

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

*Etat des lieux de la pratique des ergothérapeutes exerçant en soins de
suite et de réadaptation auprès de patients présentant un syndrome
de désadaptation psychomotrice.*



Mémoire présenté et soutenu par
Clémence VERSAVEAU

Soutenance le 17 juin 2019

Mémoire dirigé par
Mme Devanneaux Brigitte
Ergothérapeute, cadre de santé
CH La Rochefoucauld

Remerciements

Ce travail d'initiation à la recherche marque la fin de mon parcours d'étudiante c'est pourquoi il me semble nécessaire de remercier les personnes qui ont été présentes pendant mes études.

Je tiens tout d'abord à remercier Mme Brigitte Devanneaux pour ses nombreuses relectures et son précieux soutien.

Un remerciement également aux responsables de la filière ergothérapie de l'Institut Limousins de FOrmation aux MEtiers de la Réadaptation : Thierry Sombardier, Patrick Toffin. Mais également Stéphane Mandigout pour son accompagnement tout au long de l'année.

Aux différents ergothérapeutes pour leur aide avec leur regard professionnel : Claire, Lucie et Anaëlle. Mais aussi tous ceux ayant répondu à mon questionnaire.

Enfin, merci à mes camarades de promotion pour ces trois années passées ensemble, à mes amis, et surtout à ma famille pour m'avoir soutenue tout au long de mes études.

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, soussignée Clémence VERSAVEAU

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

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

Fait à Limoges, Le Jeudi 23 mai 2019

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 2019

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Clémence VERSAVEAU

Etudiante 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 : Jeudi 23 mai 2019

Signature de l'étudiant.e

Table des abréviations

AS : Aide-soignant

AT : Aides techniques

AVQ : Activités de la vie quotidienne

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes.

IDE : Infirmier diplômé d'état

MOH : Modèle de l'occupation humaine

SDPM : Syndrome de Désadaptation Psychomotrice

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SSRG : Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique

Table des matières

Introduction.....	12
La personne âgée	14
1. Le vieillissement normal	14
2. La personne âgée fragile	15
Le syndrome de désadaptation psychomotrice.....	16
1. Définition.....	16
2. Les signes cliniques.....	16
2.1. Les signes cliniques posturaux et moteurs	16
2.2. L'altération de la marche, non spécifique au SDPM	17
2.3. Les signes cliniques psycho-comportementaux.....	17
3. Les origines et les modes d'apparition	18
4. Etiologie	18
5. Incidence du SDPM sur les activités de la vie quotidienne de la personne.....	19
5.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner s'appliquant à la prise en soins du SDPM	20
6. L'accompagnement et la prise en soins des professionnels	21
La pratique de l'ergothérapeute	22
1. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?.....	22
1. Quels accompagnements de la part des ergothérapeutes face au SDPM ?.....	22
De la théorie à la problématique	24
Méthodologie de recherche.....	25
1. Explication générale de la méthodologie de recherche	25
1.1. Les objectifs	25
2. Outils de recherche.....	25
2.1. Population cible.....	25
2.2. Choix de l'outil de recherche.....	25
2.2.1. Réalisation de la méthode de recherche	25
2.2.2. Le contenu de l'outil.....	26
2.2.2.1. Rédaction des questions.....	26
2.2.2.2. Le questionnaire	26
Résultats	27
1. Généralités	27
2. Introduction / Approche sur le syndrome de désadaptation psychomotrice	28
2.1. Les connaissances sur le SDPM	29
2.2. Envisagez-vous de suivre la formation ?	30
3. Prise en soins SDPM en ergothérapie.....	30
3.1. Les bilans	30
3.2. Les techniques de rééducation / réadaptation	31
3.3. Les activités utilisées par les ergothérapeutes lors des séances de rééducation et de réadaptation.	33
4. La sortie du SSR.....	34
4.1. L'aidant.....	35
5. Les axes d'amélioration	35
6. L'ergothérapie dans la prise en soins du syndrome de désadaptation psychomotrice ..	36

Discussion	38
1. Interprétation des résultats	38
1.1. La formation et les connaissances des ergothérapeutes sur le syndrome de désadaptation psychomotrice	38
1.2. Importance de la collaboration dans l'évaluation et le traitement du SDPM	39
1.2.1. Avec l'aidant	39
1.2.1.1. Les freins d'une collaboration ergothérapeute-aidant optimale.	40
1.2.2. La collaboration avec les autres professionnels de santé	40
1.2.3. Mais une collaboration avant tout avec le patient.....	41
1.3. Le matériel des techniques d'activation	41
1.4. Les médecins	41
2. Limites de l'étude et perspectives.....	42
2.1. Les limites	42
2.2. Les perspectives	42
Conclusion.....	43
Références bibliographiques.....	44
Annexes	46

Table des illustrations

Figure 2 – Schéma de la décompensation et de la fragilité	18
Figure 3 - Schéma du modèle de l'occupation humaine	20
Figure 4 – Equivalent Temps Plein des ergothérapeutes exerçant en SSR	27
Figure 5 - Type de SSR dans lesquels exercent les répondants	27
Figure 6 - Motifs d'hospitalisation	27
Figure 7 - Les formations spécifiques de la personne âgée.....	28
Figure 8 - Présence des signes du SDPM chez les patients	28
Figure 9 - Connaissance du médecin sur le SDPM	29
Figure 10 - Utilisation du Get-up Early	30
Figure 11 - Les techniques spécifiques pour la rééducation de la rétropulsion et hypertonie oppositionnelle	31
Figure 12 - Fréquence des séances.....	31
Figure 13 - Lieu des séances	32
Figure 14 – Les techniques d'activation sont-elles spécifiques pour ces patients ?	32
Figure 15 - Travail de collaboration de l'ergothérapeute avec les autres professionnels	33
Figure 16 - Les activités proposées pour les séances	33
Figure 17 - Les AVQ.....	33
Figure 18 - Engagement du patient.....	34
Figure 19 - Les aidants principaux des patients	35
Figure 22 - Formation des autres professionnels.....	36

Table des tableaux

Tableau 1 - Motivations à participer à la formation du SDPM	30
Tableau 2 - Les bilans utilisés en ergothérapie pour évaluer le SDPM.....	30
Tableau 3 - Choix du lieu de prise en soins	32

« Vieillir en bonne santé, c'est être capable de faire tout ce que nous apprécions le plus longtemps possible »

Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

Le vieillissement de la population est un phénomène que nous observons dans le monde entier. En France le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans est passé de 13,9% en 1990 à 18,8% en 2016. Nous notons 15 millions de personnes de plus de 60 ans en France en 2018. Cela s'explique par le fait que ces personnes sont issues des générations du baby-boom, mais également par l'augmentation de l'espérance de vie et les progrès médicaux. (1)
(2)(3)

La personne âgée représente aujourd'hui une question importante de santé publique tant par l'accompagnement de celle-ci mais également par la prise en soins de la dépendance. Elle est donc un terme central de la santé et du domaine sanitaire et social. Nous notons une augmentation des personnes très âgées et fragiles.

Grâce à la prévention et à la promotion de l'activité physique adaptée chez la personne âgée, nous notons une diminution du nombre de chutes et les conséquences que celles-ci entraînent. (4)

L'augmentation de l'espérance de vie est l'une des réussites les plus importantes. Il est primordial que les personnes puissent vivre le plus longtemps possible tout en étant en bonne santé et en conservant leur indépendance. La prévention de la dépendance permettrait d'offrir à ces personnes une meilleure qualité de vie et ainsi de limiter les séjours hospitaliers et les institutionnalisations afin de respecter au mieux leur projet de vie.

La fragilité de la personne âgée est un concept que nous retrouvons fréquemment dans le vocabulaire gériatrique. Elle peut se définir comme un état intermédiaire entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique. C'est un état d'équilibre instable qui ne permet pas de répondre aux situations inhabituelles de manière adaptée, qu'elles soient médicales, psychologiques ou sociales.

Ces personnes fragiles sont confrontées à un risque élevé de perte d'autonomie. Les actions de prévention à ce stade sont les plus efficaces.(5)

Le médecin généraliste au plus proche de la personne joue un rôle important dans la prévention de la fragilité et le dépistage de celle-ci.

Durant ma deuxième année de formation, j'ai effectué un stage dans un centre hospitalier accueillant principalement une population gériatrique. J'ai ainsi pu découvrir le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM), celui-ci étant présent chez de nombreux patients. « Le syndrome de désadaptation psychomotrice représente une décompensation de la fonction posturale, de la marche et des automatismes psychomoteurs ». (6)

Celui-ci se retrouve chez les personnes âgées fragiles et les conséquences peuvent être importantes et impacter le quotidien de la personne. Ces patients sont plus exposés à un risque de chute, qui est considéré au vu de ses complications somatiques, psychologiques et sociales comme un événement indésirable pour la personne fragile.

Peu de personnes ont connaissance réellement des signes et de l'évolution de ce syndrome et la prise en soins n'est pas toujours adaptée dans les services.

La prise en soins de ce syndrome doit être précoce et adaptée afin de laisser plus de chances à la personne de récupérer. Elle doit également être interdisciplinaire. L'ergothérapie avec sa vision holistique de la personne va prendre en compte ses habitudes de vie dans son

accompagnement afin que celui-ci soit le mieux adapté. Ainsi l'ergothérapeute, par ses compétences va agir sur les activités de la personne.

Ces différents points nous ont amené à nous questionner sur la pratique de dépistage dans les services de soins de suite et de réadaptation.

Qu'en est-il de la pratique des ergothérapeutes ? Ce syndrome est-il connu de tous les ergothérapeutes travaillant en soins de suite et réadaptation avec un public âgé ? Comment interviennent-ils ?

Les ergothérapeutes ont-ils suivi la formation spécifique sur ce syndrome ? Si non, comment les amener à se former afin d'adapter leurs prises en soins ?

C'est pourquoi dans cette étude, je souhaite réaliser un état des lieux de la pratique des ergothérapeutes face à ce syndrome dans les services de SSR afin de tenter de répondre à ces différentes questions.

La personne âgée

Nous parlons tous de personne âgée, et pourtant il n'existe pas d'âge exact à partir duquel nous pouvons dire qu'une personne est devenue âgée, l'âge n'est qu'un indicateur partiel. Initialement dans la littérature, nous désignons à partir de 65 ans une personne âgée. Aujourd'hui, une personne âgée se trouve plutôt à 75 ans, âge où pour certaines personnes la santé se dégrade. A 85 ans, c'est le « grand âge », le risque de perte d'autonomie est le plus important dans les activités de vie quotidienne. (7)

La population des personnes âgées est celle qui augmente le plus vite, celle-ci est due à l'amélioration de l'état de santé et des conditions socio-économiques. Il est donc important de préparer les soignants à prendre en compte les besoins des personnes âgées.

1. Le vieillissement normal

« Le "vieillissement habituel ou usuel" se caractérise par l'absence de maladie exprimée, mais inclut les troubles fonctionnels liés à l'avancée en âge, aux traumatismes physiques, aux facteurs de risque et au retentissement psychologique des pertes jalonnant le parcours de vie ». (8)

Le vieillissement d'une personne n'est pas une maladie, c'est une réalité chronologique, celui-ci est normal. Nous observons différents vieillissements.

Le vieillissement physiologique et sensoriel est un déclin progressif des capacités fonctionnelles de l'organisme au fil des années, il peut varier d'un individu à l'autre. Les modifications peuvent être hormonales, cardiovasculaires, locomotrices, respiratoires, digestives, sensorielles ou cérébrales.

Le vieillissement socio-économique entraîne des modifications des rôles et du statut de la personne ainsi que des modifications familiales. Différentes ruptures interviennent dans le vieillissement d'une personne : la retraite, l'éloignement familial, le veuvage, le décès de proches, des déménagements, une assistance croissante.

De plus, le vieillissement peut être psychologique, en effet, la personne âgée peut avoir des difficultés à accepter les différents changements que l'âge entraîne. Le vécu peut être positif (ou neutre) mais également négatif et ainsi perturber l'équilibre psychologique. L'importance que la personne porte à elle-même diminue. Il est indispensable de renforcer l'estime de soi pour réinvestir différentes activités. (9)

Sur le plan cognitif, avec l'âge, nous observons une augmentation des plaintes liées à la mémoire, il est cependant nécessaire de distinguer les plaintes banales de celles suspectes.

Aujourd'hui, l'espérance de vie de la population augmente cependant celle-ci n'est pas synonyme de qualité de vie. Les personnes âgées sont de plus en plus dépendantes et la prise en soins et donc de plus en plus importante.

Le niveau de dépendance du sujet âgé ne dépend pas simplement de son état de santé, cela s'observe également au niveau des restrictions d'activités et des limitations fonctionnelles. (10)

Le vieillissement diffère d'une personne à l'autre. La frontière entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique est fine et nous parlerons alors de « fragilité », terme venant des Etats-Unis : « Frail Elderly ».

2. La personne âgée fragile

« La fragilité peut se définir comme une diminution des capacités de réserves fonctionnelles et des capacités à faire face à un stress quelle qu'en soit la nature. La fragilité est associée à un risque élevé de perte d'indépendance. » (11)

La fragilité est très répandue et peut avoir de fortes conséquences sur la santé de la personne âgée. Elle peut entraîner des chutes, une hospitalisation, une entrée en institution ou même la mortalité. Cet état de vulnérabilité limite la personne dans ses aptitudes relationnelles et sociales, elle entraîne une perte de capacités de s'adapter aux situations de stress. (12)

Il existe des critères de fragilité validés de Linda Fried. Si trois de ces critères sont présents nous pouvons parler de personne âgée fragile. Les critères sont les suivants :

- Perte de poids involontaire
- Sédentarité
- Diminution de la force musculaire
- Fatigue ressentie par le patient
- Baisse de la vitesse de marche

La fragilité est un état instable qui peut avoir un risque de perte fonctionnelle ou une aggravation de la perte déjà présente. Après 65 ans, 15 à 20 % de la population à domicile serait fragile. Au-delà de 85 ans, le pourcentage de sujets fragiles peut atteindre 25 à 50%. (13) Ces personnes fragiles sont la cible de nombreux programmes visant à prévenir la dépendance et ainsi de permettre un vieillissement réussi. Cependant, le dépistage et la prise en soins de la personne âgée fragile n'est pas encore très répandu.

Un dépistage de ces facteurs de risques est important afin d'agir précocement.

Une grille a été créée afin de repérer les patients à risque : Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). Elle s'adresse aux patients de plus de 65 ans, autonome et à distance de toute pathologie aiguë. L'outil d'auto-évaluation permet de repérer les personnes âgées fragiles vivant à domicile (FiND), c'est un outil validé et traduit en plusieurs langues.

La fragilité de la personne âgée peut amener celle-ci à un traumatisme à un syndrome de désadaptation psychomotrice.

Le syndrome de désadaptation psychomotrice

Ce syndrome fut décrit pour la première fois en 1986 dans l'école dijonnaise sous le nom de « syndrome de régression psychomotrice ». Son changement de nom s'est déroulé dès la fin des années 1990 du fait des avancées sur le plan physiopathologique et sur les méthodes de prise en soins en s'appuyant sur la notion de fragilité.

Des conséquences telles que la décompensation des automatismes psychomoteurs, posturaux ou de la marche s'observent suite à une détérioration des structures sous-cortico-frontales.

Depuis plus de 30 ans que ce syndrome est connu des services de gériatrie, aucune étude épidémiologique n'a cependant été faite à ce sujet.

Le SDPM est défini comme une « urgence gériatrique compte tenu du risque de cascade ». (14) si celui-ci n'est pas diagnostiqué et pris en soins précocément, les patients ont une restriction de participation qui peut mener à la grabatérisation. Les conséquences peuvent être physiques, sociales, psychologiques.

1. Définition

Le SDPM n'est pas une conséquence du vieillissement normal. Il correspond à la décompensation des fonctions motrices et des automatismes.

Cette décompensation est due aux altérations des systèmes sous-cortico-frontaux. Chez ces patients nous retrouvons en imagerie une lésion sous-corticale telle que la leucoencéphalopathie vasculaire (lésions de la substance blanche), élargissement des ventricules et des anomalies au niveau des ganglions de la base et du thalamus. Ces situations vont entraîner une perturbation de la programmation posturale et motrice volontaire et semi-automatique.

2. Les signes cliniques

Le tableau clinique du patient atteint du syndrome est observé chez de nombreux sujets fragiles, nous notons différents signes associés : postural, moteur et psycho-comportemental.

2.1. Les signes cliniques posturaux et moteurs

Le signe le plus fréquent chez ces patients est une **répropulsion axiale**. Le centre de gravité du corps est projeté vers l'arrière en position assise mais également debout avec une tendance à la chute par l'arrière. Ce trouble est aggravé par les manutentions manuelles, le stress et l'inconfort.

Nous retrouvons également une **hypertonie oppositionnelle** ou **paratonia** qui se définit par une « résistance involontaire à une mobilisation passive augmentant avec la vitesse du mouvement et continue sur l'ensemble de l'amplitude, liée à un dysfonctionnement frontal diffus » (medical dictionary). Elle est visible au quotidien notamment lors des tentatives d'aide à la verticalisation.

La désadaptation posturale sagittale postérieure est un déséquilibre postérieur qui se manifeste lors de sollicitations posturales sagittales et pouvant finir par devenir permanent. Cette désadaptation de la posture sagittale est observée par une perte des réflexes posturaux et du réflexe de parade lors des chutes postérieures.

L'adaptation posturale c'est la capacité du corps à s'adapter aux changements environnants dans le but de maintenir une posture corporelle adaptée. Notre tonus musculaire se modifie en vue de l'action à réaliser et adopte la bonne posture.

Avec l'avancée en âge, il y a une perte de l'adaptation posturale. Les mécanismes d'adaptation de l'équilibre et du tonus ne sont plus adéquats. (15)

Il existe deux adaptations posturales :

- Réactionnelle : Elle permet de réagir à un évènement imprévu, une perturbation interne de l'équilibre
- Anticipée : C'est l'accompagnement postural d'un mouvement volontaire, chaque mouvement est accompagné d'une posture de stabilisation permettant de ne pas solliciter les postures réactionnelles.

Ces adaptations posturales anticipées sont réduites ou ont disparu dans le SDPM entraînant une fragilisation de la station debout et pouvant avoir des conséquences importantes, celles-ci étant activées en permanence dans la vie quotidienne. (14)

Les aggrègements paradoxaux, regroupent les réflexes lors des tentatives de mobilisation de la personne et peuvent également être associés à une hypertonie oppositionnelle.

La désadaptation des schémas moteurs, c'est une perte des automatismes avec une incapacité de les modifier pour réaliser une action. Nous notons des persévérations dans le but de réaliser celle-ci ou une dyschronométrie. La dyschronométrie se manifeste par un retard de la mise en route du mouvement et une augmentation du temps de celui-ci.

2.2. L'altération de la marche, non spécifique au SDPM

Les troubles de la marche font partie de la composante motrice mais ne sont pas spécifiques du SDPM. Ils se retrouvent dans toutes les pathologies affectant l'équilibre.

Lorsqu'elle est possible, elle est caractérisée par un déséquilibre vers l'arrière du sujet et des réactions d'agrippement. Quand la marche est altérée, le système attentionnel superviseur (SAS) est utilisé. C'est un système exécutif qui permet d'appliquer des stratégies à des situations nouvelles pendant le déroulement de traitements attentionnels automatiques.

En effet, dans le cas des patients ayant le SDPM et une altération de la marche, elle ne sera plus automatique et sera davantage dégradée en double tâche.

Des signes cliniques neurologiques sont associés aux troubles de la marche :

- Marche à petits pas, lorsque le talon ne dépasse pas la pointe de l'autre pied.
- Freezing (« Blocage ») : La personne piétine et est dans l'incapacité d'initier le mouvement de marche. Ce blocage peut se retrouver dans les lieux avec beaucoup de personnes autour ou face à une porte.
- Dans les cas les plus évolués, nous pouvons observer une marche à pas glissés.

2.3. Les signes cliniques psycho-comportementaux

Les signes psychocomportementaux varient en fonction de la forme d'installation du SDPM. Lors de la forme aiguë, les signes se manifestent par une anxiété majeure, une peur importante de verticalisation, d'être manipulé par un aidant ou du vide antérieur : la stasobasophobie. Ces peurs ne peuvent être raisonnées. Il est donc important de ne pas

travailler dans la précipitation, d'être au calme et d'avoir des techniques d'activation adaptées pour ne pas aggraver la situation.

Lors de la forme chronique, ces signes se traduisent par une aboulie, une démotivation de la personne. La volition est alors bousculée et l'identité personnelle également.

3. Les origines et les modes d'apparition

Le système postural et moteur de la personne est fragilisé par des pathologies chroniques sous-corticales qui induisent ce syndrome.

Certaines maladies prédisposent au syndrome de désadaptation psychomotrice, ce sont les facteurs de risques intrinsèques :

- Maladie de Parkinson
- Maladies dégénératives sous corticales
- Atteintes vasculaires de la substance blanche
- Hydrocéphalie à pression normale
- Dépression chronique
- Dysfonctionnement frontaux

Des facteurs de risques extrinsèques interviennent aussi comme prédisposant au SDPM, tels que les risques liés à la sur-assistance et aux manutentions inadaptées.

Certains facteurs peuvent être précipitants au syndrome comme les risques liés à l'alitement, aux chutes ou aux situations de stress.

L'apparition du syndrome peut donc se faire de différentes manières. Elle peut être d'une part brutale entraînant une décompensation aiguë liée à une chute (syndrome post-chute), à un alitement ou un traumatisme psycho-affectif comme un deuil ou une situation de stress.

D'autre part, l'apparition du SDPM peut être progressive et chronique suite à une limitation d'activité, une perte progressive des automatismes, une démotivation ou une sur-assistance dans les actes de la vie de tous les jours. Cette forme amène la personne à une perte totale de l'autonomie car la sur-assistance est mise en place depuis un long moment. (16)

4. Etiologie

La décompensation et la fragilité sont expliquées par un schéma prenant en considération 3 éléments qui se cumulent pour aboutir à la décompensation d'une fonction (1 + 2 + 3 de *J.P. Bouchon*) et à l'apparition du SDPM.

- 1- Le vieillissement
- 2- Les pathologies chroniques
- 3- Les pathologies aiguës

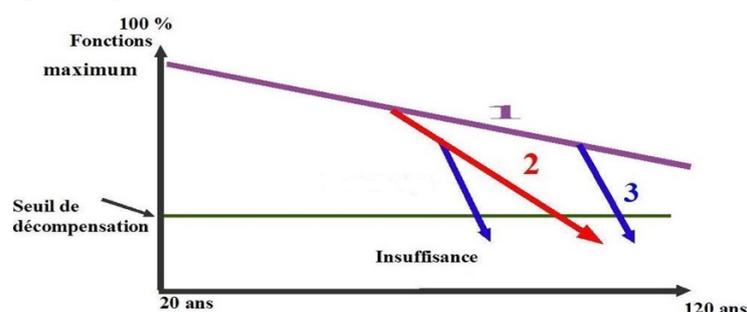


Figure 1 – Schéma de la décompensation et de la fragilité

Nous retrouvons peu de chiffres concernant ce syndrome. Mais nous tendons à penser que ce SDPM touche et touchera un grand nombre de personnes âgées au vu de la population vieillissante.

La fréquence de ce syndrome en SSRG est relativement importante et peut aller jusqu'à 75% des patients. (6)

5. Incidence du SDPM sur les activités de la vie quotidienne de la personne

Dès 1961, Cummins et Henry, prétendent que les personnes âgées ont une restriction de leurs activités et une perte d'engagement social. Les activités deviennent essentiellement intérieures et sont des activités agréables. Auparavant, elles étaient susceptibles de leur apporter sur le plan fonctionnel.

« Cette théorie de l'activité soutient que les personnes âgées doivent demeurer actives et engagées socialement tout au long de la vie, et que la réussite du vieillissement est proportionnelle à la quantité d'activités auxquelles elles s'adonnent. » (17) Ainsi, l'engagement et la participation sociale donneraient la satisfaction de la vie.

L'activité est importante pour les personnes âgées cependant si l'activité n'est pas signifiante ou significative à leurs yeux, celle-ci peut avoir l'effet inverse de celui espéré et ainsi avoir des conséquences négatives. Ce n'est pas tant l'activité qui est importante mais le plaisir que nous ressentons à faire une activité qui l'est et l'engagement que nous avons à la réaliser.

Permettre aux personnes âgées de continuer à pratiquer des activités favoriserait l'autonomie dans certains actes de la vie quotidienne.

« Certaines limitations peuvent être palliées par l'utilisation d'aides (cannes, rampe, ustensiles adaptés ...), d'autres en organisant ses activités ou en aménageant son domicile. » (18)

Le SDPM apparaît le plus souvent après une chute, elle peut dans certaines situations marquer une rupture dans la vie de la personne. Celles-ci sont liées aux facteurs internes de la personne et à son environnement. Il est important d'identifier les différents facteurs de risque et de les corriger lorsque cela est possible. Plusieurs de ces facteurs entraînent un risque de chutes plus important.

Ces chutes entraînent une restriction d'activité et ainsi un retrait social. (19)

La prise en soins doit être adaptée au patient afin d'avoir une récupération fonctionnelle et améliorer le pronostic. Cette récupération dépend également de la motivation de la personne dans son accompagnement.

Dans la forme aiguë du SDPM, si la réadaptation est rapidement mise en place, la récupération de la marche sera favorable et ainsi le retour aux activités de la vie quotidienne sera optimisé. Dans le cas du SDPM de manière chronique, la récupération est plus réservée.

Afin de mieux comprendre de manière théorique l'importance de l'activité dans la vie des personnes âgées et de leur engagement dans celle-ci, nous pouvons nous appuyer sur le modèle conceptuel de Gary Kielhofner : Modèle de l'occupation humaine.

5.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner s'appliquant à la prise en soins du SDPM

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) est un modèle élaboré en 1975 par Gary Kielhofner aux États-Unis. Le MOH propose une pratique centrée sur la personne et ses occupations. L'occupation est un terme utilisé par les anglophones qui n'a pas de traduction à proprement dite en français, il sera traduit par « activités signifiantes et significatives ».

Selon Gary Kielhofner, elle se définit comme « une large gamme d'activités (loisirs, AVQ) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel ». (20)(21)

Selon l'auteur, la personne peut se comprendre selon 3 composantes :

- La volition : motivation d'une personne à agir sur l'environnement. C'est ce qui permet à la personne de choisir son activité et ainsi de s'engager dans celle-ci.
- L'habituatation : permet d'organiser et de simplifier la vie quotidienne. Elle est constituée des habitudes et des rôles liés à la société.
- Les capacités de rendement : aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes (physiques et mentales) et à l'expérience subjective du corps (sensation et vécu de la personne).

Ces composantes interagissent avec l'environnement (physique et social) et déterminent les actions de la personne.

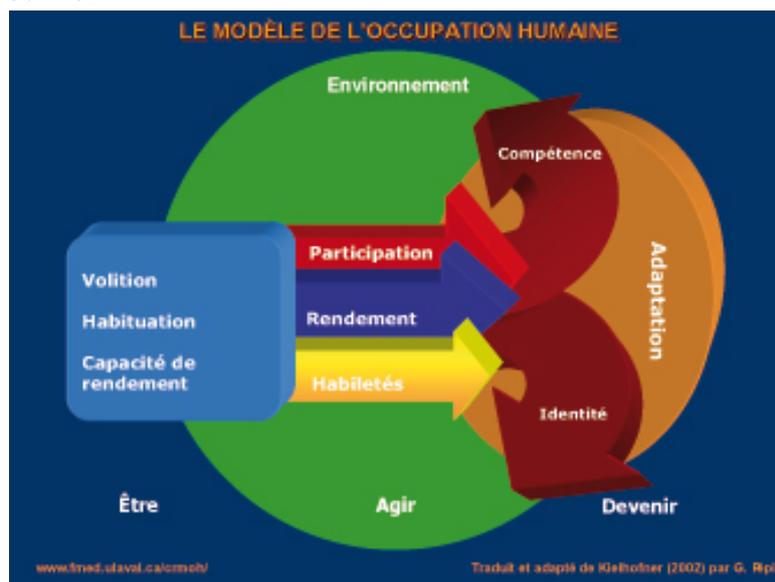


Figure 2 - Schéma du modèle de l'occupation humaine

Lorsque la personne agit, il y a trois niveaux d'action. La **participation occupationnelle** est le fait d'agir au sens le plus large du terme dans une activité. Le fait de participer à une occupation nécessite de réaliser des activités variées : le **rendement occupationnel**. Pour réaliser ces activités, la personne exécute différentes actions observables afin d'arriver aux buts : les **habiletés**.

L'accumulation des différentes occupations génère une identité occupationnelle et des compétences occupationnelles, qui vont permettre l'adaptation future à de nouvelles occupations.

Ce modèle s'applique aux personnes qui ont des difficultés dans la réalisation des occupations : il permet de prendre en compte l'engagement de l'individu dans ses activités.

Ce modèle peut donc s'appliquer aux patients présentant un syndrome de désadaptation psychomotrice. De plus ce modèle est centré sur la personne et est fortement humaniste.

6. L'accompagnement et la prise en soins des professionnels

En service hospitalier la prise en soins se fait par de nombreux professionnels de santé. Le travail en collaboration avec les différents professionnels est donc nécessaire : Kinésithérapeute, psychomotricien, psychologue, équipe soignante, ergothérapeute et assistant du service social.

Une prise en soins précoce permet de réduire les conséquences de ce syndrome et d'avoir une évolution réversible.

Dans les cas de décompensation rapide lorsque le diagnostic est précoce et la prise en soins adaptée, le pronostic est relativement bon. Si la décompensation est progressive, l'évolution vers la perte d'autonomie et la restriction d'activité est fréquente du fait de la sur assistance déjà en place depuis longtemps.

Les rechutes peuvent être fréquentes si les techniques mises en place ne sont pas respectées par les aidants et les soignants.

Ainsi, il est important que la prise en soins soit interdisciplinaire afin que les professionnels agissent dans l'intérêt du patient et aient les mêmes objectifs.

La pratique de l'ergothérapeute

1. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

L'ergothérapie est une profession qui mêle activité humaine et santé. Son but est de maintenir les activités de la personne de manière sécurisée et de manière autonome. L'ergothérapeute tient compte des activités propres à la personne et à son environnement. Ses occupations sont étroitement liées à la qualité de vie et au sens que la personne donne à sa vie. (22)

1. Quels accompagnements de la part des ergothérapeutes face au SDPM ?

Le SDPM nécessite une prise en soins précoce et pluridisciplinaire où l'ergothérapeute peut occuper une place. Celui-ci peut être un acteur du dépistage du syndrome et ensuite de son évaluation.

Une relation de confiance est indispensable, notre présence se doit de rassurer ces personnes qui ont une peur du vide antérieur, une peur de chuter et des difficultés de verticalisation.

Les bilans de début de prise en soins peuvent être : Get-up and go, Tinetti (POMA), Test Moteur Minimum, Grille d'analyse des schémas moteurs, Equilibre et vie quotidienne (EVQ), Parotonia Assessment Instrument et Falls Efficacy Scale International.

A la suite de différents bilans et d'une phase d'analyse par l'observation, notre intervention peut débuter par des retournements dans le lit, s'asseoir et se lever d'un fauteuil et sur les transferts de manière générale. Notre métier repose également sur la connaissance de nombreuses aides techniques qui peuvent permettre de faciliter les transferts. L'ergothérapeute formé à ce syndrome va intervenir à court terme auprès des soignants concernant les techniques d'activation, sur le matériel utilisé et les positionnements au lit ou au fauteuil.

Il existe des pictogrammes spécifiques pour les transferts qui sont à placer dans la chambre du patient afin d'améliorer et sécuriser les soins, ils permettent également une transmission de l'information sur le choix des aides-techniques adaptées à l'utilisateur.

L'ergothérapeute est une ressource pour les aidants et le personnel soignant du service afin que toutes les personnes qui gravitent autour du patient aient la même approche.

A moyen terme, l'action va se faire sur les signes cliniques : rééducation et réadaptation.

L'objectif sera de limiter la peur de l'avant et donc de proposer des exercices d'antériorisation, en fonction de ce que peut la personne. D'abord au lit, assis face à une table puis en enlevant la table pour finir avec des exercices en position debout.

L'environnement de la personne sera adapté par l'ergothérapeute en fonction de ses capacités dans un premier temps dans l'établissement d'hospitalisation mais également au domicile lorsque celui est possible. Lorsque la personne est hospitalisée, une visite à domicile peut être envisagée pour aménager l'environnement du patient : encombrement, obstacle au sol, éclairage etc. Certains gestes simples peuvent réduire le risque de nouvelles sources de chute au domicile. Ces aménagements doivent être faits en tenant compte des habitudes de vie de la personne, des capacités, de ses envies et de l'environnement déjà présent.

Il peut amener la personne à prendre connaissance des différentes situations à risque afin que celle-ci conserve ses activités. La prise de connaissance est une prévention efficace.

Il va également viser à ce que la personne pratique de nouveau ses activités significatives.

Lutter contre l'isolement social et une baisse des aptitudes physiques.

L'ergothérapeute va avoir un lien avec la famille, car l'anxiété des personnes peut être entretenue par l'entourage du fait d'une surprotection. Les proches vont avoir tendance à effectuer les activités extérieures de la personne afin de la protéger d'éventuelles situations « dangereuses ».

L'objectif final en ergothérapie est la reprise des activités significatives pour la personne âgée, celles qu'elle avait l'habitude de faire auparavant. L'activité permettant de maintenir les capacités dans le temps.

La démarche en ergothérapie pour le SDPM peut se résumer par les points suivants :

- Dépistage de la fragilité
- Observation des signes cliniques : Stade précoce et avancé = différents signes
- Observation des facteurs physiques aggravants
- Observation des facteurs environnementaux
- Passation de bilans complémentaires
- Prise en soins rééducative et réadaptative

De la théorie à la problématique

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

- Comment ce syndrome est-il dépisté dans les services de soins de suite et de réadaptation ? Par qui ?
- Qu'en est-il de la pratique des ergothérapeutes, ce syndrome est-il connu de tous les ergothérapeutes travaillant en soins de suite et de réadaptation orientés vers la gériatrie ? Comment interviennent-ils ? Sont-ils formés ?
- Comment amener les ergothérapeutes intervenant auprès de personnes âgées à être formés au SPDM afin d'adapter leur prise en soins ?

Une problématique ressort de ces interrogations : « **Quelles sont les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes en SSR face à un patient présentant un syndrome de désadaptation psychomotrice ?** »

Hypothèses :

- ⇒ Les ergothérapeutes ont peu connaissance du syndrome de désadaptation psychomotrice et de cette pratique spécifique.
- ⇒ La prise en soins n'est pas forcément adaptée si les ergothérapeutes n'ont pas suivi la formation. Cependant certains ergothérapeutes peuvent intégrer des éléments de prise en soins dans leurs pratiques sans avoir suivi la formation du SDPM.
- ⇒ Le rôle de l'ergothérapeute dans cet accompagnement est que la personne retrouve les activités réalisées auparavant. (23)

Méthodologie de recherche

1. Explication générale de la méthodologie de recherche.

1.1. Les objectifs

Les objectifs de cette initiation à la recherche :

- ⇒ Montrer quelle pratique ont les ergothérapeutes auprès du sujet âgé présentant un syndrome de désadaptation psychomotrice au sein des services de soins de suite et de réadaptation.
- ⇒ Affirmer que l'ergothérapeute occupe une place importante dans cette prise en soins.
- ⇒ Récolter leurs avis sur l'intérêt de la prise en soins en ergothérapie sur ce syndrome.
- ⇒ Analyser la pratique : quels méthodes et outils sont utilisés afin d'accompagner ces personnes. Nous verrons également si une différence importante de pratique est observée entre les ergothérapeutes ayant suivi la formation et les autres.

2. Outils de recherche

2.1. Population cible

Notre étude portait exclusivement sur des ergothérapeutes exerçant en soins de suite et réadaptation. Cela peut être des SSR gériatriques mais également des SSR polyvalents où la majorité de la population est âgée. Le fait de ne pas avoir suivi la formation spécifique sur le SDPM n'était pas un critère de non inclusion.

Les facteurs pouvant influencer les réponses au questionnaire sont :

- Le sexe
- La date du diplôme
- L'équivalent temps plein (ETP)
- Les moyens au sein du SSR

L'exploitation des données respectait l'anonymat de chaque réponse.

2.2. Choix de l'outil de recherche

L'outil utilisé pour répondre à cette problématique était un questionnaire. Ce questionnaire était à remplir par les ergothérapeutes eux-mêmes. Celui-ci n'était pas un questionnaire validé, il a été conçu pour cette étude uniquement.

Le questionnaire a été transmis aux ergothérapeutes grâce à internet, la transmission était rapide, non coûteuse et permettait une diffusion plus dispersée géographiquement.

Le questionnaire permet le recueil de témoignages. Il permet d'avoir des réponses précises auprès de nombreuses personnes. Les données sont facilement quantifiables lors de questions fermées. (24)

2.2.1. Réalisation de la méthode de recherche

Le questionnaire a été réalisé avec le logiciel « Sphinx ». Il est diffusé aux ergothérapeutes en France, exerçant dans les SSR. La diffusion s'est faite par courrier électronique dans un premier temps au centre hospitalier du département et de la région. J'ai ensuite élargi cette diffusion au niveau national. Celle-ci, s'est aussi faite à travers les réseaux sociaux et les

pages dédiées à l'ergothérapie notamment sur *Facebook*® : « Mémoire ergothérapie », « Le coin de l'ergothérapie » etc., où j'ai pu publier le lien vers mon questionnaire.

2.2.2. Le contenu de l'outil

2.2.2.1. Rédaction des questions

Le questionnaire a été envoyé le 15 Mars 2019 et l'enquête s'est terminée le 28 Avril 2019.

Il comporte 56 questions en comptant celles sur les données personnelles des répondants.

Lors de la réalisation, nous devons faire en sorte que les questions posées soient comprises par tous. Le questionnaire s'adresse à des ergothérapeutes, le vocabulaire employé est donc professionnel. Les questions sont courtes et neutres.

Des questions ouvertes et fermées composent ce questionnaire.

Elles sont majoritairement fermées afin d'obtenir des réponses plus brèves et que le temps de remplissage soit moins long. Les résultats sont ainsi quantifiables directement et plus rapides/simples à analyser.

Certaines questions ouvertes permettent de recueillir les points de vue en toute liberté des personnes interrogées. Celles-ci sont analysées par domaines et mots-clés.

Le questionnaire a été testé pour vérifier la mise en forme et la suite « logique » des questions avant l'envoi. Le temps pris pour la réponse est chronométré et figurera dans le résumé de départ afin que le répondant ait un repère.

2.2.2.2. Le questionnaire

Dans un premier temps, nous retrouvons une présentation du sujet de l'enquête et les objectifs de celui-ci dans un résumé. Le temps moyen du remplissage est mentionné.

Dès la première question nous demandons si la personne exerce en SSR afin de cibler la population intéressée.

Ce questionnaire se divise en quatre parties :

- Informations générales sur le service, les pathologies rencontrées et les formations spécifiques de la personne âgée qu'ils ont suivie.
- Le syndrome de désadaptation psychomotrice : Les bilans utilisés, la connaissance du SDPM par les médecins et les autres professionnels de santé, la prise en soins face aux différents signes cliniques.
- Informations pratiques : Le temps et le matériel sont-ils suffisants, y-a-t-il des manques qui s'opposent à une prise en soins adaptée ? et des questions concernant la collaboration avec les soignants et les aidants/proches.
- Informations sur le répondant : type de SSR, équivalent temps plein(ETP), nombre de lits, depuis quand il exerce etc.

L'opinion de l'ergothérapeute est demandée sur la place qu'il occupe dans cette prise en soins, l'intérêt de cette pratique pour accompagner au mieux les patients.

Résultats

1. Généralités

Nous avons obtenu 22 réponses d'ergothérapeutes. Un ergothérapeute ayant répondu à mon questionnaire n'exerce pas en SSR. La série de réponses par cet ergothérapeute ne sera ainsi pas analysée. 21 réponses seront donc prises en compte et exploitées.

Sur les 21 ergothérapeutes, **la majorité des répondants sont des femmes** puisqu'elles étaient dix-neuf.

Sur l'ensemble des participants, 5 sont diplômés depuis moins de 5 ans, 5 sont diplômés depuis 5 à 10 ans et 11 depuis plus de 10 ans dont une personne depuis plus de 20 ans.

Les équivalents temps plein des répondants sont représentés dans le graphique suivant :

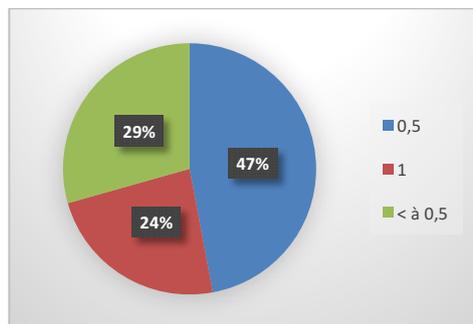


Figure 3 – Equivalent Temps Plein des ergothérapeutes exerçant en SSR

Les ergothérapeutes ayant répondu à notre questionnaire interviennent dans des **SSR : polyvalent, gériatrique et d'addictologie.**

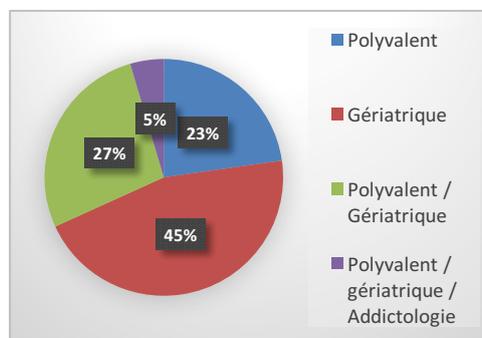


Figure 4 - Type de SSR dans lesquels exercent les répondants

Nous avons demandé aux répondants quels étaient les motifs d'hospitalisation des patients dans les services.

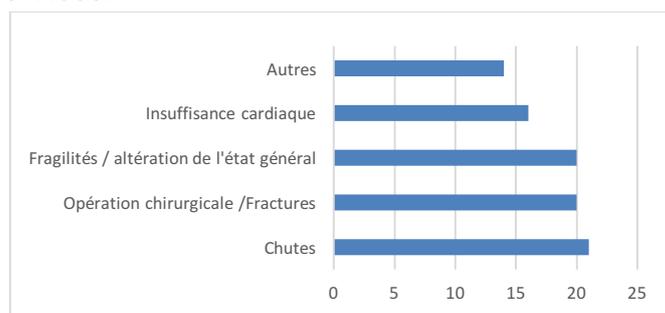


Figure 5 - Motifs d'hospitalisation

Les réponses « autres » sont :

- Maladie neuro-dégénérative avec maintien à domicile difficile
- Accident vasculaire cérébral
- Soins palliatifs
- Cancers
- Problèmes pulmonaires

Pour cette question, il était demandé aux personnes de répondre en classant les motifs d'hospitalisation les plus rencontrés au moins rencontrés. Sur les 21 répondants, 15 mentionnent en première place : « chute.s » ou « Fragilité/altération de l'état général ».

Nous notons également que le projet à la sortie d'hospitalisation est principalement un projet de **retour à domicile** car cela représente plus de 85% des cas. En second, nous retrouvons le projet d'entrée en EHPAD.

Des formations spécifiques de la personne âgée existent, 3 ergothérapeutes n'en ont pas suivi. Dans le graphique suivant sont exposées les formations auxquelles les répondants ont participé.

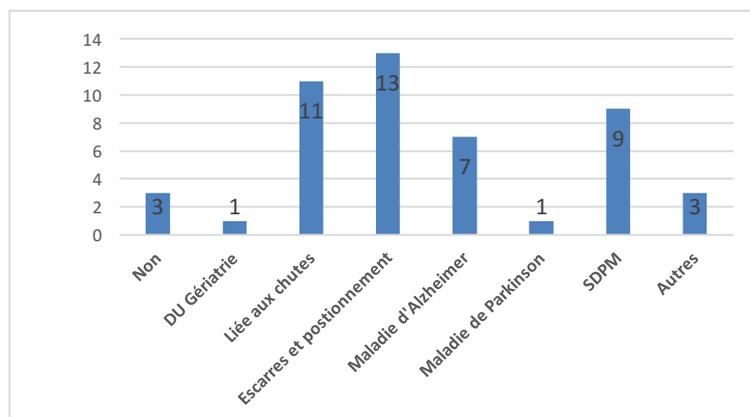


Figure 6 - Les formations spécifiques de la personne âgée

2. Introduction / Approche sur le syndrome de désadaptation psychomotrice

Nous avons demandé aux personnes répondant si les patients présentaient les signes suivants :

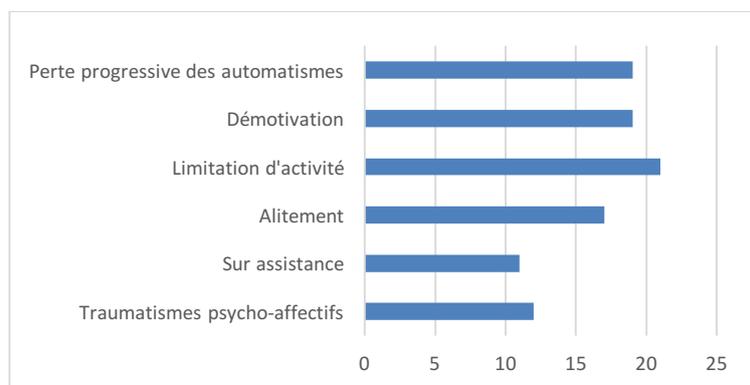


Figure 7 - Présence des signes du SDPM chez les patients

Une intervention en ergothérapie est demandée auprès de ces patients pour 18 des répondants et les 3 autres interviennent « parfois ».

2.1. Les connaissances sur le SDPM

Sur les 21 ergothérapeutes, 13 ont de bonnes connaissances sur le SDPM au vu de leurs réponses. Parmi les définitions :

- « Il s'agit d'un syndrome associant des troubles posturaux (rétropulsion), d'altération de la marche ainsi que d'anomalie neurologiques et de troubles psychocomportementaux »
- « La personne est désadaptée car fragile au départ et un événement précipitant(chute, deuil, mauvaises manipulations...) vient faire entrer la personne dans le SDPM. On observe alors des schémas moteurs incorrects, des troubles posturaux à la station assise comme debout (voire allongée), une stasobasophobie (peur phobique de la chute) et une hypertonie oppositionnelle (la personne s'oppose au mouvement : rétropulsion, tentative d'agrippements paradoxaux...) »
- « Ou syndrome post-chute ou de régression psychomotrices: signes: rétropulsion au moment de la verticalisation, perte des automatismes, stasobasophobie, réflexe d'agrippement, dyschronometrie, Hypertonie oppositionnelle... »
- « Syndrome qui apparaît souvent à la suite d'une station allongée prolongée. La personne perd alors la sensation de verticalisation , son centre de gravité est posteriorisé ce qui rend difficile pour elle la station debout : peur de tomber , anxiété mais aussi perte de la force musculaire pour maintenir cette station debout ».

Nous avons demandé aux ergothérapeutes si les médecins du service avaient connaissance de ce syndrome et si le diagnostic était posé. Les résultats sont dans le graphique suivant :

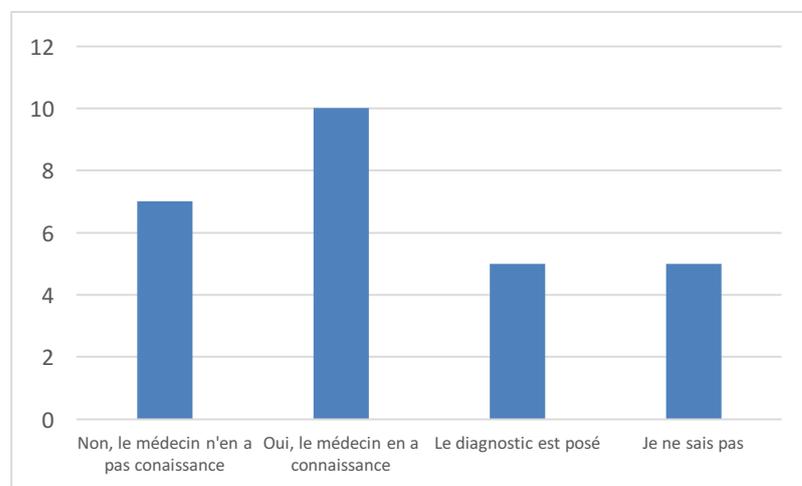


Figure 8 - Connaissance du médecin sur le SDPM

2.2. Envisagez-vous de suivre la formation ?

Participants souhaitant se former au SDPM	Dans quel but ?
7 sur 12 (58%)	<p>« Prévenir son apparition, lutter contre le syndrome si installé »</p> <p>« Méthodes à utiliser pour anticiper le syndrome mais également pour améliorer la prise en charge des personnes déjà atteintes »</p> <p>« Pourvoir accompagner au mieux les équipes soignantes et les familles dans la prise en charge des patients présentant un SDPM. Acheter du matériel adapté à cette prise en charge »</p>

Tableau 1 - Motivations à participer à la formation du SDPM

3. Prise en soins SDPM en ergothérapie

3.1. Les bilans

Les différents bilans	Nombre d'ergothérapeute utilisant ce bilan
Mise en situation (AVQ, transferts)	42% (soit 9)
Observations	23% (soit 5)
Analyse des schémas moteurs	14 % (soit 3)
Get up and go test	14 % (soit 3)
Tinetti	14 % (soit 3)
Test moteur minimum	9% (soit 2)
Bilan postural	9% (soit 2)
Bilan paratonia	5% (soit 1)
AMPS	5% (soit 1)
Ne sait pas	9% (soit 2)

Tableau 2 - Les bilans utilisés en ergothérapie pour évaluer le SDPM

Le **test get-up early** est un test de dépistage du SDPM, dans ce graphique est représentée son utilisation ou non par les ergothérapeutes.

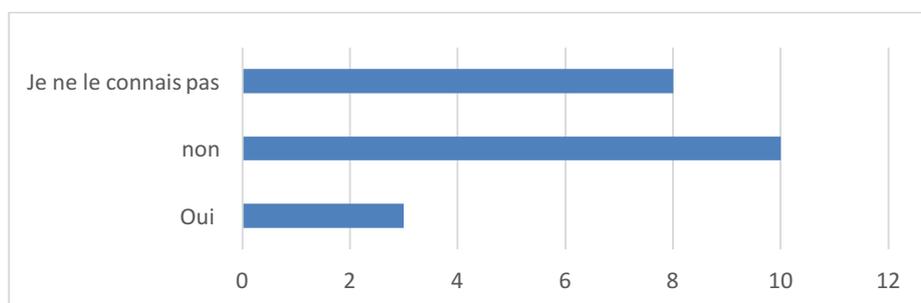


Figure 9 - Utilisation du Get-up Early

3.2. Les techniques de rééducation / réadaptation

Concernant la rétroimpulsion et l'hypertonie oppositionnelle, les ergothérapeutes interrogés ont-ils des techniques spécifiques de rééducation et de réadaptation ? Les réponses sont illustrées dans le graphique suivant :

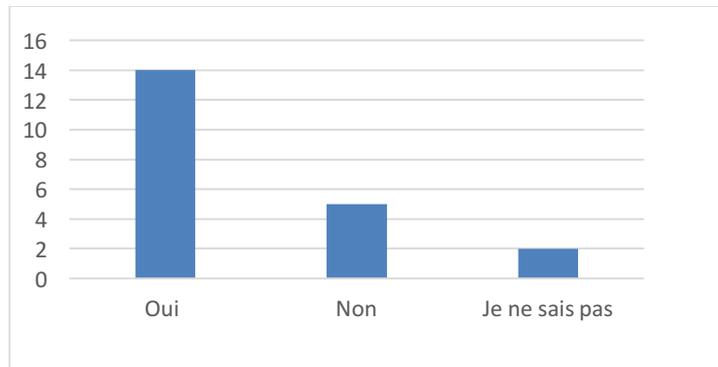


Figure 10 - Les techniques spécifiques pour la rééducation de la rétroimpulsion et hypertonie oppositionnelle

Nous avons demandé aux répondants comment ils procèdent face à un patient qui présente **une peur panique du vide antérieur et de la verticalisation** :

- Travail des transferts : dans un premier temps les retournements au lit puis les transferts assis-debout.
- Des activités face à une table avec du déplacement d'objet qui permet au patient d'effectuer des mouvements du tronc vers l'avant tout en détournant l'attention.
- Exercices de relaxation
- Travail en collaboration avec les autres professionnels : kinésithérapeutes, soignants, psychomotricien.
- Ne pas brusquer la personne, travailler sur la réassurance

La fréquence des séances de rééducation et réadaptation est donnée dans le graphique ci-dessous :

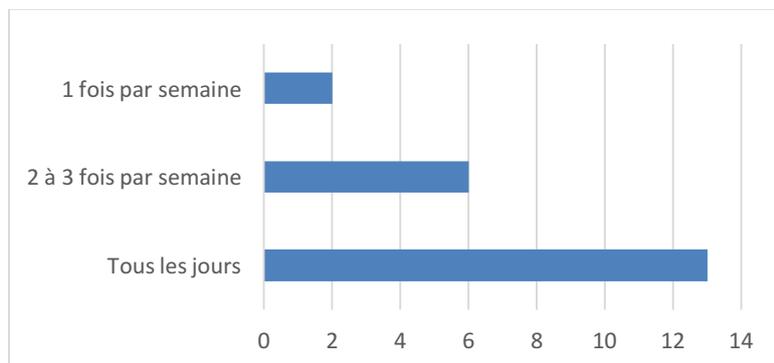


Figure 11 - Fréquence des séances

Le lieu des séances de rééducation et réadaptation est donné dans le graphique ci-dessous :

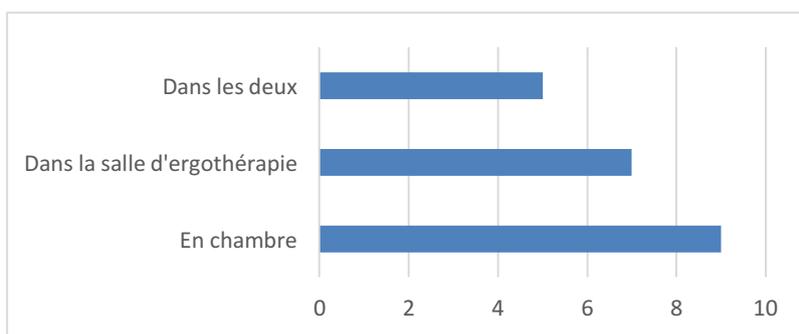


Figure 12 - Lieu des séances

Lieu des séances	Pour quelles raisons ?
Chambre	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de place dans la salle de rééducation ou absence de salle - Le patient s'y sent plus en sécurité en début de prise en soins - Permet le travail des transferts et mise en situation
Salle d'ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de place - Matériel à disposition - Pour la rééducation dans un second temps - Permet d'échanger avec d'autres personnes, éviter l'isolement

Tableau 3 - Choix du lieu de prise en soins

Adoptez vous avec ces patients les mêmes techniques de manutention / d'activation ?

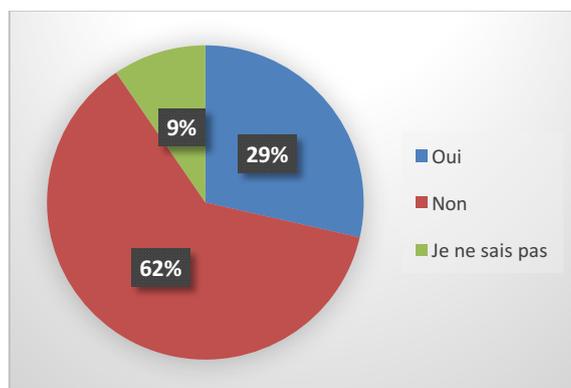


Figure 13 – Les techniques d'activation sont-elles spécifiques pour ces patients ?

Le matériel utilisé : 5/21 des répondants disent ne pas utiliser de matériel pour la manutention.

Pour les personnes utilisant du matériel, le guidon de transfert est utilisé par 14 ergothérapeutes. Il existe différents guidons utilisés : « Aïgo », « tina » et « automax ».

7 affirment utiliser des barres de redressement de lit.

Les autres aides techniques sont : disque de transfert, verticalisateur, lève-personne, aides techniques à la marche et le drap de glisse.

La collaboration avec les soignants : Infirmier diplômé d'état (IDE), aide-soignant (AS) et les masseurs-kinésithérapeutes est présentée dans le graphique suivant :

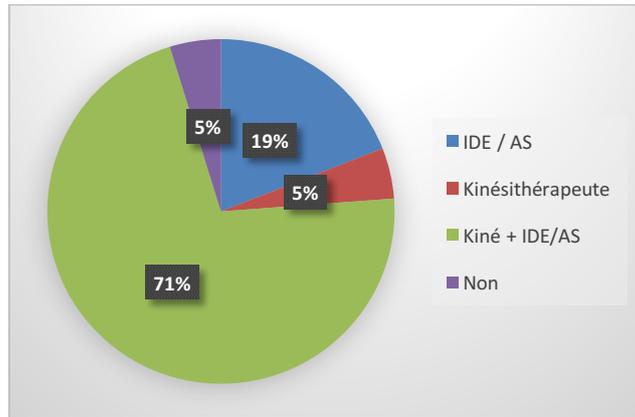


Figure 14 - Travail de collaboration de l'ergothérapeute avec les autres professionnels

3.3. Les activités utilisées par les ergothérapeutes lors des séances de rééducation et de réadaptation.

Ces résultats sont présentés dans le graphique suivant :

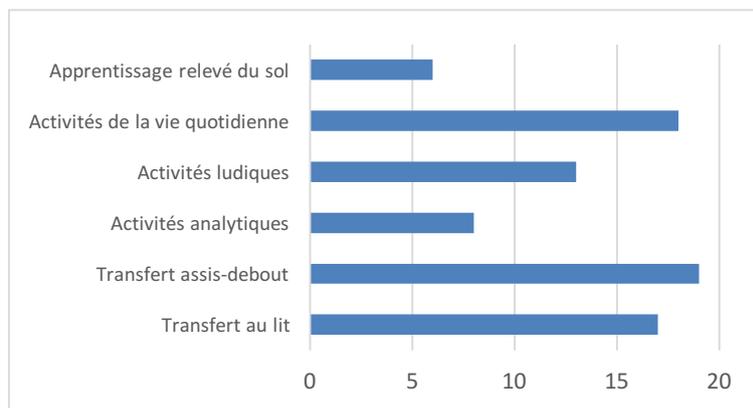


Figure 15 - Les activités proposées pour les séances

Nous avons demandé aux ergothérapeutes quelles étaient **les activités de la vie quotidienne** utilisées dans la prise en en soins.

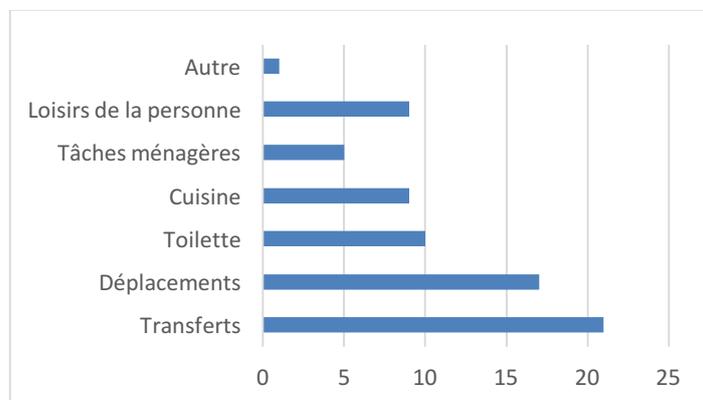


Figure 16 - Les AVQ

Les 21 répondants utilisent les transferts dans leurs séances de rééducation et réadaptation. La réponse autre étant la mise en situation du patient à son domicile.

L'amélioration des signes cliniques est observée par 19 personnes, une personne a répondu qu'elle ne savait pas et une personne n'a pas répondu à la question.

Cette amélioration est objectivée par les différents points suivants :

- « Objectif de début de prise en soins atteint »
- « Disparition de la rétropulsion, diminution de stasobasophobie et de l'hypertonie oppositionnelle »
- « Reprise de la grille d'analyse des schémas moteurs »
- « Les transferts se font de manière autonome »
- « Indépendance dans les AVQ »
- « Bilan en début et fin de prise en soins »
- « Reprise d'activité »
- « Satisfaction de la personne »
- « Prise de confiance en ses capacités »

Le graphique suivant reprend l'engagement du patient dans sa prise en soins. Aucun répondant n'estime que le patient n'est pas engagé dans la prise en soins.

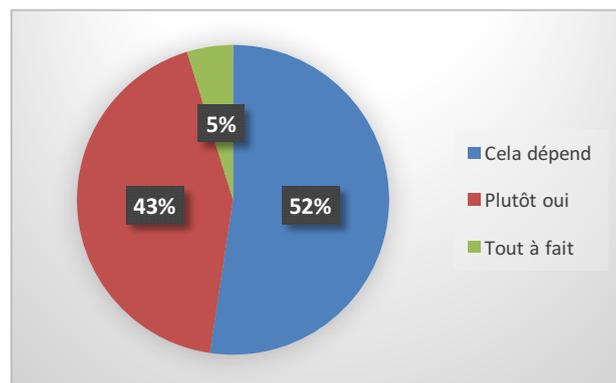


Figure 17 - Engagement du patient

4. La sortie du SSR

Nous avons demandé aux ergothérapeutes s'ils évaluaient la reprise **d'une activité significative** de la personne à la suite de la prise en soins en ergothérapie. Les données sont « oui » pour 11, « Non » pour 6 et 4 disent qu'il l'observe « parfois ».

Certains ergothérapeutes réalisent des **visites à domicile** afin d'aménager le logement et de mettre la personne en situation réelle. Dans ce questionnaire, 12 ergothérapeutes en effectuent.

Il existe des hôpitaux de jour de réadaptation (HDJ), 3 ergothérapeutes sur 21 préconisent à leurs patients présentant un SDPM de poursuivre une prise en soins dans ces HDJ. Ceci afin de « maintenir des activités et le lien avec l'aidant », d'avoir un « suivi complémentaire ».

4.1. L'aidant

Nous avons demandé aux répondants, quel était l'aidant principal. Les réponses sont dans le graphique ci-dessous :

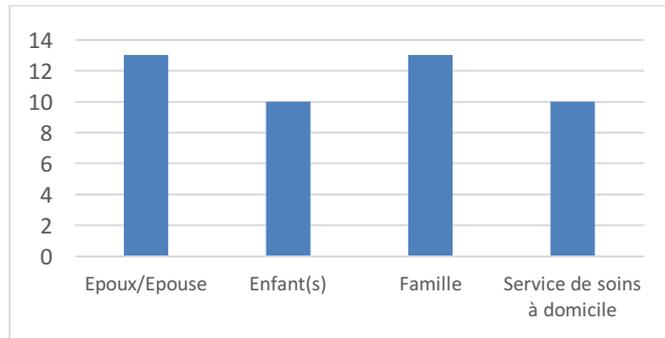


Figure 18 - Les aidants principaux des patients

Le lien avec l'aidant principal de la personne est fait dans 90% des cas (soit 19 personnes). Une personne indique que ce lien n'est pas toujours évident du fait de l'éloignement familial (quand l'aidant est un proche).

Cependant, **la collaboration** avec l'aidant n'est pas toujours réalisée : 12 indiquent que cette collaboration est « parfois » faite, 7 en ont une et 2 personnes ne collaborent pas avec cet aidant.

5. Les axes d'amélioration

Nous avons demandé aux ergothérapeutes s'ils estimaient avoir le matériel et le temps nécessaire pour une bonne prise en soins de ce syndrome.

Pour **le temps**, les réponses sont partagées, 10 ont répondu « Oui » ainsi que 10 à répondre « Non ». 20 personnes ont répondu à cette question, une personne n'a pas inscrit sa réponse. Pour le matériel, ils sont 11 sur les 21 à répondre qu'ils ont le matériel suffisant dans leur service.

Nous avons demandé de manière plus générale ce qui manquait pour exercer au mieux leur pratique, les réponses sont les suivantes :

- Du matériel adapté
- Du temps
- Formation des soignants
- Formation des médecins
- Les chambres du service sont doubles et il y a un manque de place
- Des formations complémentaires

Cette question amène à celle de savoir si les autres professionnels du service sont formés au syndrome de désadaptation psychomotrice :

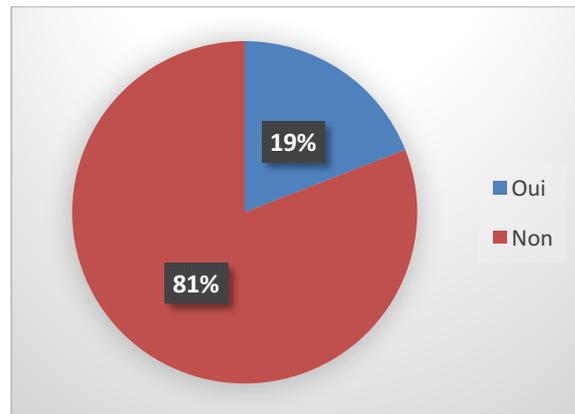


Figure 19 - Formation des autres professionnels

6. L'ergothérapie dans la prise en soins du syndrome de désadaptation psychomotrice

Pour 9 des répondants, l'intérêt de la prise en soins en ergothérapie est principalement dans la **reprise d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne** :

- « Redonner à la personne son autonomie dans les AVQ »
- « Parce que ce syndrome entraîne une restriction de participation aux activités de vie quotidienne »
- « Prise en charge du patient dans sa globalité !!!! Mise en situation pour les AVJ »
- « Pour le maintien de l'indépendance, permettant au patient d'être indépendant dans son choix de lieu de vie »
- « Mise en situation des actes de la vie quotidienne et stimulation sans faire à la place de »
- « Car nous intervenons à travers différents champs pour agir autour du patient à travers des activités significatives et significatives »

Certains ajoutent à la reprise d'autonomie, un **lien avec l'entourage** :

- « L'ergothérapeute va permettre, en lien avec l'équipe de redonner à la personne une autonomie suffisante à la reprise d'activité antérieure et former / informer l'entourage au maintien de cette autonomie »
- « Dans la reprise et le maintien d'activité, et l'accompagnement des aidants »
- « Réadaptation motrice et action sur l'entourage et l'environnement c'est le coeur de métier de l'ergothérapie »

Un des rôles de l'ergothérapeute est **l'aménagement de l'environnement, l'installation et la préconisation d'aides techniques**. Dans la prise en soins de ce syndrome, des ergothérapeutes affirment qu'il est important de les prendre en compte :

- « Car il est le seul professionnel de santé vraiment formé au bilan et à la prise en charge rééducative/réadaptative. De plus il joue à la fois sur le plan "personnel" et sur l'environnement (humain et matériel) , il est le seul à connaître et maîtriser les

différentes AT et à pouvoir faire des préconisations d'aménagement du domicile en fonction du patient et non en fonction d'idées reçues »

- *« Il s'agit d'un trouble qui gêne les AVQ de la personne. L'ergo est le seul à intégrer des AT et à modifier l'environnement et à former les équipes, il donc essentiel ! »*
- *« De même la présence de ce syndrome implique aussi beaucoup de difficultés sur les autres aspects des AVQ de la personne notamment de l'installation au fauteuil et au lit. »*

Le **travail en équipe**, en collaboration avec les autres professionnels de santé est un élément à prendre en compte dans la prise en soins du SDPM :

- *« Le travail en équipe est indispensable : kinésithérapeutes (notre kiné est également formé au SDPM), AS ou psychomotriciens (mais nous n'en avons pas) »*

Et enfin, l'installation **d'une relation de confiance** est un point important à prendre en compte :

- *« Outre le réentraînement il faut établir une relation de confiance pour encourager la personne à dépasser ses appréhensions sans que cela n'entraîne plus de troubles »*
- *« Parce qu'elle respecte le patient en s'adaptant à ses difficultés, en prenant le temps nécessaire et permet d'instaurer une relation de confiance. La prise en charge est globale et tient compte des difficultés comportementales, cognitives, motrices... »*

Une réponse d'un des ergothérapeutes reprend tous les éléments ci-dessus :

- *« la PEC en ergothérapie est indispensable car elle va axer sa prise en charge sur l'installation, la mise en place d'aides techniques favorisant la sollicitation de la personne et proposer des activités variées évitant la mise en situation d'échec, valorisant la personne et lui permettant d'agir de nouveau. Ces activités de rééducation/réadaptation/réhabilitation ne sont pas centrées sur la verticalisation et la marche, elles ne sont pas analytiques, elles favorisent le bien-être et le confort tout en réactivant des schémas moteurs essentiels à la reprise d'indépendance »*

Discussion

Pour rappel, notre problématique est la suivante :

Quelles sont les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes en SSR face à un patient présentant un syndrome de désadaptation psychomotrice ?

Les hypothèses formulées sont les suivantes :

- ⇒ Les ergothérapeutes ont peu connaissance du syndrome de désadaptation psychomotrice et de cette pratique spécifique.
- ⇒ La prise en soins n'est pas forcément adaptée si les ergothérapeutes n'ont pas suivi la formation. Cependant certains ergothérapeutes peuvent intégrer des éléments de prise en soins dans leurs pratiques sans avoir suivi la formation du SDPM. La méconnaissance du syndrome par les autres professionnels ainsi que les médecins peut être un frein à cette prise en soins.
- ⇒ Le rôle de l'ergothérapeute dans cet accompagnement est que la personne retrouve les activités réalisées auparavant.

Nous allons traiter les résultats obtenus au questionnaire et ainsi répondre à la problématique ci-dessus, les hypothèses seront également vérifiées.

1. Interprétation des résultats

1.1. La formation et les connaissances des ergothérapeutes sur le syndrome de désadaptation psychomotrice

Sur les 21 ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, 9 ont suivi la formation spécifique en ergothérapie sur le SDPM.

Cependant, lorsque nous avons demandé d'expliquer ce qu'était en quelques mots ce syndrome pour eux, 13 ont répondu avec de bonnes connaissances. C'est-à-dire qu'ils intégraient dans leur définition des signes cliniques ou des modes d'apparition tels que la rétropulsion, la peur du vide ou de chuter, hypertonie oppositionnelle ou un évènement précipitant (chutes, deuil etc.). 5 avaient des connaissances sur quelques domaines. Ainsi 3 n'avaient pas de connaissances au vu de leur réponse.

Certains ont fait des formations complémentaires, notamment 11 ergothérapeutes ont suivi celles sur les chutes. Nous pouvons donc supposer que ces formations apportent des connaissances sur le SDPM.

Nous pouvons donc dire que notre hypothèse de départ « Les ergothérapeutes ont peu de connaissances du SDPM et de cette pratique spécifique » n'est pas vérifiée. Nous pouvons conclure que des ergothérapeutes ont des connaissances sur des symptômes du syndrome.

Les motifs d'hospitalisations et les facteurs précipitants au SDPM

Dans les services de SSR sont présents des patients ayant fait des chutes et présentant une fragilité ou une altération de l'état général. Ceci peut occasionner une démotivation, une limitation de ses activités et encore conduire à une perte progressive de ses automatismes.

Les ergothérapeutes interrogés sont amenés à intervenir auprès de ces patients. Des bilans sont réalisés en début de prise en soins. Ceux-ci sont majoritairement des mises en situation (AVQ et transferts) ou simplement des observations. Certains intègrent des bilans spécifiques sur les chutes, les schémas moteurs ou le bilan sur les paratonia. Ces bilans spécifiques ne sont pas forcément réalisés par les ergothérapeutes ayant suivi la formation du SDPM.

Le « get-up early » est un test qui permet de mettre en évidence le syndrome de désadaptation psychomotrice, il est utilisé par seulement 3 ergothérapeutes ayant suivi la formation. 8 n'en ont pas connaissance.

1.2. Importance de la collaboration dans l'évaluation et le traitement du SDPM

1.2.1. Avec l'aidant

« L'aidant familial ou de fait est la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne [...] et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance/veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques... » (25)

Dans la majorité des cas, l'aidant du patient est un proche. Il s'agit soit de l'époux.se ou d'un membre de la famille proche. Le lien avec l'aidant est important dans la prise en soins cependant ce lien n'est pas toujours une collaboration.

19 des 21 ergothérapeutes ont un lien avec les aidants mais une réelle collaboration est faite que pour 7 d'entre eux. La collaboration est ce qui permet une mise en commun, l'ergothérapeute et l'aidant vont ensemble dans le même sens pour le patient.

Nous avons observé lors des résultats que 9 des ergothérapeutes travaillant en SSR ne réalisent pas de visite à domicile (VAD). Ceci sachant que le projet de vie principal des patients à la sortie d'hospitalisation est un retour à domicile.

Le rôle de l'ergothérapeute est de toujours prendre en compte la personne ainsi que son environnement. Lors des VAD, nous faisons des recommandations et les préconisations pour maintenir l'activité de la personne en fonction de ses capacités, des compétences de l'aidant et des aménagements. (26) Dans la prise en soins de ce syndrome, « la modification de l'environnement [...] contribue à améliorer les capacités de la personne âgée en facilitant son rapport à l'environnement ». (6)

Nous pouvons nous demander pourquoi ces ergothérapeutes n'en réalisent pas :

- Absence d'autorisation de la direction due à un manque de connaissances de l'ergothérapie ? Le métier d'ergothérapeute étant une profession jeune, il y a une certaine méconnaissance des compétences. C'est en pleine expansion et les ergothérapeutes sont de plus en plus nombreux, notamment auprès des personnes âgées où l'ergothérapeute a de nouvelles tâches.
- Est-ce un manque de temps ?
- Utilisent-ils un autre moyen pour aménager l'environnement de la personne : sur photos ou vidéo ?

Certaines VAD ne sont pas réalisées car les ergothérapeutes ne peuvent pas en faire chez tous les patients hospitalisés. Il doivent les prioriser du fait du manque de temps principalement. Celles concernant le SDPM, ne seraient-elles pas à réaliser en priorité ?

L'absence de VAD peut être un frein à la collaboration avec l'aidant mais également la durée moyenne de séjour (DMS) du patient en SSR.

1.2.1.1. Les freins d'une collaboration ergothérapeute-aidant optimale.

La durée moyenne de séjour en SSR est de 21 jours. Lorsque le patient arrive dans le service, il a besoin d'un temps d'adaptation, il peut parfois être désorienté. La DMS peut être un frein à l'intervention des ergothérapeutes.

Si nous regardons les résultats, les interventions en ergothérapie sont des activités de base puisqu'elles sont notamment sur les transferts ou les déplacements. La pratique des ergothérapeutes prend alors un caractère plutôt bio-médical. Elle ne permet pas de prendre en compte le SDPM dans sa globalité et ainsi d'agir sur les activités de vie quotidienne et les occupations de la personne. De plus la formation du SDPM, est-elle elle aussi axée sur le concept bio-médical ?

Le SDPM est survenu suite à un changement dans la vie de la personne âgée, il marque une rupture et ainsi une baisse des activités. L'objectif en ergothérapie est d'aider la personne à retrouver des activités qui vont lui permettre de redonner un sens à sa vie (27). Il est nécessaire de travailler sur le maintien des capacités afin de prendre en compte ce syndrome en lien avec l'occupation.

L'équivalent temps plein et le nombre de lit peut être un frein à une prise en soins adaptée et complète. Seulement 24% des ergothérapeutes répondant ont un temps plein dans le service de SSR. Si l'on compare deux ETP de 0.5, un ergothérapeute a 36 lits et un autre 120. En fonction de l'ETP et du nombre de lit, cela ne permet pas une la collaboration optimale avec l'aidant.

1.2.2. La collaboration avec les autres professionnels de santé

L'interprofessionnalité entre professionnels de rééducation, personnel soignant et médecin est nécessaire dans la prise en soins des sujets âgées. Cependant, ce fonctionnement rencontre encore aujourd'hui des difficultés du fait d'une mauvaise connaissance des compétences des uns et des autres. Cette interprofessionnalité est dans un objectif qu'aucun aspect ne soit négligé (28). Chacun des professionnels apporte des compétences afin d'être complémentaires dans la prise en soins. Il pourrait être intéressant de former l'ensemble des équipes soignantes au SDPM afin d'avoir la même vision de la prise en soins.

Dans les résultats de notre questionnaire, on note que 71% des ergothérapeutes collaborent avec les masseurs-kinésithérapeutes et le personnel soignant (IDE + AS). Cependant, 81% affirment que leurs collègues ne sont pas formés au SDPM.

Durant la formation de masseur-kinésithérapeute ce sujet est abordé. En théorie dans des cours de psychogériatrie par un médecin et également lors de cours pratiques de rééducation en gériatrie.

D'après l'arrêté du 5 Juillet 2010 de la formation en ergothérapie et l'unité d'enseignement « 2.3 : dysfonctionnement de l'appareil musculo-squelettique et du système tégumentaire » des cours sur le dysfonctionnement lié au vieillissement sont enseignés.

Le métier d'ergothérapeute étant présent auprès des personnes âgées et ce syndrome de plus en plus répandu dans les services gériatriques : ne serait-il pas nécessaire d'instaurer une base théorique sur ce syndrome dans le cursus de formation en ergothérapie ?

L'ergothérapeute peut collaborer avec les partenaires extérieurs, le service de soins à domicile qui intervient chez le patient peut être une aide afin d'avoir des informations complémentaires.

De plus l'ergothérapeute peut collaborer avec ces services là à la sortie d'hospitalisation afin de créer un relais.

1.2.3. Mais une collaboration avant tout avec le patient

Nous avons demandé dans le questionnaire si les ergothérapeutes estimaient que le patient était engagé dans sa prise en soins. Pour environ 50% le patient est engagé « plutôt oui » et « tout à fait », les 50% autres « cela dépend ».

Le patient est au cœur de la prise en soins en ergothérapie. Il est important qu'il soit acteur de sa prise en soins afin que celle-ci soit optimale. Nous nous devons de collaborer avec lui également.

1.3. Le matériel des techniques d'activation

Cinq ergothérapeutes sur 21 n'utilisent pas de matériel et 4 d'entre eux ne manifestent pas de manque de matériel au sein de leur service. Ces ergothérapeutes là ne sont pas formés au SDPM.

Lors de la formation en ergothérapie, les aides techniques nous sont enseignées. Cela fait parti de notre référentiel de compétences : « Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques » (22). L'utilisation des aides-techniques aux transferts est un des fondements de la formation en ergothérapie.

De plus dans ce syndrome, l'utilisation de matériel est important. Il sert avant tout au patient et non au soignant contre les troubles musculo-squelettiques. Une manutention inadaptée entretient les signes cliniques du SDPM. Le matériel permet l'utilisation des schémas moteur logique, une diminution de la peur liée à la mobilisation ou la verticalisation. C'est ainsi plus efficace qu'une aide humaine.

Le guidon de transfert « automax » est particulièrement utilisé dans le SDPM, son transfert autonome actif permet de maintenir le schéma moteur. La barre latérale de redressement au lit favorise un schéma moteur adapté. Ces aides techniques participent à la rééducation.

Dans cet objectif de collaboration avec l'aidant et le personnel soignant, nous pouvons réaliser des fiches ou des vidéos pour expliquer comment utiliser le matériel mis en place au patient.

1.4. Les médecins

La gériatrie est reconnue comme une spécialité de médecine seulement dans les années 1990. (29) Selon les répondants, 7 ergothérapeutes sur 21 affirment que les médecins du service n'ont pas connaissance du syndrome et 5 ont répondu « je ne sais pas ». De plus, le diagnostic posé dans seulement 7/21 des services des ergothérapeutes répondant. Mais les ergothérapeutes ont-ils interrogé les médecins de leur service sur ce syndrome ?

L'ergothérapeute agissant sur prescription médicale et les gériatres étant des experts de la personne âgée et de la prise en soins, il y a ainsi une réelle collaboration à mettre en place afin qu'ils sollicitent les ergothérapeutes pour le dépistage et un accompagnement précoce. Le SDPM étant de plus en plus fréquent dans les services de gérontologie.

2. Limites de l'étude et perspectives

2.1. Les limites

Notre problématique de départ était de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des ergothérapeutes face au syndrome de désadaptation en SSR.

Nous avons réalisé un questionnaire dans cet objectif. Nous devions alors explorer tous les champs d'intervention. De ce fait, les questions n'ont pas permis de faire un état des lieux général et de développer chaque domaine.

Deux ergothérapeutes nous ont fait une remarque sur la longueur de ce questionnaire, en effet il comprenait une cinquantaine de questions.

De plus, il aurait fallu plus de 21 réponses pour avoir une vision plus importante de la pratique de ce syndrome. Les résultats ne peuvent pas ainsi être généralisés.

2.2. Les perspectives

Dans une poursuite de cette étude, des entretiens permettraient de faire un état des lieux plus précis de la pratique des ergothérapeutes. Celle-ci pouvant s'étendre à d'autres services de gériatrie (Hôpital de jour, EHPAD ect.).

Mais également une étude de cas cliniques où il serait intéressant de suivre des patients tout au long de leur hospitalisation en SSR.

A travers cette étude, nous avons pu nous questionner sur l'intérêt de l'ergothérapie dans une équipe spécialisée en prévention et réadaptation à domicile (ESPRAD) avec des ergothérapeutes pour intervenir au domicile du patient sur ce syndrome sur plusieurs séances. Il serait également intéressant d'instaurer un suivi en hôpital de jour de réadaptation pour poursuivre la prise en soins et pour maintenir les acquis.

Ces perspectives permettraient de modifier la pratique des ergothérapeutes encore basée sur une approche bio-médicale dans les services de SSR.

Conclusion

En 2018, en France, nous comptons plus de 15 millions de personnes de plus de 60 ans. Cependant, il y a de nombreuses personnes très âgées et fragiles. L'enjeu de la prise en soins de la personne âgée est de plus en plus présente.

Les conséquences de la fragilité sur le sujet âgé peuvent aboutir à un syndrome de désadaptation psychomotrice. Ce syndrome est une véritable atteinte sous-corticale et peut engendrer de nombreuses répercussions sur le quotidien de la personne.

Nous avons cependant pu observer à travers cette étude que la pratique des ergothérapeutes auprès du sujet présentant ce syndrome est limitée pour proposer une prise en soins adaptée. En effet, cette pratique est centrée sur les techniques de base : transferts, déplacements principalement. La durée moyenne de séjour des patients et parfois la présence à temps partiel des ergothérapeutes ne permettent pas d'avoir une pratique centrée sur les activités significatives de la personne.

Il serait important de passer le relais à des ergothérapeutes travaillant dans des structures à domicile afin d'intervenir dans l'environnement proche de la personne et de ses activités quotidiennes. Cependant le développement des ergothérapeutes dans celles-ci est trop peu important.

Le maintien des acquis par un suivi en hôpital de jour est également envisageable pour ces patients-là. Ce travail pourrait s'étendre sur le développement de l'ergothérapie en suivi à domicile à la sortie d'hospitalisation en prévention et réadaptation.

Ce travail a permis de faire un premier état des lieux de la pratique des ergothérapeutes en SSR auprès de patient présentant un syndrome de désadaptation psychomotrice. Nous avons pu remarquer que peu d'écrits sur ce syndrome ont été faits et particulièrement en lien avec notre métier.

Cette étude a permis de montrer les freins à une collaboration optimale avec le patient et son aidant, qu'il n'est pas toujours facile au vu des règles institutionnelles de pratiquer au mieux sa profession. L'ergothérapeute est présent pour guider le patient dans ses choix. Ce dernier reste au cœur de la pratique et il est l'acteur de sa prise en soins.

Il est important de se former tout au long de notre vie autour de notre métier et de conserver une veille professionnelle afin d'améliorer les pratiques. Lors de la réalisation de cet écrit, j'ai appris énormément sur ce syndrome, je souhaite cependant lorsque je serai diplômée suivre la formation spécifique afin d'approfondir mes connaissances.

Références bibliographiques

1. Nathalie Blanpain, Guillemette Buisson. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
2. Benoît de Lapasse. Le vieillissement de la population et ses enjeux - L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>
3. DICOM_Jocelyne.M. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/article/les-chiffres-cles>
4. Santé publique France, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France [Internet]. 2017. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
5. Pr Vellas B. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles - Livre Blanc [Internet]. 2015 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.medcomip.fr/--82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf>
6. Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. Syndrome de désadaptation psychomotrice. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 1 mars 2014;12(1):94-100.
7. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaire. Note méthodologique et de synthèse documentaire [Internet]. 2015 [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
8. Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Plan National « Bien Vieillir » [Internet]. 2005 [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
9. La personne âgée [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/Autre/SZKC-9782294743597.pdf>
10. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
11. Hubert BLAIN, Frédéric BLOCH, Liliane BOREL, Patricia DARGENT-MOLINA, Jean-Bernard GAUVAIN, David HEWSON, Marie-Ève JOEL, Gilles KEMOUN, France MOUREY, François PUISIEUX, Yves ROLLAND, Yannick STEPHAN. Activité physique et prévention des chutes chez la personnes âgées. 2014.
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
13. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>
14. Mourey F. Psychomotor disadaptation syndrome. Annals of Physical and

Rehabilitation Medicine. oct 2012;55:e267-8.

15. Adaptation posturale - ZithaAktiv [Internet]. Disponible sur: <https://zithaaktiv.lu/fr/adaptation-posturale/>
16. Pfitzenmeyer P, Mourey F, Mischis-Troussard C, Bonneval P. Rehabilitation of serious postural insufficiency after falling in very elderly subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. nov 2001;33(3):211-8.
17. Rousseau J, Denis M-C, Dubé M, Beauchesne M. L'activité, l'autonomie et le bien-être psychologique des personnes âgées. *Loisir et Société / Society and Leisure*. jan 1995;18(1):93-122.
18. CAMBOIS - ROBINE. Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. DREES [Internet]. sept 2003;(261). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er261.pdf>
19. Lepage S, Gillain S, Petermans J. Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) : une entité clinique encore méconnue. *Rev Med Liège*. :6.
20. MOREL-BRACQ M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. 2009.
21. Bizier V, Emard R, Gilbert M, Guerette F, Harvey D, Lauzon G, et al. Volition et motivation en santé mentale [Internet]. 2006 [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>
22. Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 - Formation d'ergothérapeute. 2010.
23. Tétréault S. POSER SA QUESTION DE RECHERCHE : PAR OÙ COMMENCER ? 2015;1:6.
24. Aubert-Lotarski A. Etudes et conseils : démarches et outils - Questionnaire [Internet]. 2007 [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.esen.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/questionnaire/>
25. Aider les aidants : 16 associations pour la reconnaissance des aidants familiaux [Internet]. (UNAF - Union nationale des associations familiales|textebrut). [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/spip.php?article3108>
26. ANFE, AFEG. Contribution des ergothérapeutes pour la concertation grand âge et autonomie [Internet]. 2019 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Contribution_des_ergoth%C3%A9rapeutes_pour_la_concertation_grand_age_et_autonomie.pdf
27. MOREL-BRACQ M-C. Ergothérapie et prévention auprès des personnes âgées : l'exemple du lifestyle Redesign de Florence Clark aux Etats-Unis. *ErgOTHérapie*; 2015.
28. Aubert M. Le rééducateur - Interprofessionnalité en gérontologie. *Pratiques gérontologiques*. 2005;
29. Roussel M. Métiers de la gériatrie et de la gérontologie : multiples et en évolution. 2011.

Annexes

Annexe I. Questionnaire	47
Annexe II. Auto-évaluation FiND	53
Annexe III. Test de dépistage de la fragilité.....	54
Annexe IV. Get up Early : test de dépistage du SDPM	55
Annexe V. Pictogrammes de la mobilité et du transfert « Pictos Mouv' »	56

Annexe I. Questionnaire

Bonjour, je suis Clémence VERSAVEAU, actuellement en troisième année d'ergothérapie. Je mène un travail de réflexion sur les **personnes âgées**, leur **vieillesse** et leur **fragilité** et principalement sur le **syndrome de désadaptation psychomotrice**.

A travers ce questionnaire je souhaite faire un **état des lieux de la pratique** des ergothérapeutes face à cette population. Il n'a pas pour vocation de donner un quelconque jugement sur les pratiques.

Ce questionnaire s'adresse **aux ergothérapeutes** travaillant principalement avec des personnes âgées en SSR.

L'exploitation des données respectera l'anonymat de chaque réponse.

Travaillez-vous en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ?

- Oui
- Non

Pour quel motif sont principalement hospitalisés les personnes dans votre service ?

- Opération chirurgicale / Fractures
- Chutes
- Fragilité / Altération de l'état général
- Insuffisance cardiaque
- Autres :

Les personnes accueillies présentent-elles les signes suivants ?

- Traumatisme psycho-affectif (Stress, deuil)
- Sur-assistance
- Alitement
- Limitation d'activité
- Démotivation
- Perte progressive des automatismes

Etes-vous sollicité en tant qu'ergothérapeute auprès de ces patients ?

- Oui
- Non
- Parfois

Suite à l'hospitalisation en service SSR, quelle est la destination principale des patients ?

- Service de médecine
- Unité de soins longue durée (USLD)
- EHPAD
- Résidence autonomie / Foyer logement
- Domicile
- Autre :

Avez-vous suivi une formation spécifique de la personne âgée ? Si oui, laquelle.

- DU Gériatrie
- Liée aux chutes
- Syndrome de désadaptation psychomotrice
- Maladie de Parkinson
- Prévention escarres / positionnement
- Maladie d'Alzheimer
- Autre :

Connaissez-vous le Syndrome de désadaptions psychomotrice (SDPM) ? Si oui, pouvez-vous me l'expliquer en quelques mots.

.....
.....

Etes-vous formé au SDPM ?

- Oui
- Non

Envisagez-vous de suivre la formation ? Si oui, qu'attendez-vous de cette formation ?

.....
.....

Dans votre service, les médecins ont-ils connaissance de ce diagnostic ? Si oui, le pose-il ?

- Oui, le médecin en a connaissance
- Non, le médecin n'en a pas connaissance
- Le diagnostic est posé
- Je ne sais pas

Quel bilan utilisez-vous pour mettre en évidence les signes cliniques du SDPM ?

.....
.....

Utilisez-vous le test « Get-up Early » ?

- Oui
- Non
- Je ne le connais pas

Quel est votre objectif principal lorsqu'un patient présente les signes cliniques du SDPM ?

.....
.....

Face à un patient qui présente une rétropulsion, une hypertonie oppositionnelle avez-vous des techniques spécifiques de rééducation/réadaptation ? Si oui, lesquels ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

.....

Quand un patient présente une peur panique de la verticalisation, du vide antérieur, comment procédez-vous ?

.....
.....

Face à un patient présentant ces signes, adoptez-vous les techniques de manutention habituelle ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Quelle est la fréquence de vos séances de rééducation ?

- Tous les jours
- 2 à 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine

Où se passe-t-elle principalement ? Et pourquoi ce choix ?

- Chambre
- Salle de rééducation
- Autre :

Pourquoi choisissez-vous ce lieu ?

.....

Face à un patient présentant ces signes, adoptez-vous les techniques de manutention habituelle ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pouvez-vous préciser les techniques que vous utilisez ?

.....
.....

Utilisez-vous du matériel de manutention / d'activation ? Lequel ?

.....

Travaillez-vous en collaboration avec les équipes soignantes pour effectuer les transferts ?

- Avec les Kinésithérapeutes
- Avec les soignants
- Les deux
- Non

Quelles activités proposez-vous lors des séances avec les patients ayant le SDPM ?

- Réalisation de transfert au lit
- Réalisation de transfert debout assis / assis-debout
- Activité analytique
- Activité ludique

- Activité quotidienne
- Apprentissage de relevé au sol
- Autre :

Si vous utilisez les AVQ : Lesquelles ?

- Toilettes
- Cuisine
- Tâches ménagères
- Transferts
- Déplacements
- Loisirs de la personne
- Autres

Observez-vous une amélioration des signes cliniques entre le début et la fin de la prise en soins du SDPM ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Comment l'objectivez-vous ?

.....
.....

Trouvez-vous que le patient est investi dans sa prise en soin ?

- Pas du tout
- Plutôt non
- Cela dépend
- Plutôt oui
- Tout à fait

Évaluez-vous la reprise d'une activité signifiante à la suite de la prise en soins ?

- Oui
- Non
- Parfois

Réalisez-vous des visites à domicile en vue du retour à domicile ?

- Oui
- Non

Faites-vous un lien avec l'aidant principal à la sortie d'hospitalisation ?

- Oui
- Non

Celui-ci est principalement :

- Epoux / Epouse
- Enfant(s)
- Services de soins à domicile
- Famille
- Autre :

Y-a-t-il une collaboration avec cet aidant avant la sortie d'hospitalisation ?

- Oui
- Non
- Parfois

Estimez-vous avoir le temps et le matériel nécessaire afin que la prise en soin de déroule le plus favorablement possible ?

Temps :

- Oui
- Non

Matériel :

- Oui
- Non

Qu'est-ce qui vous manque pour exercer au mieux votre pratique face à ce syndrome ?

.....
.....

Les professionnels travaillant avec vous sont-ils formés ?

- Oui
- Non

A la sortie d'hospitalisation, préconisez-vous un suivi dans un hôpital de jour ?

- Oui (pourquoi?) :
-
- Non

Pouvez-vous en quelques mots m'expliquer pourquoi l'ergothérapie est importante auprès de ces patients ?

.....
.....

Pour mieux vous connaître :

Etes vous :

- Un homme
- Une femme

Depuis quand êtes-vous diplômé ?

.....

Quel est votre ETP ?

.....

Depuis quand exercez-vous en SSR ?

.....

Dans quel type de SSR êtes-vous ?

- Gériatrique
- Polyvalent
- De l'appareil locomoteur
- Cardio-vasculaire
- Respiratoire
- Autre :

Quel est le nombre de lit ?

.....

Quel est votre parcours antérieur au SSR ?

.....

Merci pour votre participation à cette enquête dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

Annexe II. Auto-évaluation FiND

Grille d'auto-évaluation pour repérer la fragilité (auto-questionnaire FiND)

Domaines	Questions	Réponses	Score
<i>Dépendance</i>	A. Avez-vous des difficultés à marcher 400 mètres (environ un tour d'un terrain de foot ou 2-3 bâtiments) ?	Peu ou pas de difficultés	0
		Beaucoup de difficultés ou incapacité	1
	B. Avez-vous des difficultés à monter un escalier (environ 10 marches) ?	Peu ou pas de difficultés	0
		Beaucoup de difficultés ou incapacité	1
<i>Fragilité</i>	C. Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4,5 kg involontairement ?	Non	0
		Oui	1
	D. La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti les états suivants: « Tout ce que je faisais me demandait un effort » ou «Je ne pouvais pas aller de l'avant» ?	Rarement ou parfois (2 fois ou moins par semaine)	0
		Souvent ou la plupart du temps (plus de 3 fois par semaine)	1
	E. Quel est votre niveau actuel d'activité physique ?	Activité physique régulière (au moins 2-4 heures par semaine)	0
		Aucune activité physique ou rarement (quelques promenades ou sorties pour aller faire des courses)	1

Si votre score est supérieur ou égal à 1, parlez-en à votre médecin et contactez la CTA.

Annexe III. Test de dépistage de la fragilité

Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL $\geq 5/6$), à distance de toute pathologie aiguë.

	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Annexe IV. Get up Early : test de dépistage du SDPM

Le " Get Up Early[®] " : Test de dépistage du syndrome de désadaptation psychomotrice*

Ce test de dépistage s'adresse à toutes les personnes âgées pouvant être installées en position assise. Il ne convient pas pour les personnes strictement alitées.

Demander à la personne de s'asseoir seule au bord du lit (à partir de la position couchée). Elle peut utiliser une aide mécanique (ex : barre de lit), mais sans guidance verbale ni aide humaine.

Si la personne n'y arrive pas seule, l'aider à s'asseoir au bord du lit. Ensuite, coter les items suivants sur base de l'observation de la position assise.

Cocher un OUI soulève un problème observé et argumente une désadaptation.

La présence d'au moins 1 des attitudes observées indique la haute probabilité de présence d'un SDPM.

Date :	Patient :	Examineur :
	1) Incapacité de s'asseoir au bord du lit de manière autonome	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	2) Manipulation difficile : la personne s'oppose, s'alourdit, s'agrippe	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	3) Déjettement du tronc en arrière, glissement du bord du lit	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	4) Appréhension : cris, regard apeuré, corps figé	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
TOTAL de OUI		/4

Un score \geq à 1/4 indique un haut risque de déclin fonctionnel. Une approche thérapeutique préventive consiste à :

- lever le patient le plus vite possible
- instaurer une kinésithérapie à visée fonctionnelle
- mettre à disposition les aides techniques à la marche habituelles ou les plus adaptées.

Téléchargement version anglaise ou française :
<http://www.uclmontgodinne.be/prohome.php>

Cremer G, Schoevaerds D, de Saint-Hubert M, Jamart J, Poulain G, Toussaint E, Iacovelli M, Swine C. Elaboration d'un test de dépistage du syndrome de désadaptation psychomotrice : le Get-up early test. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012 ; 10(2) :165-73
Dol : 10.1684/psv.2012.0349

Annexe V. Pictogrammes de la mobilité et du transfert « Pictos Mouv' »



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

Etat des lieux de la pratique des ergothérapeutes exerçant en soins de suite et de réadaptation auprès de patients présentant un syndrome de désadaptation psychomotrice

Face à l'augmentation de l'espérance de vie des personnes en France, le nombre de personnes âgées a fortement augmenté depuis ces dernières années. C'est donc devenu un élément central de santé publique tant par l'accompagnement que par la prise en soins de la dépendance. La fragilité des personnes âgées est un terme de plus en plus fréquent en gériatrie. Certains d'entre eux peuvent présenter un syndrome de désadaptation psychomotrice, c'est-à-dire une décompensation de la fonction posturale, une altération de la programmation motrice et une perte des automatismes. De plus, les conséquences peuvent être psychocomportementales. Ce syndrome a des répercussions sur la vie quotidienne des personnes et nécessite une prise en soins précoce et adaptée afin d'améliorer le pronostic. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux de la pratique des ergothérapeutes exerçant en soins de suite et de réadaptation auprès de patients présentant un SDPM. Pour cela, nous avons réalisé un questionnaire destiné aux ergothérapeutes. Nous avons obtenu 21 réponses.

Les résultats nous montrent que les ergothérapeutes ont des connaissances et des pratiques sur ce syndrome mais qu'il existe des freins à une prise en soins adaptée. Ainsi les ergothérapeutes privilégient le travail des transferts et des déplacements, les AVQ et le lien occupationnel ne peuvent être explorés de manière optimale. Des poursuites de prise en soins en hôpital de jour ou à domicile par les ergothérapeutes seraient intéressantes mais ceci est peu développé.

Mots-clés : Personnes âgées, Fragilité, Syndrome de désadaptation psychomotrice, Ergothérapie, SSR

Inventory of occupational therapists' practice in follow-up and rehabilitation care for patients with psychomotor misadaptation syndrome

Faced with the increase in life expectancy of people in France, the number of elderly people has risen sharply in recent years. It has therefore become a central element of public health, both through support and by taking care of dependency. Frailty in the elderly is an increasingly common term in geriatrics. Some of them may have a psychomotor disadaptation syndrome (PDS), i.e. a decompensation of postural function, an alteration of motor programming and a loss of automatisms. In addition, the consequences can be psycho-behavioural. This syndrome has repercussions on people's daily lives and requires early and appropriate care to improve prognosis.

The objective of this study is to review the current practice of occupational therapists practising in follow-up care and rehabilitation with patients with PDS.

To this end, we conducted a questionnaire for occupational therapists. We received 21 answers.

The results show us that occupational therapists have knowledge and practices about this syndrome but that there are barriers to appropriate care. Thus occupational therapists favour the work of transfers and movements, ADLs and occupational link cannot be explored in an optimal way. Prosecution of care in day hospitals or at home by occupational therapists would be interesting, but this is not well developed.

Keywords : Elderly, Frailty, Psychomotor Disadaptation Syndrome, Occupational Therapy, Follow-up and Rehabilitation Care

