syndrome »
- « En fait l'ensemble des éléments cités et pour la priorité cela dépend du patient... »

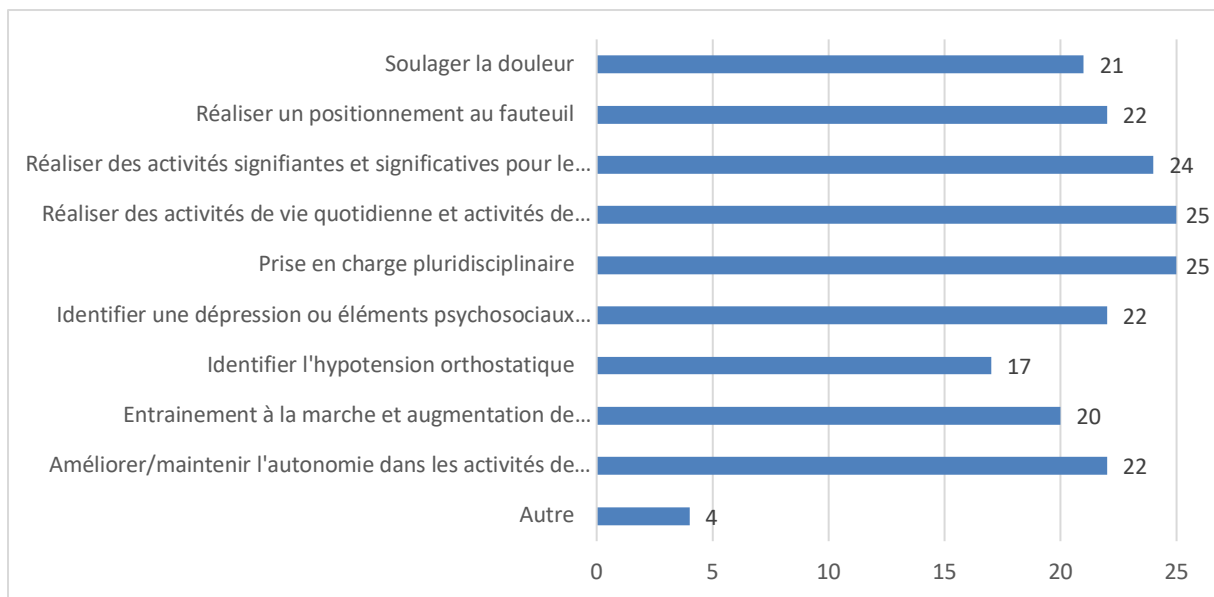


Figure 6 : Axes de prises en charges (généraux) qu'utiliseraient les 25 ergothérapeutes dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation

3.2. Pratiques en ergothérapie

Nous avons interrogé les ergothérapeutes dans le cadre de leur profession, quelles missions ils réaliseraient en priorité dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation. Nous avons précisé qu'ils pouvaient en choisir 4 maximum.

Parmi toutes les modalités de réponses, les 4 missions qui ont été le plus citées sont retracées dans la figure 7.

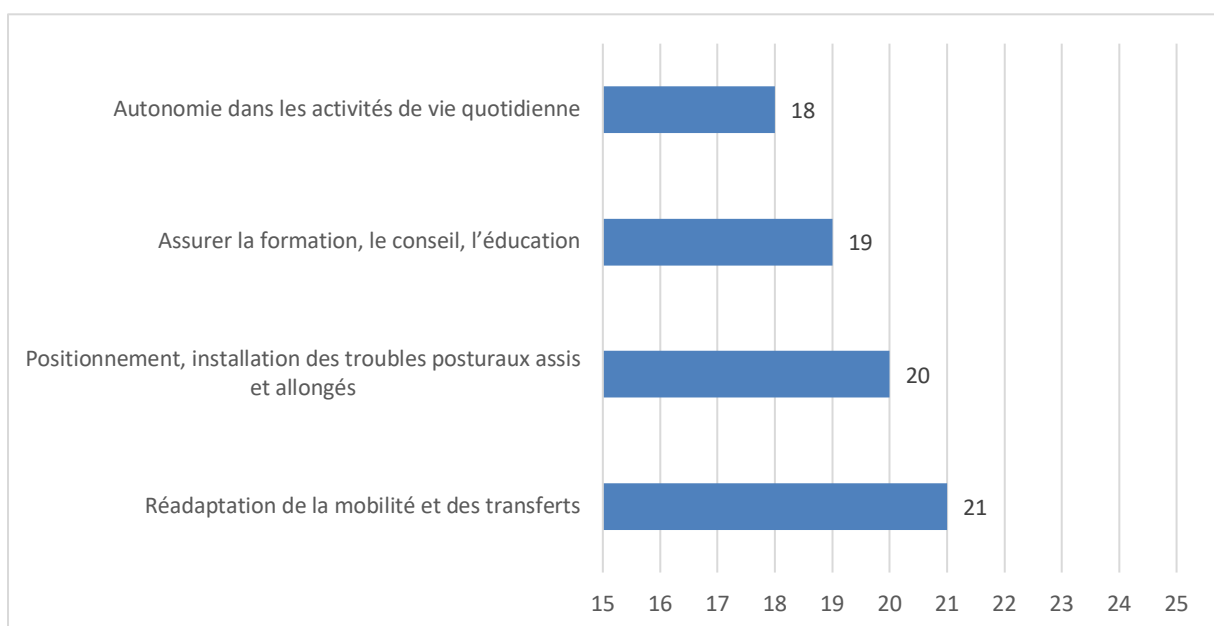


Figure 7 : Les 4 missions prioritaires en ergothérapie dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation selon les 25 ergothérapeutes

Par la suite, nous leur avons demandé de justifier pour chaque mission sélectionnée, quels moyens ils mettraient en place pour lutter contre le syndrome.

D'après les 4 missions sélectionnées dans la question précédente nous avons relevés différents moyens que les ergothérapeutes ont notés et qui sont souvent apparus. Nous les avons classés dans le tableau 2.

MISSIONS	MOYENS
<i>Réadaptation de la mobilité et des transferts</i>	- « Mobilisation active et passive, stimulation motrice ». - « Apprentissage des schémas moteurs naturels ». - « Séance au lit, avec transfert couché/assis, assis/debout en lien avec une désadaptation psycho-motrice ». - « Utilisation d'aide-technique (barre de redressement latéral, guidon de transfert) ».
<i>Positionnement, installation des troubles posturaux assis et allongés</i>	- « Utilisation d'aide technique au positionnement (matelas et coussin anti-escarre, dossier) ». - « Positionnement au fauteuil au maximum et réglage du fauteuil selon le patient (abaissement de la hauteur de l'assise notamment pour permettre un déplacement podal, réglage de la profondeur des accoudoirs pour faciliter les transferts) ». - « Améliorer le confort et assurer des changements de position toutes les 2h ». - « Positionnement pour soulager la douleur ». - « Participer à des formations sur le positionnement ».
<i>Assurer la formation, le conseil, l'éducation</i>	- « Formation auprès du personnel soignant concernant l'installation, les méthodes de mobilisation : explications complètes pour essayer d'automatiser les bons gestes et postures ainsi que les bonnes méthodes de transferts ». - « Information en chambre du positionnement par une affiche (qui doit être comprise par tous) ». - « Échanges pluridisciplinaires, présence lors des réunions de synthèse ». - « Former et conseiller les aidants et la personne si possible ».
<i>Autonomie dans les activités de vie quotidienne</i>	- « Mise en situation et évaluation de la toilette, de l'habillage, des transferts, évaluation à la marche, évaluation des repas ». - « Bilan des compétences et de la volition de la personne ». - « Activités signifiantes et significatives ». - « Mise en place d'aides techniques pour les repas, les déplacements, les transferts, l'habillage : activité de vie quotidienne et loisirs ».

Tableau 2 : Moyens de rééducation que les ergothérapeutes réaliseraient selon les 4 missions relevés

La question suivante permettait de cibler quels moyens les ergothérapeutes mettaient en place actuellement dans leurs services. Les réponses sont retranscrites dans la figure 8.

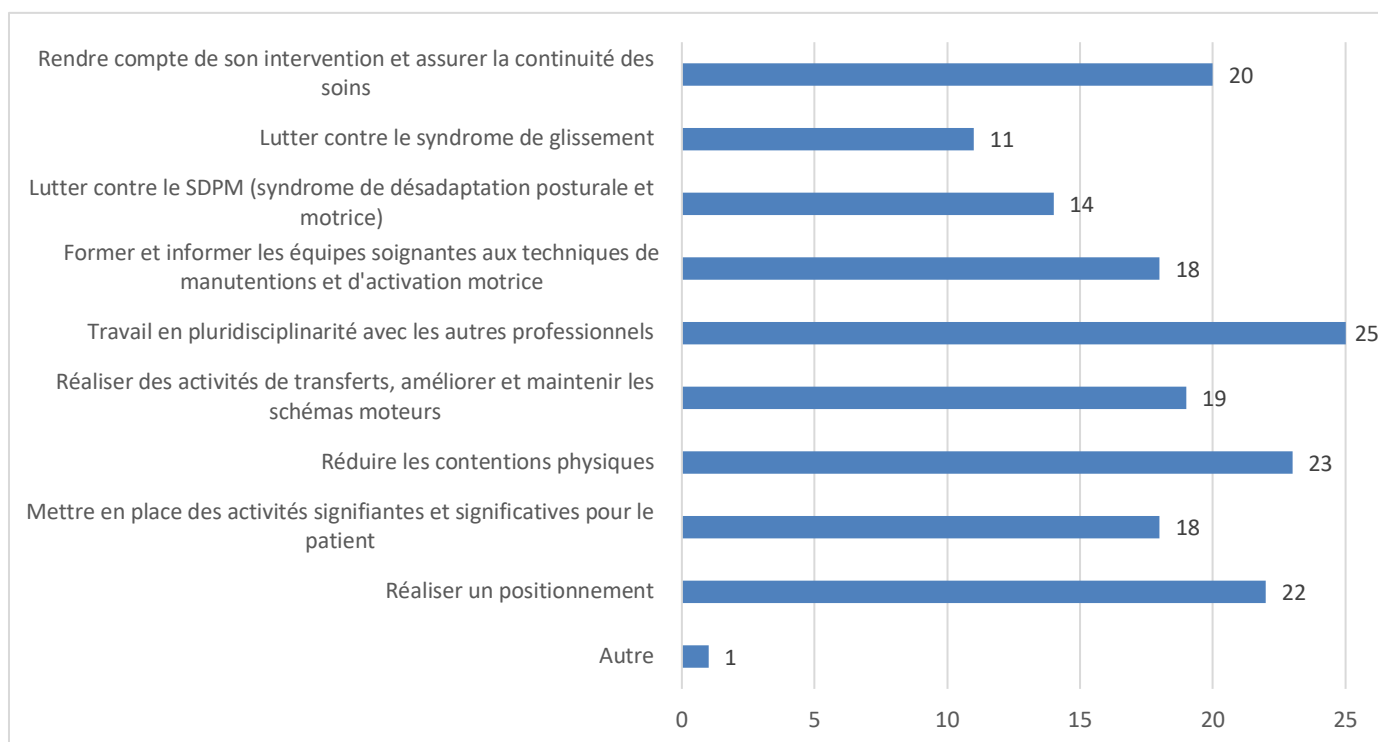


Figure 8: Moyens mis en place dans les services dans le but de lutter contre le syndrome d'immobilisation selon les 25 ergothérapeutes

La fréquence avec laquelle les 25 ergothérapeutes interviennent avec les professionnels médicaux et paramédicaux est présentée dans la figure 9.

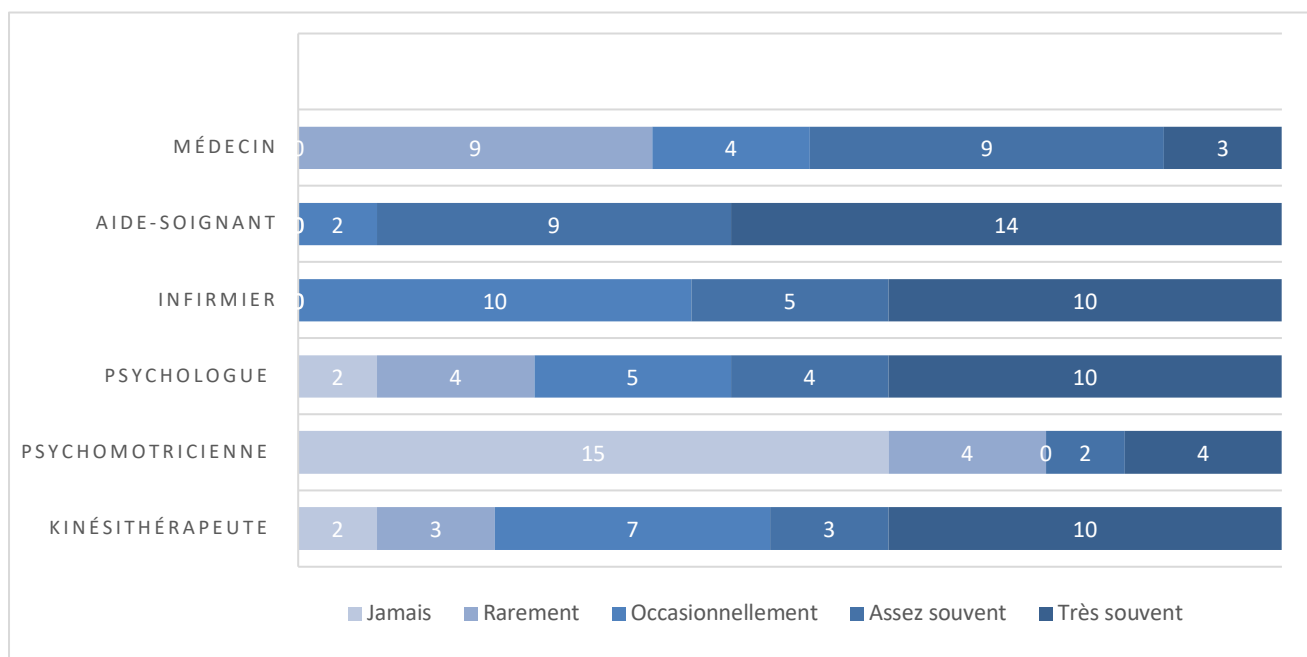


Figure 9: Fréquence de collaboration entre l'ergothérapeute et les autres professionnels

Par la suite nous demandions aux ergothérapeutes de préciser pour quels objectifs ils collaboraient avec un autre professionnel. Pour présenter les résultats de la question, nous avons décidé de trier chaque réponse par professionnel grâce au tableau 3. Dans nos réponses, les ergothérapeutes ont très souvent rattaché les aides-soignantes et les infirmières donc nous choisissons de les rassembler dans la présentation de nos résultats.

De plus, 4 ergothérapeutes sur 25 ont noté qu'il n'y avait pas de psychomotricienne dans leurs services et par conséquent ne pouvaient pas collaborer avec eux.

PROFESSIONNELS	OBJECTIFS
<i>Médecin</i>	- « Demande de prescription ergo et autres » - « Adaptation sur le plan purement médical » - « Pour le changement de traitement si besoin, pour retirer une contention (je ne suis pas favorable à contention, quand il n'y pas d'autre solution OK sinon non), pour le retour au domicile (mon temps de travail en SSR) les prescriptions en aide technique. »
<i>Aide-soignant</i> <i>Infirmier</i>	- « Pour le transfert de la rééducation dans les AVQ » - « Information sur le caractère involontaire du patient dans ces troubles, et comment aider celui-ci. » - « Afin de permettre la continuité des soins, la continuité du travail de réadaptation et rééducation tout au long de la journée, pour informer les professionnels des progrès (ou non) réalisés et ainsi leur permettre d'ajuster leurs interventions en fonction des réelles capacités et incapacités de la personne. » - « Accompagnement et stimulation quotidienne dans les AVQ » - « Les soins personnels, stimulation, installation, transferts ». - « Infirmier : Analyse et réflexion de la médication des résidents (notamment sur les neuroleptiques souvent responsables de chutes ou d'attitude posturale amplifiant le risque de chute et la somnolence) et aide-soignant : positionnement au lit en collaboration ».
<i>Psychologue</i>	- « Si dépression ou peur de la chute (SDPM) ». - « Collaboration avec la psychologue pour lutter contre les troubles anxieux et suivi motivationnel dans leurs activités significantes et significatives ». - « Impact de la psyché sur la motricité et l'engagement dans l'activité ». - « Pour l'état psychologique du patient, savoir ce qu'il se sent capable de faire ». - « Soutien psychologique, auprès de la personne et de la famille ». - « Mise en place d'activités significantes (jeu de société notamment), discussion sur l'état psychique des patients, travail de la valorisation et de l'estime de soi. »
<i>Psychomotricienne</i>	- « Aller dans le même sens, afin de lutter contre les peurs de verticalité, et travail en complémentarité ». - « Travail de la posture et du schéma corporel ». - « Sur la lutte contre le syndrome de glissement et sur le SDPM ». - « Mobilisation, relaxation, schéma corporel, sensation du corps ».

Kinésithérapeute

- « Travail appareil locomoteur et transferts ».
- « Maintient musculaire et de l'équilibre ».
- « Pour la rééducation motrice principalement ».
- « Mobilisations, renforcement musculaire, verticalisations ».

Tableau 3: Objectifs de prise en charge entre les autres professionnels et les ergothérapeutes

Enfin, certains ergothérapeutes précisent qu'ils collaborent avec des animateurs pour la « *réalisation d'atelier équilibre* » et pour « proposer des activités la journée ». Un ergothérapeute a aussi exprimé qu'il collaborait avec un professeur APA mais n'a pas précisé pour quels objectifs.

3.3. Auto-évaluation des pratiques

Nous sollicitons les ergothérapeutes à s'interroger sur leurs propres pratiques. A la question « *pensez-vous que vos pratiques luttent contre ce syndrome ?* », la majorité des ergothérapeutes ont répondu « oui » puisqu'ils étaient 23 sur 25.

Nous enquêtons ensuite sur la satisfaction des ergothérapeutes dans leurs pratiques. Seulement 2 ergothérapeutes n'ont pas répondu à la question. Quinze d'entre eux ne semblent pas satisfait de leurs pratiques.

La dernière question du questionnaire permettait de préciser les besoins des ergothérapeutes dans l'amélioration de leurs pratiques. Les thèmes généraux qui ont été abordés sont :

- Besoin de temps
- Besoin de formations
 - Formation auprès des équipes soignantes sur le rôle de l'ergothérapeute, sur les techniques de manutentions, les contentions.
 - Formations et actualisation de la pratique en ergothérapie : formation sur le SDPM, le positionnement.
- Besoin en matériels adaptés
- Besoin de collaboration interprofessionnelle :
 - Poste de kinésithérapeute manquant ou pas assez de temps de présence sur la structure.
 - Manque de collaboration avec les équipes soignantes.

Discussion

Le recueil d'information théorique présenté en première partie de notre document et les résultats de notre étude nécessitent à présent une analyse croisée. Ainsi, cette discussion a pour objectif de vérifier nos hypothèses et ainsi de répondre à notre problématique.

1. Les objectifs de l'étude

D'une part, notre étude observationnelle permettait d'évaluer les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes qui luttent contre le syndrome d'immobilisation. Cette étude comportait différents objectifs :

- Identifier les connaissances des ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation et la définition qu'ils peuvent en faire.
- Relever des pratiques en ergothérapie qui favorisent la lutte contre le syndrome d'immobilisation.
- Souligner l'importance du rôle de l'ergothérapeute dans une équipe pluridisciplinaire pour la prise en soin de ce syndrome.

D'autre part, l'analogie entre notre analyse des résultats et nos apports théoriques nous ont permis de répondre à la problématique suivante :

Quelles sont les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation chez la personne âgée en institution ?

2. Interprétation des résultats

2.1. Les connaissances des ergothérapeutes sur les causes et conséquences du syndrome d'immobilisation

Notre première hypothèse était :

Les ergothérapeutes ont connaissance des causes et conséquences du syndrome d'immobilisation.

Sur les 25 réponses, plus de la moitié des ergothérapeutes ont de bonnes connaissances sur le syndrome d'immobilisation. Cela se traduit tout d'abord à travers les définitions données dans la question ouverte. En effet, nous pouvons retrouver des signes cliniques du syndrome d'immobilisation dans leur définition tels que l'alitement prolongé, la réduction d'activité, la diminution de la mobilité.

Le tableau 1 permet de mettre en évidence que les ergothérapeutes qui sont diplômés depuis moins de 2 ans ont de meilleures connaissances sur le syndrome que des ergothérapeutes diplômés depuis plus de 2 ans.

Or, les différentes propositions de définitions ont permis aux 12 ergothérapeutes qui ne connaissaient pas le syndrome de pouvoir se réajuster. La figure 5 démontre que les ergothérapeutes ont sélectionnés les définitions correctes qui correspondent à celles de l'auteur Grumbach et de Bourque et al. Cela permet de donner une validité à la réponse de l'ergothérapeute.

Enfin, parmi les réponses données à la question 7, nous pouvons identifier des termes cliniques qui sont des causes de survenue d'un syndrome d'immobilisation comme l'alitement prolongé, le syndrome de désadaptation posturale et motrice, le syndrome de glissement, les contentions. De plus, il apparaît dans les réponses des signes cliniques liés aux conséquences du syndrome d'immobilisation. Les escarres, la diminution de mobilité, la perte musculaire, l'atteinte du système cardiaque et respiratoire, les troubles de la tension, les troubles psychiques, psychomoteurs sont des termes que les ergothérapeutes ont employés dans leurs définitions du syndrome d'immobilisation.

Ainsi, nous pouvons dire que les ergothérapeutes récemment diplômés connaissent le terme clinique de syndrome d'immobilisation. Cependant, cela ne signifie pas que tous les ergothérapeutes n'ont pas de connaissances sur l'immobilisation. En effet, nous pouvons affirmer que les ergothérapeutes identifient les causes et conséquences du syndrome d'immobilisation.

Les résultats nous amènent donc à dire que notre première hypothèse de départ « les ergothérapeutes ont connaissances des causes et conséquences du syndrome d'immobilisation » est vérifiée.

2.2. Les pratiques sur le syndrome

La deuxième hypothèse était :

Ils réalisent des pratiques pour lutter contre les causes et conséquences de l'immobilisation.

D'après la figure 7 les ergothérapeutes pensent qu'il est nécessaire de réaliser une mission de **réadaptation de la mobilité et des transferts** dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation. Les moyens qu'ils mettent en place pour cette mission sont la mobilisation active et passive, la stimulation motrice, les apprentissages des schémas moteurs naturels et des transferts. La question 12 qui recensait les différents moyens mis en place actuellement (figure 8) confirme que les ergothérapeutes réalisent cette mission dans leur service. En effet, le moyen « réaliser des activités de transferts, améliorer et maintenir les schémas moteurs » est le 5^{ème} le plus réalisé. La littérature permet de confirmer nos résultats. En effet, l'ergothérapeute a pour missions de maintenir ou améliorer les capacités motrices résiduelles des sujets âgés. L'ergothérapeute en gériatrie stimule les « schémas moteurs grâce à des techniques de réactivation motrice basée sur le concept d'ergomotricité » (34). L'objectif est que le patient réalise ses transferts de manière spontanée, en réduisant la consommation d'énergie et augmenter l'efficacité de l'action. De plus, assurer une mission de réadaptation de la mobilité et des transferts permet de lutter contre le risque de chutes et de survenue d'un SDPM (syndrome de désadaptation posturale et motrice). La prise en charge de l'ergothérapeute permet d'identifier les facteurs de risques de chutes chez la personne âgée. (20) La chute et le SDPM sont deux causes d'apparition d'un syndrome d'immobilisation dont l'ergothérapeute peut prévenir l'apparition. Villaurmé rajoute qu'« en favorisant la mobilité, l'ergothérapeute diminue son isolement et améliore sa vie sociale ».

De plus, la **réduction de contentions** est le deuxième moyen le plus mis en place dans les services (figure 8). La contention est un facteur de risque de chutes. L'ANAES confirme dans son évaluation des pratiques professionnelles que la contention augmente le risque de

survenue de chutes graves entraînant le recours à un médecin, avec conséquence traumatologique avec repos au lit de plus de 2 jours. La contention est une cause de l'alitement prolongé et de la survenue d'un syndrome d'immobilisation. (21) L'ergothérapeute peut mettre en place des programmes de prévention et de réduction des contentions. Grâce à son champ de compétences l'ergothérapeute peut réaliser des bilans et évaluations. L'ergothérapeute a des connaissances sur les alternatives possibles à la contention comme les aides-techniques ou l'aménagement de l'environnement. (20)

Le positionnement, l'installation des troubles posturaux assis et allongés est l'une des 4 missions qui apparaît dans la figure 7. Les ergothérapeutes soulèvent des moyens comme l'utilisation d'aide technique au positionnement (fauteuil, coussin) et des changements de positions qui sont en rapport avec la mission citée précédemment. La réalisation du positionnement est le 3^{ème} le plus réalisé dans les services actuellement (figure 8). Villaumé confirme les propos des ergothérapeutes et confirme en parallèle nos apports théoriques. « Le positionnement assis ou en décubitus a pour objectif de prévenir l'apparition d'escarres et les déformations orthopédiques ». Les escarres et les déformations orthopédiques sont des conséquences du syndrome d'immobilisation. De plus, l'ergothérapeute peut utiliser des aides techniques. Villaumé rajoute que ces aides techniques « permettent de prévenir l'apparition d'un syndrome de désadaptation posturale et motrice », ce dernier étant une cause de survenue d'un syndrome d'immobilisation.

La formation, le conseil, l'éducation doivent être réalisés dans la prise en charge du syndrome d'immobilisation selon les ergothérapeutes (figure 7). Les moyens cités à la question 12 reprennent ceux mis en place actuellement dans les services (figure 8). La figure 8 souligne qu'actuellement les ergothérapeutes réalisent un travail en pluridisciplinarité, forme et informe les équipes soignantes aux techniques de manutentions et rendent compte de leurs interventions. Le référentiel de compétence de l'ergothérapeute permet de confirmer que cette profession est habilitée à « former et informer » (compétence 10). De plus, elle intègre dans la formation initiale une unité d'enseignement de pédagogie. (35) Plus précisément en gériatrie, A. Villaumé souligne que la formation des équipes soignantes aux techniques de manutentions permet de prévenir les restrictions de participation des personnes âgées. L'ergothérapeute peut aussi enseigner les techniques d'ergomotricité.

L'autonomie dans les activités de vie quotidienne est la dernière des 4 missions citées par les ergothérapeutes (figure 7). Les mises en situations, les bilans de compétences et la mise en place d'aides techniques sont des moyens cités par les ergothérapeutes. Ils sont retranscrits dans la figure 8 sous la forme de « mettre en place des activités signifiantes et significatives pour le patient ». Nos résultats sont confirmés par Villaumé qui affirme que les « mises en situations réalisées au plus proche des habitudes de vie du patient permettent une amélioration de l'indépendance des sujets âgés ». En effet, l'utilisation d'activités signifiantes et significatives pour le patient lui permet d'améliorer son autonomie dans les activités de vie quotidienne. M.C Morel Bracq affirme que la réalisation d'activités qui sont importantes pour une personne « dans son environnement peut être thérapeutique et améliorer la gestion du quotidien, le bien-être et la qualité de vie de cette personne et de son entourage ». (33)

Enfin, la figure 8 confirme nos propos puisque plus de la moitié des ergothérapeutes disent lutter contre le SDPM actuellement dans leurs services. Leurs auto-évaluations des pratiques sur le syndrome d'immobilisation est juste puisque quasiment tous les ergothérapeutes pensent lutter contre le syndrome d'immobilisation. Cependant, les ergothérapeutes

reconnaissent avoir besoin de formation et d'actualisation de leurs pratiques en ergothérapie notamment sur le positionnement et le SDPM. Ceci est en accord avec le champ de compétences de l'ergothérapeute qui doit à travers la compétence 8 « Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche » se documenter sur l'actualisation de sa pratique. (35)

Au final, c'est à travers des missions de « réadaptation de la mobilité et des transferts », « de positionnement, installation des troubles posturaux assis et allongés », « la formation, le conseil et l'éducation », et « l'autonomie dans les activités de vie quotidienne » que les ergothérapeutes parviennent à lutter contre les causes et conséquences du syndrome d'immobilisation. Ils utilisent l'engagement du patient dans les activités significatives et significatives pour lutter contre le syndrome d'immobilisation.

Les résultats confrontés à nos apports théoriques nous permettent de dire que notre deuxième hypothèse est validée.

2.3. Une prise en charge pluridisciplinaire

La troisième hypothèse était :

Ils collaborent en interprofessionnalité pour lutter contre les causes et conséquences de l'immobilisation.

La figure 6 nous permet de montrer que les ergothérapeutes réaliseraient en priorité une prise en charge pluridisciplinaire. De plus, la figure 8 démontre que le moyen qui est réalisé en majeure partie dans les services est le travail pluridisciplinaire avec les autres professionnels. La figure 9 nous permet d'établir des degrés d'interprofessionnalité par le biais de fréquence. Nous retrouvons en premier lieu les aides-soignants et infirmiers, ensuite le kinésithérapeute, le médecin, le psychologue et le psychomotricien.

Les ergothérapeutes disent collaborer avec les aides-soignants et infirmiers pour des missions de formations et informations, le lien dans les AVQ, les transferts, les manutentions. Aubert et al confirme que l'autonomie d'une personne ne peut s'envisager sans interprofessionnalité. (36). Villaumé rajoute que l'ergothérapeute a pour missions d'informer et former les soignants aux techniques d'ergomotricité et de manutentions. Les techniques de manutentions permettent aux soignants une économie gestuelle, d'utiliser au mieux les aides techniques à disposition et ainsi prévenir l'apparition de troubles musculo-squelettiques. L'ergothérapeute peut s'il le souhaite être formé à la prévention des risques liés aux manutentions des personnes dans les secteurs sanitaire et social (PRAP 2S) lancé par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Cette formation PRAP 2S peut être proposé lors de la formation initiale dans les instituts de formation en ergothérapie. Elle a pour objectifs de réduire ou supprimer les mouvements qui provoquent des troubles musculo-squelettiques, aménager l'environnement de travail, organiser les temps de travaux et utiliser des aides techniques à la manutention.(37)

La collaboration entre l'ergothérapeute et le kinésithérapeute se fait pour des missions de transferts et de maintiens des capacités physiques motrices. Cohen confirme dans son livre que le kinésithérapeute a un rôle dans la prise en charge du syndrome d'immobilisation. A travers des objectifs à court, moyen et long terme, il indique que le kinésithérapeute agit sur

les différentes conséquences du syndrome (cutané, vasculaire, digestif, respiratoire, neurologique, douleur...). Le kinésithérapeute est amené à réaliser des massages, des mobilisations, des contractions volontaires aux muscles, verticaliser, réaliser des transferts dans le but de lutter contre la sarcopénie, les enraidissements, la stase veineuse et les troubles respiratoires. Aussi, le kinésithérapeute peut agir sur le syndrome de glissement. Gedda et Guillez rajoutent que le kinésithérapeute a pour objectif l'autonomie au niveau des mouvements et les gestes tandis que l'ergothérapeute vise l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Mais les deux professionnels s'intéressent aux conséquences structurelles, fonctionnelles et situationnelles de la pathologie. (38) Ainsi, de par ses différentes missions le kinésithérapeute et l'ergothérapeute peuvent collaborer dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation.(39)

La collaboration entre le médecin et les ergothérapeutes semble être faite pour des demandes de prescriptions en ergothérapie et pour le suivi des traitements du patient d'après les réponses obtenues dans le tableau 2. Or, la littérature rajoute que le médecin détermine les modalités de prise en soins des résidents. La plupart de nos répondants sont des ergothérapeutes intervenant en EHPAD (figure 3). Le médecin en EHPAD est un médecin coordonnateur et évalue le résident grâce à l'évaluation du GIR. Cela permet à l'équipe pluridisciplinaire de pouvoir organiser ses interventions.(40) De plus, un médecin gériatre a pour mission d'identifier les personnes âgées fragiles à risques de chutes et pouvant présenter des syndrome gériatrique comme le syndrome d'immobilisation et le SDPM.(23)

La collaboration entre le psychologue et les ergothérapeutes semble être réalisé pour des objectifs d'évaluation de dépression, peur des chutes et motivation dans les AVQ. Lepage confirme dans son article que le psychologue intervient dans la lutte du SDPM. La prise en charge psychologique permet de lutter contre le ralentissement des fonctions mentales et la démotivation dans les activités grâce aux thérapies cognitivo-comportementales. (23)

Enfin, Pras et al. confirment dans leur article que « la lutte contre l'immobilisation doit être multidisciplinaire (aides-soignants, IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, psychologues) »(25).

Les résultats nous amènent à dire que les ergothérapeutes réalisent des prises en charges pluridisciplinaire qui luttent contre les causes et conséquences de l'immobilisation.

Pour conclure, nos résultats nous permettent de valider notre troisième hypothèse.

3. Limites et perspectives

3.1. Limites

Notre étude avait pour but de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation chez la personne âgée de plus de 65 ans en institution. Notre questionnaire permettait de répondre à cette étude. Cependant, il est important de rester vigilant sur la signification des résultats. 25 réponses n'est pas représentatifs du nombre d'ergothérapeute que nous aurions pu viser pour cette étude.

De plus, certaines questions n'ont pas été exploité par les participants de l'étude ce qui rend l'étude moins fiable. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés.

Enfin, notre questionnaire comprenait une phase de correction afin que les ergothérapeutes définissent mieux le syndrome d'immobilisation. Cette correction leur a permis de répondre de manière plus juste à la suite du questionnaire. L'apport de réponses dans notre questionnaire peut être vu comme un biais de notre étude. Nous pouvons nous interroger sur la fiabilité des réponses en ce qui concerne les pratiques.

3.2. Perspectives et retombées du mémoire

Dans une poursuite de cette étude, l'élargissement de la population pourrait être une voie à exploiter. En effet, le syndrome d'immobilisation ne concerne pas seulement les personnes âgées mais peut aussi concerner les personnes polyhandicapées ou les personnes obèses par exemple.

Notre étude visait les ergothérapeutes en institutions et leur vision de l'immobilisation en tant que rééducateur. Nous avons vu que le syndrome d'immobilisation doit avoir une prise en charge pluridisciplinaire. Il serait alors intéressant de questionner la vision des autres professionnels sur le syndrome d'immobilisation.

Enfin, une dernière perspective à notre étude serait de questionner les ergothérapeutes sur les formations qu'ils ont réalisé ou qu'ils aimeraient réaliser afin d'améliorer leur pratique. En effet, notre étude a soulevé le besoin de formation des ergothérapeutes et cela aurait pu être approfondi.

Conclusion

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial. Son augmentation voit apparaître une population de plus en plus dépendante, avec de nouvelles pathologies et l'apparition de plusieurs syndromes gériatriques voient le jour. L'un des plus importants, le syndrome de fragilité, touche 10 à 15% de la population âgée en 2018.

Les conséquences de la fragilité peuvent aboutir à un syndrome d'immobilisation. L'alitement prolongé a de grandes répercussions sur les différents systèmes du corps humains. De plus, le syndrome d'immobilisation est un véritable enjeu de la perte d'autonomie liée à l'hospitalisation qu'il faut combattre et dont il faut prévenir l'apparition.

A travers cette étude, nous avons pu mettre en évidence que les ergothérapeutes tiennent une place importante dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation à travers une équipe pluridisciplinaire. En effet, les ergothérapeutes connaissent les origines et les impacts de l'immobilisation sur le sujet âgé et parviennent à mettre en place leurs champs de compétences au profit de la lutte contre l'immobilisation. C'est à travers des missions de remobilisation par les transferts et d'autonomie dans les activités de vie quotidienne et des missions de positionnement et installation au fauteuil que les ergothérapeutes luttent contre le syndrome d'immobilisation. Leur travail dans l'équipe pluridisciplinaire semble être mis à profit par des actions de formations et informations auprès des équipes soignantes et des actions conjointes avec le kinésithérapeute dans la reprise d'activité.

Ce travail a permis de mettre en évidence l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire dans la prévention et la lutte contre le syndrome d'immobilisation. La diversité des champs d'action des professionnels permet d'avoir une vision holistique du patient, ainsi anticiper ses besoins et prévenir l'apparition de complications.

Cependant, sur le terrain, les pratiques peuvent différer de la théorie. Les contentions qui doivent être utilisées en dernier recours sont actuellement toujours au premier plan des interventions des ergothérapeutes. Ces contentions physiques sont une des causes de l'immobilisation. Il serait donc intéressant de confronter la vision des équipes soignantes sur la mobilité du patient et la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. En effet, des besoins en formations, en temps pour les réaliser et des besoins d'interdisciplinarité sont évoqués dans notre étude par les ergothérapeutes. Il serait donc intéressant de questionner dans le futur les différentes interventions spécifiques de prévention et de traitement du syndrome d'immobilisation en équipe pluridisciplinaire.

Les apports théoriques développés dans ce travail me seront bénéfiques dans ma future pratique. Les différents champs d'action de l'ergothérapeute dans la lutte contre le syndrome d'immobilisation chez la personne âgée peuvent être transposés à une autre population et à d'autres pathologies conjointes tel que le syndrome de désadaptation posturale et motrice. De plus, ce travail m'a permis de confirmer ma motivation à travailler avec une équipe pluridisciplinaire et d'approfondir mes connaissances avec la population gériatrique.

Références bibliographiques

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Grand âge et autonomie : Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée_2018.
4. Rapport mondial sur le vieillissement de la santé.
5. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées - fiche_points_cles.HASpdf.
6. Fiche parcours fragilité_HAS.
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
8. Inserm 2015 : Synthèse et recommandations : Activités physiques et prévention des chutes chez les personnes âgées.
9. Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
10. Grille AGGIR : évaluation du degré de dépendance GIR [Internet]. Cap Retraite. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.capretraite.fr/aide-a-domicile/perte-dautonomie/grille-aggir/>
11. État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile.DREES.2016 [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er_988.pdf
12. Age-ism: Another Form of Bigotry | The Gerontologist | Oxford Academic [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/4_Part_1/243/569551
13. Définitions : âgisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A2gisme/1666>
14. 2012-07_parler_aux_personnes_agees_comme_on_parle_aux_enfants.pdf.
15. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med*. 25 mars 1996;156(6):645-52.
16. Grumback, R., & Blanc, A. Le syndrome d'immobilisation du vieillard. *Nouvelle Presse Medicale*, 1973.pdf.
17. Kergoat M-J, Juneau L, Bourque M, Boyer D, Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications; 2011.
18. Desbois A. Pathologies et complications de l'immobilisation associées à la sévérité du déclin moteur chez les patients âgés de plus de 75 ans lors d'une hospitalisation non programmée dans un service de médecine: à partir de la cohorte SAFES. :76.
19. Bourque M, Kergoat M-J, Boyer D, Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, et al. Syndrome d'immobilisation [Internet]. Québec; Montréal; [Sherbrooke: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications ; Institut universitaire de gériatrie de Montréal] ; [CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; 2012 [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2107986>
20. Recommandations SFDRMG_2005_Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée.

21. EPP_ANAES_LIMITER LES RISQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
22. Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. Syndrome de désadaptation psychomotrice. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2014;12(1):94-100.
23. Texte St. LEPAGE.pdf.
24. Robertson RG. Geriatric Failure to Thrive. 2004;70(2):8.
25. NPG_syndrome d'immobilisation.pdf.
26. escarresdef_long.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf
27. La profession [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
28. Fiche 1 afeg EHPAD.pdf.
29. Fiche de poste afeg 5 ergotherapeute en SSR geriatrique (1).pdf.
30. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Paris: De Boeck Supérieur; 2017.
31. Bélanger R, Briand C, Rivard S. Le modèle de l'occupation humaine. *Le Partenaire* 2006;13(1):8—15.
32. Gendrier M. Gestes et mouvements justes. Les Ulis: EDP sciences; 2004.
33. Morel M-C. ANALYSE D'ACTIVITE ET PROBLEMATISATION EN ERGOTHERAPIE. :78.
34. Villaumé A. Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. févr 2019;19(109):30-8.
35. Ministère de la santé et des sports. :14.
36. Aubert M, Manière D, Mourey F, Outata S, Cairn.info. Interprofessionnalité en gérontologie [Internet]. Toulouse (33 avenue Marcel Dassault 31500): ERES; 2005 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Finterprofessionnalite-en-gerontologie--9782749203942.htm>
37. Prévention des risques liés aux manutentions des personnes dans les secteurs sanitaire et social_INRS.
38. Gedda M, Guillez P. Ergothérapie et kinésithérapie : des complémentarités en évolution. *EMC - Kinésithérapie - Médecine Phys - Réadapt*. janv 2009;5(2):1-13.
39. J.Cohen, F.Mourey. Rééducation en gériatrie. Solène Le Gabellec. 2014.
40. Le médecin coordonnateur [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-medecin-coordonnateur>
41. Braes T, Flamaing J, Sterckx W, Lipkens P, Sabbe M, de Rooij SE, et al. Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital: a comparison of three screening instruments. *Age Ageing*. sept 2009;38(5):600-3.
42. Brower RG. Consequences of bed rest: *Crit Care Med*. oct 2009;37:S422-8.
43. Sprague AE. The Evolution of Bed Rest as a Clinical Intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. sept 2004;33(5):542-9.

Annexes

Annexe I. Questionnaire.....	42
------------------------------	----

Le syndrome d'immobilisation chez la personne âgée de plus de 65 ans

Bonjour, je m'appelle Manon Bouteaud et je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Limoges. Dans le cadre de mon travail de recherche, je souhaite m'intéresser aux connaissances et aux pratiques des ergothérapeutes concernant le syndrome d'immobilisation chez la personne âgée de plus de 65 ans. La question de mon travail de recherche est donc : "Quelles sont les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation chez la personne âgée en institution?". Ce questionnaire s'adresse à tout ergothérapeute travaillant avec une population âgée de plus de 65 ans en institution. Temps de passation : environ 10 minutes. Merci d'avance, votre collaboration sera précieuse à la rédaction de mon mémoire. Manon Bouteaud

1- Vous êtes un(e) :

- ☐ Femme
- ☐ Homme

2- Vous avez :

- ☐ Entre 20 et 30 ans
- ☐ Entre 31 ans et 40 ans
- ☐ Entre 41 ans et 50 ans
- ☐ Entre 51 ans et 60 ans
- ☐ Plus de 60 ans

3- En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?

4- Dans quel service travaillez-vous ?

- ☐ MPR
- ☐ SSR G
- ☐ EHPAD
- ☐ USLD
- ☐ FAM
- ☐ MAS
- ☐ Autre

5- Combien d'années d'exercice professionnel avez-vous aujourd'hui avec la population gériatrique ?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ Moins de 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

Vos connaissances sur le syndrome d'immobilisation

Je m'intéresse maintenant à vos connaissances sur le syndrome d'immobilisation et la définition que vous en faites.

6- Connaissez-vous le syndrome d'immobilisation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7- Selon vous, qu'est ce que le syndrome d'immobilisation. Donnez une courte définition.

8- Selon vous, quelle(s) définition(s) correspond(ent) le mieux au syndrome d'immobilisation ?

Il découle des conséquences de l'alitement ou de la réduction des mouvements et de la mobilité



C'est l'ensemble des symptômes physiques, physiologiques et métaboliques résultant de la décompensation de l'équilibre précaire du vieillard, par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles.



Il est une conséquence de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation



Il ne concerne que les personnes âgées



Glissez-déposez vos réponses ici, et ordonnez-les

Définition du syndrome d'immobilisation

En effet :

- le syndrome d'immobilisation découle des conséquences de l'alitement ou de la réduction des mouvements et de la mobilité.
- C'est l'ensemble des symptômes physiques, physiologiques et métaboliques résultant de la décompensation de l'équilibre précaire du vieillard, par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles.
- Il est une conséquence de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation
- Il ne concerne pas seulement la personne âgée mais toute personne qui resterait alitée de manière prolongée avec des conséquences physiques, physiologiques et métaboliques. L'immobilisation prolongée peut être présente dans certains cas comme par exemple la personne sur son lit de mort, la personne qui présente une maladie avec une altération de l'état général, la personne qui a des raisons somatiques avec maladies rhumatologiques, neurologiques, insuffisance respiratoire et cardiaque ou encore la personne qui refuse de se lever.
- le syndrome d'immobilisation peut apparaître à la suite d'un syndrome de désadaptation posturale et motrice (SDPM) ou appelé syndrome de régression psychomotrice.
- Il peut aussi apparaître à la suite d'un syndrome de glissement.

Votre pratique en ergothérapie

Je m'intéresse à votre pratique dans la lutte du syndrome d'immobilisation, les actions que vous pouvez mettre en place.

9- Selon vous quels sont les axes de prise en charge à réaliser (de manière globale) pour lutter contre ce syndrome ? Classez par ordre de priorité

- Réaliser un positionnement au fauteuil +
- Entraînement à la marche et augmentation de l'endurance à la marche +
- Réaliser des activités signifiantes et significatives pour le patient +
- Réaliser des activités de vie quotidienne et activités de transferts +
- Soulager la douleur +
- Identifier l'hypotension orthostatique +
- Identifier une dépression ou éléments psychosociaux défavorisant +
- Améliorer/maintenir l'autonomie dans les activités de vie quotidienne +
- Prise en charge pluridisciplinaire +
- Autre +

Glissez-déposez vos réponses ici, et ordonnez-les

10- Plus précisément d'après vous, quelles sont les missions prioritaires de l'ergothérapeute dans la lutte du syndrome d'immobilisation ? (4 maximum)

- Autonomie dans les activités de la vie quotidienne 
- Réadaptation de la mobilité et des transferts 
- Réadaptation des troubles cognitifs 
- Prévention et traitement des risques de chute 
- Positionnement, installation des troubles posturaux assis et allongés 
- Assurer la formation, le conseil, l'éducation 
- Participer à une démarche qualité 
- Autre 

Glissez-déposez vos réponses ici

11- Pour chaque mission que vous avez retenues dans la lutte du syndrome, justifiez les moyens que vous mettriez en place ?

12- Quels moyens mettez-vous en place actuellement dans votre service?

- ☐ Réaliser un positionnement au fauteuil
- ☐ Mettre en place des activités signifiantes et significatives pour le patient
- ☐ Réduire les contentions physiques
- ☐ Réaliser des activités de transferts, améliorer et maintenir les schémas moteurs
- ☐ Travail en pluridisciplinarité avec les autres professionnels de santé
- ☐ Former et informer les équipes soignante aux techniques de manutentions et d'activation motrice
- ☐ Lutter contre le SDPM (syndrome de désadaptation posturale et motrice)
- ☐ Lutter contre le syndrome de glissement
- ☐ Rendre compte de son intervention et assurer la continuité des soins
- ☐ Autre

13- Avec quels professionnels travaillez-vous en collaboration pour la prise en soin de ce syndrome ?

	Jamais				Très souvent
Kinésithérapeute					
Psychomotricienne					
Psychologue					
Infirmier					
Aide-soignant					
Médecin					

14- Pouvez-vous préciser pour quels objectifs vous collaborez avec un autre professionnel ?

15- Pensez-vous que vos pratiques luttent contre ce syndrome ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

16- Êtes vous satisfait de votre pratique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

17- Dans l'idéal, qu'auriez-vous besoin pour améliorer ces pratiques ?

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (pied de page différent)

États des lieux de la pratique des ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation chez la personne âgée en institution

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial qui s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie. La part des personnes âgées ne cesse d'augmenter. Ce phénomène touche tous les pays et notamment la France qui a dû s'adapter face à une population de plus en plus dépendante. Les institutions sont elles aussi confrontées à ce phénomène et doivent s'adapter à l'apparition de syndromes gériatriques. Le syndrome de fragilité est de plus en plus fréquent chez la personne âgée et peut entraîner un syndrome d'immobilisation. Le syndrome d'immobilisation, conséquence de l'alitement prolongé et du manque de mobilité provoqué par la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation entraîne de graves conséquences chez le sujet âgé. Il nécessite une prise en charge précoce et pluridisciplinaire afin de prévenir son apparition et ses complications.

L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques des ergothérapeutes sur le syndrome d'immobilisation chez la personne âgée de plus de 65 ans en institution. Pour cela, nous avons réalisé un questionnaire destiné aux ergothérapeutes. Nous avons obtenu 25 résultats.

Les résultats nous montrent que les ergothérapeutes connaissent les causes et les conséquences de l'immobilisation sur la personne âgée. Ils réalisent des pratiques qui luttent contre ce syndrome à travers la remobilisation de la personne âgée, une installation au fauteuil et l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Le syndrome d'immobilisation ne concerne pas que les personnes âgées et serait intéressant d'étudier auprès d'autres populations.

Mots-clés : Personnes âgées, Fragilité, Syndrome d'immobilisation, Ergothérapie, Institutions

Inventory of occupational therapists' practice on immobilization syndrome in the elderly in institutions

The aging of the population is a worldwide phenomenon that is explained by the increase in life expectancy. The proportion of elderly people is constantly increasing. This phenomenon affects all countries and particularly France, which has had to adapt to an increasingly dependent population. Institutions are also confronted with this phenomenon and must adapt to the appearance of geriatric syndromes. The frailty syndrome is more and more frequent in the elderly and can lead to an immobilization syndrome. Immobilization syndrome, a consequence of prolonged bed rest and lack of mobility caused by iatrogenic dependence related to hospitalization, has serious consequences for the elderly. It requires an early and multidisciplinary management in order to prevent its appearance and its complications.

The objective of this study is to assess the practices of occupational therapists in relation to immobilization syndrome in elderly people over 65 years old in institutions. For this purpose, we carried out a questionnaire intended for occupational therapists. We had 25 results.

The results show us that occupational therapists know the causes and consequences of immobilization on the elderly. They carry out practices that fight against this syndrome through remobilization of the elderly person, installation in the wheelchair and autonomy in the activities of daily living. The immobilization syndrome does not only concern the elderly and it would be interesting to study other populations.

Keywords : Elderly, Fragility, Immobilization syndrome, Occupational therapy, Institutions

