

Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du diplôme d'état
d'ergothérapeute



**La prévention des escarres en établissement
d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes**

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* MALLARD Noémie étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 3 juin 2019

Signature :

*NOM, Prénom

Note aux lecteurs : ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné

Remerciements

Je tiens à remercier ma maitre de mémoire, Amandine IBANEZ, qui m'a suivie tout au long de cette année dans la réalisation de ce mémoire. Ses conseils, son soutien et sa patience m'ont permis d'aller jusqu'au bout de ce travail.

Je remercie également les professeurs et conseillers pédagogiques de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil, et tout particulièrement Cynthia ENGELS et Simon GADEYNE, pour leurs accompagnements ainsi que leurs riches enseignements.

Je remercie tous les établissements, les aides-soignantes, les infirmières, et les ergothérapeutes pour leur participation à cette étude.

Merci aux ergothérapeutes de l'HAD de l'APHP pour m'avoir guidée dans les moments décisifs de ce parcours.

Merci à mes proches pour leur relecture, leurs encouragements et leur réassurance.

Merci à mes amis de promotion ou d'ailleurs pour tous ces moments partagés qui m'ont permis de me ressourcer et d'avancer.

« Cela semble toujours impossible, jusqu'à ce qu'on le fasse. »

[Nelson Mandela, 1918-2013]

Sommaire

I.	Introduction.....	1
II.	Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	3
	a. Définition et notions clés	3
	b. L'entrée en EHPAD	4
	c. Les différents vieillissements	4
	d. Les divers professionnels.....	6
	e. Le modèle conceptuel	8
	f. L'interprofessionalité	9
III.	Les escarres.....	11
	a. Définitions	11
	b. Epidémiologie.....	12
	c. Les facteurs de risque.....	12
	d. L'évaluation du risque	13
	e. Les principales localisations	15
	f. La classification des stades.....	15
	g. Les traitements.....	16
	h. Les complications	17
	i. La prévention.....	18
	1. Les différents niveaux de prévention	18
	2. Les intérêts de la prévention	18
	3. Le rôle des divers professionnels	19
IV.	L'ergothérapeute	21
	a. La prévention par l'ergothérapeute	21
	1. L'évaluation de l'ergothérapeute	21
	2. L'éducation thérapeutique.....	21
	3. Le positionnement par l'ergothérapeute.....	21
	4. La mise en place de matériel de prévention	22
	b. La collaboration avec l'équipe soignante.....	23
	1. Les facilitateurs de la collaboration.....	23
	2. Les obstacles à la collaboration.....	24
V.	Cadre pratique	26
	a. Méthodologie.....	26
	1. Objectifs de l'enquête	26
	2. Construction des outils de l'enquête	26
	b. Résultats et analyse.....	30
	1. La population interrogée.....	30
	2. La présence d'escarres	32
	3. L'intervention de l'ergothérapeute.....	34
	4. L'utilisation de matériel de prévention d'escarres.....	40
	5. La collaboration autour de la mise en place du matériel de prévention	41
	6. Former et être formé au matériel de prévention d'escarres.....	45
	c. Discussion et limites.....	48
	d. Conclusion de l'enquête.....	50
VI.	Conclusion	52
VII.	Bibliographie.....	53
VIII.	Annexes	57

I. Introduction

L'escarre est aujourd'hui définie comme une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (ANAES, 2001). Les facteurs de risque de survenue d'escarres sont nombreux et font appel aux compétences de divers professionnels de la santé. Certaines populations sont toutefois plus à même de développer des escarres. En effet : « *l'escarre est plus fréquente chez la personne âgée* » (Pr Philippe, 2005, p.11). On observe donc que : « *la prévalence des escarres augmente avec l'âge, plus de 50% des personnes ayant une escarre ont 80 ans et plus.* » (Salles, 2012, p.35). En conséquence, certains établissements de santé sont davantage confrontés à ces plaies, notamment les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : « *ces structures particulières situées entre le domicile privé et l'hôpital, hébergent des résidents polypathologiques et polymédicamentés* » (Chami, 2009, p.9). « *La population des EHPAD semble donc être particulièrement à risque.* » (Nicolas, 2014, p.156).

Actuellement, il existe de nombreux traitements curatifs, à la fois médicaux et chirurgicaux. Toutefois, le coût des soins des escarres est très élevé. C'est pourquoi la prévention prend désormais une place grandissante dans le suivi du patient. En effet, la prévention apporte un gain économique et préserve davantage la qualité de vie du patient. Les nouvelles techniques et outils utilisés font alors appel à d'autres professionnels comme l'ergothérapeute. Cependant : « *les acteurs de santé trouvent difficilement information et conseils* » (ANAES, 2001, p.7) car : « *la large gamme des dispositifs médicaux et des supports offre une grande diversité de choix pour répondre au mieux aux besoins des malades et de leurs plaies. A l'inverse, et en l'absence de formation, ce choix peut être source de confusions ou d'excès* » (Fromantin, 2010, p.254).

Dans le cadre de ma scolarité, j'ai pu réaliser de nombreux stages, dont l'un en hospitalisation à domicile (HAD). Lors de ce stage, les ergothérapeutes étaient parfois appelés par des EHPAD afin de mettre en place du matériel de prévention des escarres auprès de résidents à risque. Ces établissements ne disposaient pas d'ergothérapeute et des connaissances requises quant au matériel de prévention des escarres.

Je me suis alors demandée comment l'ergothérapeute pouvait intervenir afin de donner à ces établissements, les outils nécessaires pour prévenir l'apparition d'escarre et comment pérenniser cette démarche afin qu'elle soit efficace. C'est pourquoi, j'ai pu formuler la problématique suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la prévention des escarres en EHPAD ?

Après avoir mené un travail de recherche afin de comprendre la situation actuelle en EHPAD ainsi que pour mieux appréhender la question des escarres, j'ai pu formuler l'hypothèse suivante :

La collaboration entre l'équipe soignante et l'ergothérapeute autour de la mise en place d'aides techniques à la prévention d'escarres permet de favoriser la prévention des escarres en EHPAD.

Pour tenter de répondre à cette problématique et de vérifier cette hypothèse, nous aborderons les différents aspects de la question en commençant par une présentation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, puis par une approche de la question des escarres et enfin, par une étude du rôle de l'ergothérapeute dans la prévention des escarres. Ensuite, nous observerons le processus de collaboration entre l'ergothérapeute et l'équipe soignante autour de la question des escarres en EHPAD grâce à un questionnaire ainsi que des entretiens. Enfin, j'analyserai les résultats de cette expérience afin de valider ou d'invalider l'hypothèse formulée.

II. Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

a. Définition et notions clés

Un EHPAD est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. A la différence d'une maison de retraite qui est un centre d'accueil pour personnes âgées, un EHPAD apporte un accompagnement médicalisé. On parle donc de résidences médicalisées. Cela signifie qu'une équipe soignante est présente en permanence, jour et nuit, qu'on y trouve des salles de soins, ainsi que le matériel nécessaire pour répondre aux besoins du malade. Le personnel soignant y administre les soins et aide les résidents dans leurs activités de vie quotidienne tels que le repas, la toilette et l'habillement. De plus, il existe des EHPAD spécialisés dans certaines pathologies comme Alzheimer ou la maladie de Parkinson.

Afin d'assurer la prise en charge des résidents, les EHPAD ont l'obligation de fournir un certain nombre de prestations : l'hébergement avec une chambre et une salle de bain, la restauration, l'électricité, le chauffage, l'entretien et le nettoyage des logements, ainsi que des animations intérieures et extérieures.

Le financement de ces services se divise en deux catégories : le tarif dépendance lié aux soins médicaux et paramédicaux qui résulte des besoins du résident, et le tarif hébergement qui correspond aux prestations hôtelières et dépend de l'EHPAD. Pour régler ces prestations, les résidents peuvent faire appel à plusieurs aides. Tout d'abord, l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) permet aux résidents les plus dépendants de payer une part du tarif dépendance. Ensuite, les Allocations de Logement Social (ALS) et l'Aide Personnalisée au Logement (APL) vont aider le résident à payer une part du tarif hébergement.

En France, on trouve 10 600 EHPAD, dont 700 en Île-de-France. Cela représente 752 000 places d'accueil. Ce type d'établissement constitue 70% des structures d'hébergement pour personnes âgées. Actuellement, 21% des plus de 85 ans vivent en EHPAD (ARS, 2018, [2]). La moyenne d'âge y est de 87 ans et 5 mois, avec une durée moyenne de séjour de 2 ans et 5 mois. L'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 85 ans et 8 mois. Les deux tiers des sorties sont dus au décès. Le tiers restant est expliqué par le changement d'établissement d'un résident ou le retour au domicile de la personne ou d'un proche (Muller, 2017).

L'EHPAD constitue le dernier lieu de vie pour beaucoup de personnes âgées. De plus, cet accompagnement est bien souvent conditionné par la façon dont le résident entre en EHPAD.

b. L'entrée en EHPAD

« *L'entrée en maison de retraite [...] est une étape cruciale pour la personne âgée* » (Fromage, 2017, p.80). Elle a lieu lorsque la baisse d'autonomie de la personne devient trop importante, rendant la vie au domicile impossible. Parfois, cela peut se faire après une hospitalisation, lorsque le retour à domicile est impossible, l'entrée se fait alors dans l'urgence. Il arrive également que l'entrée en EHPAD ait lieu à la suite du décès du conjoint (Fromage, 2017).

Bien souvent, l'entrée en EHPAD est une décision qui n'avait pas été anticipée par la personne âgée. Dans certains cas, cette décision peut être prise contre le gré de cette personne, à la demande de la famille. L'entrée en EHPAD devient alors un choix contraint et subit. Il faudra donc au futur résident du temps et de l'aide pour se reconstruire un « chez-soi » (Fromage, 2017). En effet, l'entrée en institution ne signifie pas seulement quitter son domicile, mais aussi son voisinage, ses habitudes et ses relations. Ce nouveau résident devra également apprendre la vie en collectivité avec d'autres personnes dépendantes (Ferreira, 2012). « *Le nouveau résident se trouve donc dépossédé de ses biens, de ses habitudes, de ses relations comme de son pouvoir et de son droit à la décision.* » (Ferreira, 2012, p.171).

Face à ce changement de foyer, on observe différentes stratégies d'adaptation de la personne âgée. Certains résidents parviennent à recréer un chez-soi et un cercle social en s'investissant dans la vie de l'établissement : en participant aux activités et loisirs proposés voire en menant certaines animations. D'autres résidents vont préférer mener une vie personnelle au sein de l'EHPAD en essayant de préserver leurs habitudes de vie antérieure et en protégeant leur intimité au sein de leur chambre (Ferreira, 2012). Dans certains cas, le résident ne parviendra pas à reconstruire un chez-soi. On observe alors un refus de la personne de décorer sa chambre d'objets personnels, ainsi qu'un rejet de la communauté de l'EHPAD et des activités proposées. Cela s'accompagne de demandes récurrentes de retour au domicile, d'une labilité émotionnelle, et d'une apathie pouvant aller jusqu'à une symptomatologie dépressive (Fromage, 2017).

Chaque résident s'adapte donc différemment à l'arrivée en institution. Toutefois, le vieillissement est également un processus très hétérogène selon les individus.

c. Les différents vieillissements

Chaque personne vieillit d'une manière qui lui est propre. C'est pourquoi, à âge chronologique équivalent, certains seront en très bonne santé, tandis que d'autres seront plus fragiles (Sourdet, 2016).

On distingue aujourd'hui trois types de vieillissement distincts (Trouvé, 2008) :

- Le vieillissement réussi : ce type de vieillissement concerne entre 12 et 33% des personnes âgées. Il se caractérise par un fonctionnement physique, mental et psychosocial satisfaisant. La personne âgée occupe un rôle familial ou social important et pratique des activités en extérieur.
- Le vieillissement habituel : dans ce type de vieillissement, la personne âgée présente des atteintes de certaines fonctions physiques ou mentales. Toutefois, ces déficiences ne sont dues à aucune pathologie définie.
- Le vieillissement pathologique : la personne âgée présente ici une pathologie bien définie. Cette affection entraîne un état de dépendance de la personne. Lorsque l'on emploie le terme de patient gériatrique, cela correspond à ce troisième type de vieillissement. En effet, un patient dit gériatrique est défini comme : « *un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou social* » (Trouvé, 2008, p.41)

C'est donc ce dernier type de vieillissement que nous rencontrerons en EHPAD et que nous étudierons ensuite.

Cependant, une personne âgée ne bascule pas directement d'un vieillissement habituel à un vieillissement pathologique. Elle traverse d'abord un état transitoire appelé : la fragilité. Cet état se situe donc entre le vieillissement habituel et pathologique. La fragilité d'une personne âgée se caractérise par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux, sensoriels, de polypathologies, de polymédications et par l'augmentation du besoin d'aides pour réaliser les tâches de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, faire à manger, les tâches ménagères et administratives, faire les courses, ...) (Trouvé, 2008)

Il existe actuellement plusieurs outils d'évaluation de la fragilité en gériatrie. L'une des échelles les plus connues est l'échelle de Fried (voir Annexe 1) qui regroupe cinq critères : la perte de poids involontaire, le manque de force musculaire, la fatigue, la vitesse de marche, le niveau d'activité physique. Si la personne ne correspond à aucun de ces critères, elle n'est pas considérée comme fragile, si elle répond à une ou deux de ces catégories, elle est dite préfragile, si elle répond à au moins trois critères, elle est diagnostiquée comme fragile. Cette échelle reste néanmoins peu utilisée car elle nécessite du matériel de mesure très précis. L'échelle la plus couramment utilisée en France est la Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) (voir Annexe 2). Cet outil a été validé par la Haute Autorité de Santé (HAS) et est facilement utilisable par les soignants. La GFST évalue six domaines que sont : l'isolement, la perte de poids, la fatigue, la difficulté à se déplacer, les plaintes mnésiques, la vitesse de marche (Sourdet, 2016).

On trouve également des auto-questionnaires à remplir par la personne âgée. Cela a pour avantage de ne pas nécessiter de soignants et implique la personne âgée dans sa prise en charge. Le questionnaire FIND (voir Annexe 3) est l'un des plus utilisés. Il évalue la mobilité, la perte de poids involontaire et l'activité physique au travers de cinq questions. Ce questionnaire a été validé en France (Sourdet, 2016).

On peut également estimer le niveau de dépendance d'une personne âgée grâce à l'évaluation Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR). Cette grille est définie comme le seul outil d'évaluation de la dépendance depuis la loi provisoire de 1997 sur la prestation spécifique dépendance (Brami, 2013). Suite à cette estimation, on attribue un Groupe Iso-Ressources (GIR). Il existe six niveaux de GIR différents. Le GIR de niveau 1 correspond à l'état de dépendance le plus avancé tandis qu'un GIR de niveau 6 désigne une personne âgée totalement autonome dans ses activités de vie quotidienne.

Le but de cette évaluation est notamment de déterminer si la personne âgée peut bénéficier de l'APA. Seuls les sujets âgés présentant un GIR entre 1 et 4 peuvent obtenir cette aide. Les personnes ayant un GIR de 5 ou 6 ne peuvent prétendre à ce soutien financier. Cette évaluation peut avoir lieu au domicile de la personne comme en institution. Si elle a lieu EHPAD, c'est au médecin coordonnateur de l'établissement de remplir la grille d'évaluation AGGIR (Ministère des solidarités et de la santé, 2019).

Ainsi, lorsque la personne âgée présente un vieillissement pathologique ou un état de fragilité avancée, cela induit des difficultés trop importantes dans les actes de la vie quotidienne. La vie au domicile devient alors impossible. Elle intègre ainsi une institution. Dans cet établissement spécialisé, une équipe pluridisciplinaire l'accompagnera au quotidien.

d. Les divers professionnels

Les professionnels de santé intervenant en EHPAD sont nombreux. Leurs champs d'actions sont variés et se complètent afin d'accompagner au mieux le résident durant tout son parcours.

Le personnel soignant d'un EHPAD comprend des Infirmier(e)s Diplômés d'Etat (IDE), des aides-soignant(e)s, et des Aides Médico-Psychologiques (AMP). Leurs rôles sont d'administrer les soins et les médicaments, d'aider le résident dans ses activités de vie journalière telle que la toilette, l'habillage, le repas, les déplacements,... Ils sont présents au quotidien et connaissent donc les habitudes et loisirs de chaque résident. Ils ont également un devoir de surveillance et d'alerte en cas de problème avec le patient.

Le médecin coordonnateur participe au projet de soins personnalisés du résident. Il effectue une évaluation gérontologique de la personne âgée et organise les prises en charge par les professionnels de rééducation de la structure en fonction des besoins. Il fait également le lien avec le médecin traitant du patient, qui est extérieur à l'EHPAD.

Le psychologue d'un EHPAD intervient auprès du résident afin de l'accompagner dès son arrivée : *« l'annonce du départ en EHPAD, conjointe au diagnostic de perte de mémoire et d'autonomie, nécessite un soutien à cette annonce »* (Conrath, 2016, p.20). Toutefois, les professionnels d'un EHPAD sont régulièrement confrontés au décès de patient. C'est pourquoi le psychologue peut également offrir une assistance aux équipes : *« celles-ci sont confrontées à des affects, des angoisses, des souffrances, certes particularisées par le grand âge, mais qui nous interpellent profondément, en écho avec ce que peut vivre et ressentir chacun d'entre nous »* (Conrath, 2016, p.20).

Le kinésithérapeute aide les résidents de l'EHPAD sur un grand nombre de problématiques. Il a tout d'abord un rôle de prévention très important, notamment au niveau des chutes. En effet, le kinésithérapeute va pouvoir maintenir les capacités physiques de la personne âgée grâce à une activité physique. Cela permet également de lutter contre la sédentarité. Il peut également traiter les pathologies rachidiennes telles que les lombalgies chroniques et les troubles orthopédiques, et diminuer les douleurs. Il réalise des manutentions du patient et les préconise ensuite auprès des équipes soignantes (Joubert, 2018).

Le diététicien lutte contre la dénutrition qui reste un : *« un problème fréquent, dont la prévalence est estimée entre [...] 15 et 38% en institution »* (Dagorne, 2011, p.138). La prévention de la dénutrition chez la personne âgée permet de diminuer l'incidence des infections nosocomiales et des escarres. Pour cela, le diététicien procède régulièrement à des évaluations nutritionnelles. Il peut mettre en place des fiches de surveillance alimentaire à remplir par les soignants lors des repas. Il dispense également des conseils diététiques aussi bien pour les résidents que pour les cuisiniers de l'établissement. Si besoin, il utilise une alimentation enrichie et des compléments nutritionnels (Dagorne, 2011).

L'ergothérapeute vise à maintenir l'autonomie et l'indépendance du résident dans ses activités journalières, ainsi qu'à prévenir les complications liées au grand âge. Pour cela, l'ergothérapeute intervient tant sur l'environnement que sur les incapacités du patient : *« Auprès des sujets âgés, l'ergothérapeute favorise le maintien de leur participation »* (Villaume, 2019, p.32).

Au moyen de mises en situation, l'ergothérapeute évalue l'autonomie et l'indépendance du résident, et identifie les facilitateurs et obstacles. Il pourra ensuite proposer au patient une prise en charge au plus près de ses habitudes de vie, et répondant au mieux à ses difficultés. Afin de maintenir les capacités cognitives de la personne âgée, l'ergothérapeute peut être amené à conduire des séances individuelles ou des ateliers de groupe en fonction des nécessités de chacun. Lors de ces prises en charge, la personne est stimulée : « *la participation de la personne est sollicitée par l'encouragement (valorisation de la personne), le coaching (guider la personne), la structuration (adaptation de l'activité), et le partage sur l'expérience vécue (feedback)* » (Villaumé, 2019, p.32). Cela permet de travailler également : l'orientation temporo-spatiale, les capacités relationnelles, et agit indirectement sur le bien-être et la qualité de vie des résidents (Villaumé, 2019).

De plus, l'ergothérapeute évalue si la personne âgée a besoin d'aides techniques et l'aide à accepter ces nouveaux outils qui pourront aussi assister les équipes soignantes dans les soins quotidiens (Marston, 2015). Ce matériel peut également représenter une alternative aux contentions parfois utilisées lorsque que le résident présente un déficit de tonus musculaire comme dans la maladie de Parkinson par exemple ou suite à la prise de certains médicaments (Villaumé, 2019).

e. Le modèle conceptuel

L'ergothérapeute peut s'aider d'un modèle conceptuel afin de structurer sa pratique comme le Modèle du Développement Humain - Processus de Production du Handicap 2 (MDH-PPH 2).

Ce modèle créé en 1998 puis repris dans une deuxième version en 2010 permet de prendre en compte :

- Les facteurs personnels qui expliquent les causes et les conséquences des différentes pathologies dont la personne est atteinte. Cet item renseigne également les caractéristiques de la personne qui constituent son identité.
- Les facteurs environnementaux qui révèlent les facteurs facilitateurs, c'est-à-dire qui favorisent la réalisation des activités de vie quotidienne et les obstacles qui empêchent la réalisation de ces activités. L'aménagement de l'environnement, le contexte socioculturel, voire le contexte politique et économique de la personne sont pris en considération dans cet item.
- Les habitudes de vie correspondent aux activités qui ont une importance pour la personne dans sa survie et son épanouissement telles que la nutrition, les déplacements, les soins personnels, les relations sociales, les loisirs, La situation de participation évalue le degré de réalisation de ces activités par la personne.

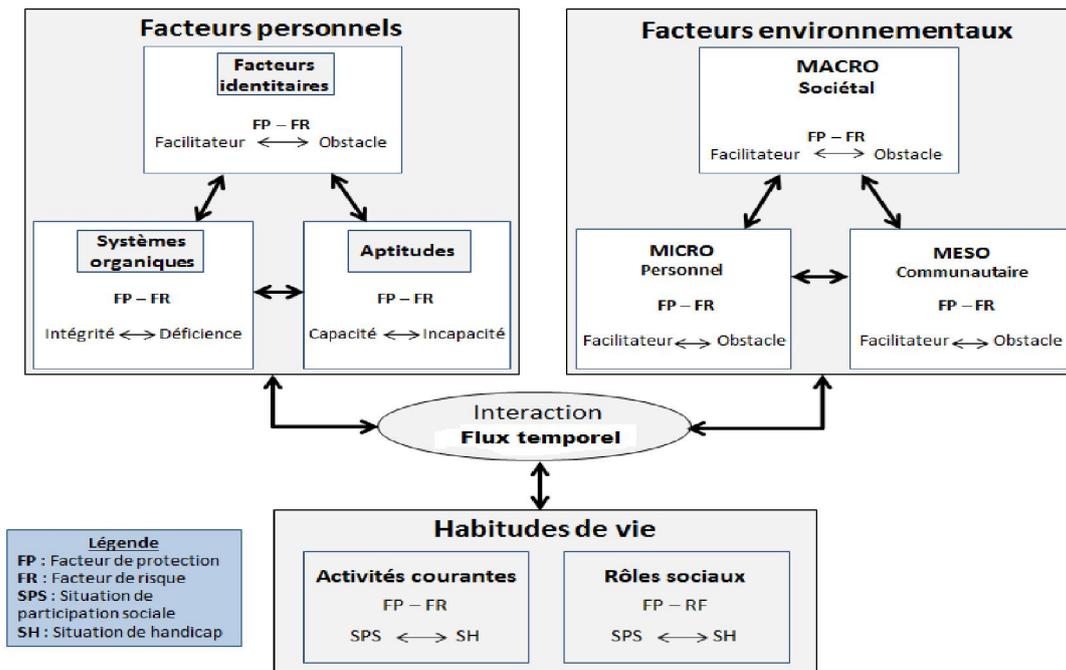


Figure 1 : Modèle conceptuel du MDH-PPH 2

Source : <https://ripph.qc.ca/>

Les situations de handicap résultent de l'interaction des facteurs personnels et environnementaux et du degré de participation aux habitudes de vie de la personne.

Ce modèle conceptuel n'est pas spécifique aux prises en charge en ergothérapie. C'est un modèle interprofessionnel. Il peut donc être utilisé par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et permet ainsi d'harmoniser les pratiques et les interventions auprès du résident, grâce à un langage commun entre chaque professionnel (Morel-Bracq, 2017).

f. L'interprofessionalité

Les prises en charge de personnes âgées requièrent : « *une coordination professionnelle renforcée* » (De Stampa, 2014, p.268). Cette interprofessionalité permet une appréhension plus globale du résident ainsi qu'une meilleure circulation des informations le concernant. Toutefois, pour que cet ensemble fonctionne, il est nécessaire d'identifier certains critères essentiels.

Tout d'abord, un responsable d'équipe est essentiel. Il va permettre de garantir une place à chaque professionnel au sein de la structure. Ce rôle est généralement occupé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Il définit également les limites de chacun car : « *il est essentiel que la différenciation des fonctions professionnelles soit opérante* » (Gibowski, 2012, p.88). En effet, le but d'une équipe pluridisciplinaire n'est pas seulement d'ajouter des disciplines, mais que chacune

se complète et se spécialise. On parle de complémentarité des fonctions. Cependant, certaines professions partagent parfois des compétences. C'est pourquoi, il est important que l'identité professionnelle de chaque intervenant soit définie : *« les équipes sont de compositions très différentes selon les endroits, ce qui oblige à clarifier le rôle et la complémentarité de chacun selon chaque organisation »* (Trouvé, 2008, p.58). Cela permet également à chaque professionnel d'avoir une position au sein de l'équipe ainsi que les responsabilités de sa fonction.

Malgré cela, le cadre spécifique d'un EHPAD et de la fin de vie peut induire des désaccords entre les soignants ou entre soignants et résidents. Cette réalité du terrain nécessite alors une flexibilité de la part de chaque professionnel afin de soutenir et remplacer des membres de l'équipe qui peuvent ressentir des difficultés face à certaines prises en soin. Toutefois, il faut rester vigilant à ne pas engendrer un glissement des tâches ou une confusion des fonctions auprès des résidents (Gibowski, 2012).

Ainsi, les EHPAD sont des lieux de vie accueillant une population gériatrique ayant des difficultés dans la réalisation de leurs activités de vie journalière. Pour les accompagner au quotidien, divers professionnels assurent l'administration des soins nécessaires mais également leur rééducation en fonction des besoins de chacun. Ces équipes œuvrent ensemble en interprofessionalité afin de maintenir leur indépendance et leur autonomie mais également pour prévenir les complications des maladies gériatriques telles que la dénutrition, les chutes, les escarres,...

III. Les escarres

a. Définitions

Selon le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), l'escarre se définit comme « une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses » (ANAES, 2001, p.7). En d'autres termes, certaines parties molles du corps vont être exposées à une pression entre les os et un plan sous-jacent, cette compression va entraîner une ischémie superficielle et profonde des tissus qui sera rapidement irréversible, créant ainsi une plaie appelée escarre (Pr Philippe, 2005). De plus, ce sont des lésions de forme conique dont la base est profonde. On dit de l'escarre que c'est une plaie « de dedans en dehors » (ANAES, 2001). Cela signifie qu'une partie n'est pas visible car l'escarre vient de l'intérieur (ANAES, 2001).

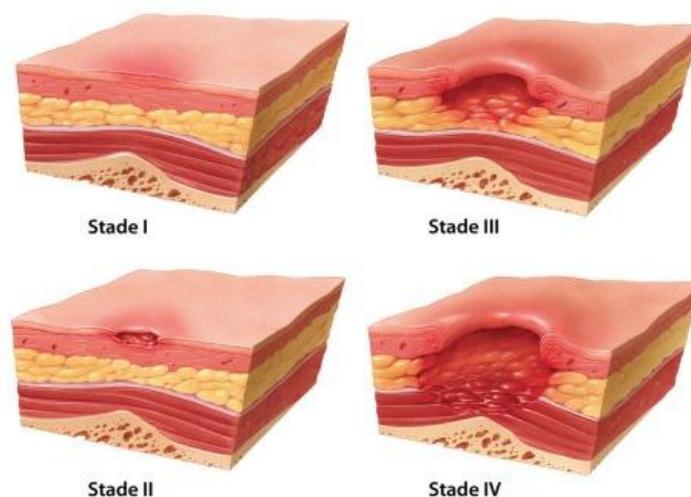


Figure 2 : Le processus de formation d'une escarre
Source : Battu, V (2017) Prévention et traitement des escarres

L'ANAES a différencié trois types d'escarres en fonction de la situation du patient :

- L'escarre « accidentelle » qui se crée suite à un trouble temporaire de la mobilité ou de la conscience,
- L'escarre « neurologique » générée lors de pathologie chronique affectant la mobilité ou la sensibilité,
- L'escarre dite « plurifactorielle » qui se trouve chez le patient alité, polypathologique, en réanimation, gériatrie ou en soins palliatifs.

C'est donc ce dernier type d'escarre que nous observerons au sein de la population gériatrique rencontrée en EHPAD et que nous étudierons ensuite.

b. Epidémiologie

Depuis quelques années, les études de prévalence des escarres se multiplient. La population gériatrique des EHPAD est exposée à de forts risques du fait des polyopathologies des résidents mais également de l'augmentation avec l'âge de l'incidence des escarres (Nicolas, 2014). « *Plus de 50% des personnes ayant une escarre ont 80 ans et plus, avec un pic de fréquence entre 76 et 84 ans* » (Salles, 2012, p. 35).

Ces enquêtes de recensement montrent des taux d'escarres qui varient considérablement d'un EHPAD à un autre. En effet, une étude menée en 2014 au sein des EHPAD de Bretagne révèle un taux d'escarres de 5,73% (Nicolas, 2014) tandis qu'une autre recherche effectuée à Bordeaux en 2010 au sein de la population gériatrique de la ville, évalue la prévalence des escarres à 19,2% (Salles, 2012).

La fréquence des escarres en EHPAD est donc très variable allant de 3% jusqu'à 54% pour certaines études (Mallay, 2013). Cela peut être expliqué par la présence de nombreux facteurs de risque auxquels sont exposés les résidents des EHPAD.

c. Les facteurs de risque

Les facteurs de risque de survenue d'escarres sont multiples et peuvent être scindés en deux catégories : les facteurs extrinsèques également appelés mécaniques et les facteurs intrinsèques ou cliniques.

- Les facteurs extrinsèques :

Les escarres sont également désignés comme des « plaies de pression » ou « ulcères de décubitus » car le principal facteur extrinsèque est la **pression** due à l'immobilité de la personne (Salles, 2012). Cette force exercée sur la peau par le support dépend de l'intensité et de la durée d'exposition, plus celles-ci sont grandes, plus la pression augmente et plus le risque de survenue d'une escarre est important (ANAES, 2001).

Le second facteur de risque extrinsèque est la **macération** de la peau. Elle résulte de l'incontinence urinaire ou fécale et majore les autres facteurs de risque. Le risque d'escarre est multiplié par cinq en cas de macération (APHP, 2018).

Les **cisaillements** sont également un facteur de risque mécanique. Un cisaillement est défini comme un mouvement inverse de deux surfaces l'une contre l'autre. Ils aggravent l'ischémie provoquée par la pression en étirant les vaisseaux sanguins déjà fragilisés (APHP, 2018). Ils ont lieu

lorsque le patient glisse dans son lit ou son fauteuil, lorsqu'on le remonte dans le lit en le tirant sur les draps (Veysseyre-Briere, 2001), ainsi que dans le lève-personne.

Le dernier facteur extrinsèque est le **frottement**. Il se différencie du cisaillement car le frottement est un mouvement répété de deux surfaces qui glissent l'une contre l'autre. Ils ont lieu lors de mouvements anormaux induits par une pathologie neurologique (APHP, 2018).

- Les facteurs intrinsèques :

Le premier facteur de risque intrinsèque est l'**immobilité** de la personne. Le patient peut être immobile suite à un trouble de la conscience ou aux troubles moteurs. Ce facteur de risque est une source de pression.

Le second facteur de risque intrinsèque est l'état nutritionnel du patient. La **dénutrition** est un facteur de risque de survenue d'escarre aussi important que l'immobilisation. Le manque d'apport protéinoénergétique accroît la dépendance du patient, la perte de masse maigre et provoque une immunodéficience, ce qui amplifie le risque d'escarre. Cela retarde également la cicatrisation des plaies : « *La majorité des patients porteurs d'escarres de stade III ou IV sont dénutris* » (Salles, 2012, p.35). L'état nutritionnel de la personne peut dépendre de sa pathologie, de son traitement, de la présence de troubles de la déglutition et de la douleur (APHP, 2018).

Les autres facteurs de risque intrinsèque sont : l'**incontinence** urinaire et fécale qui induit la macération de la peau, la **déshydratation**, la **baisse du débit vasculaire** due à des pathologies artérielles, les **troubles de la sensibilité**, l'**âge**, le **manque de motivation** et l'**absence de coopération** du patient, les **antécédents d'escarres** (ANAES, 2001).

Ces facteurs de risque sont en lien les uns avec les autres. Toutefois, ils n'ont pas tous le même degré de gravité. C'est pourquoi des échelles d'évaluation ont été mises au point afin de recenser le risque de survenue d'escarre de chaque patient.

d. L'évaluation du risque

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation du risque. La plus ancienne est l'échelle de Norton, datant de 1962. Elle est très simple d'utilisation mais ne prend pas en compte l'état nutritionnel de la personne (voir annexe 4). On trouve également l'échelle de Waterloo, créée en 1985, qui attribue une grande importance à l'âge (voir annexe 5). Ce sont toutes deux, des échelles anglo-saxonnes. Il existe des échelles françaises moins connues comme l'échelle de Gonesse, l'échelle d'Angers ou pour la Suisse, l'échelle de Genève (ANAES, 2001).

En France, c'est l'échelle de Braden qui semble être l'outil de référence (Fromantin, 2010). Elle est recommandée par la HAS car elle est simple d'utilisation, se renseigne facilement par les soignants en quelques minutes et permet de cibler les facteurs de risque à prendre en charge le plus rapidement (Salles, 2012).

Sensibilité	Humidité	Activité
1 complètement limitée	1 constamment humide	1 confiné au lit
2 très limitée	2 très humide	2 confiné en chaise
3 légèrement limitée	3 parfois humide	3 marche parfois
4 pas de gêne	4 rarement humide	4 marche fréquemment
Mobilité	Nutrition	Frictions et frottements
1 totalement immobile	1 très pauvre	1 problème permanent
2 très limitée	2 probablement inadéquate	2 problème potentiel
3 légèrement limitée	3 correcte	3 pas de problème apparent
4 pas de limitation	4 excellente	

Figure 3 : Echelle d'évaluation de Braden

Source : www.escarre.fr

Le score maximal est de 23. Plus le score est faible, plus la personne a de risques de développer une escarre. On distingue plusieurs paliers de risque :

- De 23 à 18 : le risque est bas
- De 17 à 13 : le risque est modéré
- De 12 à 8 : le risque est élevé
- En dessous de 7 : le risque est très élevé

« Le choix de l'outil d'évaluation et la fréquence à laquelle il va être utilisé doit faire l'objet d'un consensus d'équipe » (Fromantin, 2010, p.252). De plus, il est important que toute l'équipe soignante d'un même établissement utilise le même outil et soit formée à son utilisation afin d'harmoniser les pratiques (ANAES, 2001).

Toutefois, un outil d'évaluation représente une aide à la décision et sa simple utilisation ne suffit pas. Il doit être conjugué au jugement clinique du professionnel (ANAES, 2001). La surveillance régulière de l'état cutané du patient au niveau des principales zones d'apparition d'escarres est indispensable.

e. Les principales localisations

Une escarre apparaît suite à une pression prolongée entre un plan dur et les saillies osseuses. Elle se forme donc à des endroits précis qu'il faut surveiller régulièrement, dont le revêtement cutané est faible (Pr Philippe, 2005).

Les escarres se situent aux talons dans 40% des cas, tout comme le sacrum qui lui aussi représente 40% des escarres. Les 20% restants se trouvent en majorité au niveau des ischions et des grands trochanters, mais on peut également citer les ailes iliaques, les malléoles, et même parfois les omoplates, les coudes ou encore l'occiput (APHP, 2018).

Ces principaux sièges dépendent également de la position de la personne. En décubitus dorsal comme en position demi-assise au lit, les principaux points d'appuis sont les talons et le sacrum. Tandis qu'en décubitus latéral strict, les zones à surveiller sont les grands trochanters et les malléoles externes. Enfin, en position assise, ce sont les ischions et les grands trochanters qui sont les zones les plus à risque (APHP, 2018).

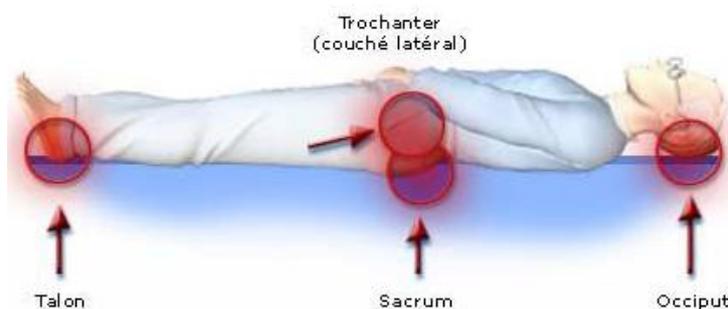


Figure 4 : Principales localisations des escarres en position couchée

Source : www.escarre.fr

L'observation de l'état cutané au niveau de ces points d'appui est primordiale. Cela permet d'agir dès l'apparition d'une rougeur. Toutefois, si une escarre vient à se former, il est important de continuer cette surveillance afin de se rendre compte de son évolution et du stade de gravité de celle-ci.

f. La classification des stades

Lorsqu'une escarre est formée, il est indispensable de procéder à une évaluation initiale de celle-ci afin de « *planifier et d'organiser les soins, de prévoir la charge de travail et d'estimer les coûts* » (ANAES, 2001, p.8). Pour cela, il faut préciser le nombre d'escarre, la localisation de chacune, la mesure de la surface et de la profondeur de la plaie à l'aide d'une réglette millimétrée, une évaluation de la douleur associée, ainsi que le stade de chaque escarre.

Les escarres sont le plus souvent classées en quatre stades de 1 à 4 définis par le NPUAP. Toutefois, un stade 0 a récemment été ajouté par l'hôpital de Garches :

- Stade 0 : c'est le stade dit de la menace. La peau est rouge en regard d'une proéminence osseuse mais elle blanchit à la pression du doigt. Cette rougeur est réversible en moins de 24 heures si l'on change la personne de position (APHP, 2018).
- Stade 1 : l'escarre est constituée, elle se présente sous la forme d'une rougeur qui ne blanchit pas à la pression du doigt. La peau est intacte à la surface et la rougeur est réversible mais persiste plus de 24 heures. La personne peut ressentir une douleur ou des démangeaisons (APHP, 2018).
- Stade 2 : l'épiderme et le derme sont touchés, on constate la perte d'une partie de l'épaisseur de la peau. L'escarre reste superficielle.
- Stade 3 : l'ulcération est profonde. On peut observer que toute l'épaisseur de la peau est touchée par la nécrose. L'escarre peut s'étendre jusqu'au fascia. Cela signifie que les muscles, les tendons et os ne sont pas exposés.
- Stade 4 : la nécrose touche les muscles, tendons et os qui sont visibles et palpables. Des fistules peuvent être associées (Fromantin, 2010).

L'évaluation comprend également une observation de la couleur de la plaie après le nettoyage de celle-ci. Cela peut s'effectuer à l'aide d'une échelle colorielle qui classe les escarres en trois catégories différentes : rouge, jaune ou noir. Cette information ne témoigne pas de la gravité de l'escarre mais permet d'être informé d'un éventuel changement de couleur au cours de sa prise en charge (ANAES, 2001).

Chaque escarre doit ensuite être réévaluée afin de suivre son évolution, d'assurer la continuité des soins et de réajuster les traitements.

g. Les traitements

Le traitement d'une escarre est à la fois local et général. « *Le succès du traitement est conditionné par une prise en charge pluridisciplinaire* » (ANAES, 2001, p.19). Il doit également prendre en compte la personne, sa maladie et son état général, comme en EHPAD, où le traitement des escarres d'une personne en fin de vie peut relever du soin de confort. Il s'agit donc de soins personnalisés qui seront établis en pluridisciplinarité (Fromantin, 2010).

Au premier stade de l'escarre, les actions à mettre en place sont de mobiliser le patient, d'enlever les points de pression qui ont causé l'escarre et de renforcer les apports nutritionnels (Fromantin, 2010). Au second stade de l'escarre, il est nécessaire de l'inciser afin de nettoyer

l'intérieur au sérum physiologique et d'évaluer la plaie qui est ensuite recouverte d'une mousse. Les stades 3 et 4 de l'escarre sont caractérisés par la présence de nécrose, celle-ci doit être retirée jusqu'à la limite du saignement par détersion. Il faut également veiller à évacuer les exsudats (ANAES, 2001). Lors de ces deux derniers stades, il est possible d'appliquer une Thérapie par Pression Négative (TPN) qui va accélérer la cicatrisation. Ce dispositif est appliqué sur la plaie et exerce une pression négative à l'aide d'un système électrique. Cela permet d'améliorer localement l'état de l'escarre même dans un contexte de fin de vie (Fromantin, 2010).

Dans le cadre d'une population gériatrique, le traitement chirurgical n'est pas envisagé. En effet, les bénéfices apportés lors d'une chirurgie sont inférieurs aux risques encourus pour ce type de patient. A contrario, le traitement de la douleur prend lui une place importante. La douleur de l'escarre n'est pas corrélée à sa taille et peut être présente en continu ou lors des soins seulement. De plus, le degré d'anxiété du patient peut majorer la douleur (ANAES, 2001).

Les objectifs du traitement seront donc propres à chaque patient, tout en veillant à ce que le plan de soins puisse prévenir la survenue de nouvelles escarres, favoriser le confort de la personne, limiter l'extension de l'escarre déjà formée, les symptômes dus à celle-ci (douleurs, saignements, odeurs, ...), et les complications que cela implique (ANAES, 2001).

h. Les complications

Les complications dues aux escarres peuvent avoir de très lourdes conséquences. A court terme, une escarre peut être la cause de nombreuses infections, d'autant plus dans le cadre d'une population gériatrique, dont les défenses immunitaires sont souvent affaiblies. L'infection peut s'étendre à l'ensemble du corps, on parle alors de septicémie. Ce stade général de l'infection peut progresser jusqu'à engager le pronostic vital de la personne (Mallay, 2013).

La plaie que forme une escarre est également le siège de bactéries qui peuvent devenir à moyen terme, multirésistantes. Si un os ou une articulation se retrouve exposé, il y a un risque d'ostéite ou d'arthrite qui à terme peut provoquer des troubles orthopédiques et fonctionnels. Face à ces nouvelles difficultés, la personne porteuse d'escarre peut voir son autonomie diminuer et en conséquence développer un syndrome dépressif (Pr Philippe, 2005).

Les complications d'une escarre sont donc nombreuses. C'est une pathologie qui altère grandement la qualité de vie du patient malgré les traitements existants. Cependant, on ne peut parler d'escarre sans insister sur l'importance de la prévention car : *« l'escarre est une maladie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas »* (ANAES, 2001, p.7).

i. La prévention

1. Les différents niveaux de prévention

Selon l'OMS, il existe trois niveaux de prévention différents : primaire, secondaire, et tertiaire : « *La prévention de l'escarre, comme dans toute action préventive de santé, a pour but de devancer le risque et d'empêcher l'apparition de plaies et leurs conséquences* » (Trouvé, 2008, p.249).

Ainsi, le niveau primaire de la prévention cherche à diminuer l'incidence des risques d'apparition d'escarres. C'est pourquoi, les actions à mettre en place sont principalement des actions éducatives, notamment l'hygiène alimentaire, auprès du patient et de son entourage concernant les facteurs de risque.

Au niveau secondaire, les facteurs de risque sont présents. La prévention tend à diminuer la prévalence des escarres. Cela passe par le dépistage des personnes à risque c'est-à-dire l'évaluation du risque d'apparition d'escarre et par la mise en place de matériel de positionnement adapté (Trouvé, 2008).

La prévention tertiaire vise à : « *diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences au sein de cette population, donc à réduire les répercussions fonctionnelles consécutives à la maladie* » (Trouvé, 2008, p.250). Les moyens mis en œuvre cherchent donc à préserver la qualité de vie du résident et son confort, à diminuer les douleurs, tout en limitant les conséquences sur ses capacités fonctionnelles.

Toutefois, si la prévention apporte de nombreux bénéfices pour le résident, elle présente également de nombreux intérêts pour les institutions.

2. Les intérêts de la prévention

Le vieillissement d'une personne en EHPAD induit bien souvent une perte d'autonomie et une accumulation des facteurs de risque de survenue d'escarre. Cela peut devenir de plus en plus difficile à gérer pour l'équipe soignante. Au regard de l'inconfort dû aux escarres et à la difficulté de cicatrisation de ces plaies, les actions de prévention sont à mettre en place dès qu'un malade est estimé à risque (Fromantin, 2010)

De plus : « *l'escarre est une maladie coûteuse* » (ANAES, 2001, p.7). Le poids économique des escarres est considérable que cela soit en France ou à l'étranger. Aux Pays-Bas, on estime à 362 millions de dollars la prise en charge des escarres. En France, la situation est similaire où le coût global des escarres s'élève à 3,35 milliards d'euros en 2005. Plus le stade de l'escarre est avancé, plus

cette addition s'alourdit : une étude portant sur 48 patients en EHPAD a évalué à 1 574,64€ le coût total de traitement d'une escarre de stade 1 contre 5 857,83€ pour une escarre de stade 4 (Mallay, 2013). Au Royaume-Uni, une étude estime que le coût du traitement est multiplié par dix entre une escarre de stade 1 et une escarre de stade 4. Cela est dû au temps de soins qui est plus long mais également à une plus forte incidence des complications de l'escarre (Bennett, 2004). Une enquête Néerlandaise montre que les coûts inhérents à la prise en charge des escarres sont au troisième rang derrière les cancers et les maladies cardio-vasculaires (Boisson, 2016).

Si toutes les études montrent que le coût des escarres est élevé, elles affirment également que celui de la prévention est moindre. Celui-ci est considéré 2,5 fois moins important que le coût de la démarche curative (Mallay, 2013). En effet, dans un EHPAD de 109 résidents, il a été évalué que pour une journée :

- Le coût du dépistage est de 2 214,90€
- Le coût du traitement est de 1 039,71€
- Le coût de la prévention est de 828,39€

La prévention permet donc de réduire l'impact économique des escarres en empêchant la progression et le développement de celles-ci. Toutefois, cela permet aussi d'améliorer la qualité de vie et de préserver l'autonomie des patients, mais également de réduire la charge de travail des équipes soignantes. En effet, les soins d'escarres sont des soins lourds et contraignants : « *la prévention diminue la charge de travail et améliore la qualité de vie au travail* » (ARS, 2018, p.11, [1]). Cependant : « *pour être efficace, la prise en charge des escarres nécessite un travail d'équipe pluridisciplinaire* » (Mallay, 2013, p.275).

3. Le rôle des divers professionnels

Les divers professionnels d'un EHPAD vont intervenir sur des facteurs de risque différents en menant des actions de prévention, de rééducation, de réadaptation et de formation (De Stampa, 2014) :

- Le kinésithérapeute :

Il va pouvoir lutter contre l'immobilité du résident en maintenant les capacités de déplacement de la personne âgée grâce à une activité physique ou des aides à la marche. Si le patient présente une déficience trop importante et qu'il ne peut plus se déplacer, le kinésithérapeute va intervenir sur la pression induite par l'immobilité du résident en évitant les appuis prolongés. Pour cela, il procède à des mobilisations passives, qui vont ensuite pouvoir être effectuées plus régulièrement par les équipes soignantes : « *la planification des changements de position et la*

transcription de leur réalisation dans le dossier du patient permettent d'assurer la continuité des soins » (ANAES, 2001, p.17). Les capacités de mobilisation du patient sont également sollicitées, comme par exemple à l'aide de la potence du lit médicalisé (ANAES, 2001).

- Le diététicien :

La prise en charge nutritionnelle d'un patient porteur d'escarre par un diététicien permet de diminuer l'incidence de nouvelles escarres mais également d'accélérer la cicatrisation des escarres déjà existantes. En effet : *« l'augmentation des apports caloriques [...] permet d'augmenter la quantité de masse tissulaire autour des proéminences osseuses, créant ainsi un véritable matelas de prévention. L'augmentation de la surface de pression ainsi créée permet une plus large distribution des pressions et réduit le risque d'ischémie »* (Salles, 2012, p.35). De plus, on constate que grâce à ces apports protéinoénergétiques, la peau est plus résistante aux phénomènes de cisaillement et de friction. Ce soutien nutritionnel semble également améliorer l'état psychologique du résident et sa qualité de vie, tout en luttant contre l'atrophie musculaire et la perte d'autonomie (Salles, 2012).

- Les aides-soignants :

Le rôle des soignants est primordial. Ce sont eux qui vont pouvoir surveiller l'état cutané du patient au quotidien. Ils ont donc un devoir d'alerte auprès du reste de l'équipe dès qu'une rougeur cutanée survient. Les soignants vont également procéder aux mobilisations régulières du résident. Il est recommandé de changer de position le patient toutes les deux à trois heures (Fromantin, 2010). Enfin, ils doivent s'assurer de l'hygiène du patient et du lit afin d'éviter au maximum la macération et l'irritation cutanée (Pr Philippe, 2005).

- Les infirmiers :

Leur rôle est d'administrer les soins en fonction du stade de l'escarre. Les pansements d'escarre sont très importants car ils permettent de limiter les infections, et d'accélérer la cicatrisation en maintenant un milieu humide favorable ce qui diminue les complications à terme (Fromantin, 2010).

Chaque professionnel apporte donc des moyens de prévention différents, en fonction de ses champs d'actions, tout comme l'ergothérapeute dont l'intervention est également essentielle afin de contrer certains facteurs de risque.

IV. L'ergothérapeute

a. La prévention par l'ergothérapeute

1. L'évaluation de l'ergothérapeute

La prise en charge de l'ergothérapeute autour de la prévention des escarres débute par une évaluation des capacités du patient. Elle analyse les possibilités de la personne âgée à se rehausser dans son lit, à se déplacer, et si la personne le réalise seule sans difficultés, avec difficultés ou bien ne peut l'effectuer seule. Cette appréciation permet à l'ergothérapeute de mener par la suite différentes actions en fonction des besoins du résident telles que de l'éducation thérapeutique, des conseils de positionnement au lit ou au fauteuil, et de mettre en place du matériel de prévention d'escarre en adéquation avec les besoins du résident (Sabathé, 2012).

2. L'éducation thérapeutique

Lorsque le risque d'escarre est présent, l'ergothérapeute doit sensibiliser le résident ainsi que son entourage sur sa maladie et sur les facteurs de risque d'escarre spécifiques à la personne. Ces informations sont à adapter en fonction des compétences du patient. L'ergothérapeute transmet ainsi des connaissances et apprend au résident à s'auto-surveiller, à changer de position régulièrement et à effectuer des auto-soulèvements si possibles. L'ergothérapeute dispense également des conseils concernant l'adaptation de l'environnement, l'hygiène alimentaire, la prise en charge de la douleur, et la participation aux soins de plaies (ANAES, 2001).

3. Le positionnement par l'ergothérapeute

Si l'éducation thérapeutique du patient ne suffit pas à prévenir les escarres, l'ergothérapeute intervient sur le positionnement du patient. Pour être efficace, l'ergothérapeute doit agir le plus possible en amont des rougeurs cutanées induites par l'immobilité en soulageant les points de pression. On parle de mise en décharge. Pour cela, l'ergothérapeute préconise d'alterner les positions au lit entre le décubitus dorsal et le décubitus latéral oblique à 30° à l'aide de coussins de positionnement. Le décubitus strict à 90° est à proscrire car il induit une forte pression au niveau des grands trochanters. Cependant, certains résidents préfèrent adopter une position dite semi-assise avec le buste relevé à 30°. Dans ces cas là, l'ergothérapeute va relever les membres inférieurs à l'aide des fonctions du lit médicalisé pour éviter tout glissement, ce qui causerait des cisaillements (ANAES, 2001). Lors des soins et des mobilisations, si le patient doit être rehaussé dans son lit, l'ergothérapeute peut recommander d'utiliser du matériel d'aide aux transferts tel qu'un drap de

glisse. Cet outil évite que la personne âgée soit tirée par les épaules, ce qui provoque des frottements. De plus, cela renforce la sécurité des manutentions tant pour le résident que pour le soignant (Fromantin, 2010).

4. La mise en place de matériel de prévention

Lorsque que l'ergothérapeute évalue les capacités du résident, il effectue une expertise qui vise à mettre en place le matériel le plus adapté possible vis-à-vis des aptitudes de la personne âgée, tout en veillant à ce que celui-ci assure la sécurité du résident et du soignant. L'ergothérapeute prend donc en compte l'environnement matériel et humain du résident (ANAES, 2001). Le respect de l'autonomie du patient est primordial. En effet, si le matériel mis en place apporte un degré d'assistance trop élevé, cela risque d'être contreproductif car le résident ne solliciterait plus ses capacités et perdrait en autonomie (Sabathé, 2012).

Il existe de nombreux supports et accessoires de positionnement permettant de diminuer les points d'appuis au lit comme au fauteuil. Ces mesures de prévention sont mises en place en complément des autres moyens de prévention comme les mobilisations, la prise en charge nutritionnelle, la surveillance de l'état cutané, ... « *les supports d'aide à la prévention d'escarre doivent être mis en place sitôt qu'un patient est estimé à risque* » (Fromantin, 2010, p.252).

Concernant l'aménagement du lit, on distingue deux types de matelas : les matelas statiques et les dynamiques. Les supports statiques peuvent être à mémoire de forme ce qui permet d'augmenter la surface d'appui de la personne âgée et ainsi de répartir la pression plus équitablement. Les supports dynamiques peuvent être à pressions alternées ce qui signifie que les différents compartiments du matelas sont gonflés d'air de manière cyclique. Ce dispositif permet d'alterner les points de pression. Les supports dynamiques peuvent également être à pression constante. Le matelas est dynamique car un flux d'air est généré par un moteur dans l'ensemble des cellules en même temps (CNEDIMTS, 2009). Les supports dynamiques ont un apport préventif voire curatif plus important que les supports statiques (Fromantin, 2010). Toutefois, « *dans un même concept, on trouve des supports très différents au niveau de leurs matériaux, de leurs modes de fonctionnement, de leurs coûts* » (ANAES, 2001, p.29). C'est pourquoi, l'ergothérapeute doit prendre en compte, dans le choix du support, sa facilité d'utilisation, son entretien, sa maniabilité, son prix, ses dimensions, le bruit engendré par le moteur, le taux de remboursement, le poids maximal de la personne à installer, et le confort qu'il apporte au patient. Les capacités de la personne âgée sont également des critères de choix avec notamment, le niveau de risque du résident de développer une escarre, le nombre d'heures au lit, le degré de mobilité et la fréquence des changements de position ainsi que la possibilité de les réaliser seule ou non (ANAES, 2001).

Pour varier les positions du patient dans son lit, l'ergothérapeute met en place des coussins d'aide à la posture. Ces aides techniques sont utilisées afin de : « *faire adopter, de maintenir ou de corriger une position du patient qui peut constituer un risque pour la survenue d'escarres* » (CNEDIMTS, 2009, p.76). Ces coussins permettent donc de mettre en décharge une partie du corps comme notamment les talons, ou bien de placer la personne en décubitus latéral oblique à 30°.

Lorsque le résident est au fauteuil, l'ergothérapeute préconise un coussin d'assise adapté. Même si les coussins d'assise peuvent être statiques ou dynamiques comme les matelas, le poids du corps n'est pas distribué de la même manière en position assise qu'en position couchée. La pression est alors répartie sur une surface plus restreinte, au niveau des ischions. Les coussins peuvent être en mousse, en gel, à air, ou bien contenant de petits berlingots d'air pouvant être disposés sur mesure. Afin de choisir un support adapté, l'ergothérapeute doit prendre en compte le poids du patient, le degré d'inclinaison du dossier, le temps passé au fauteuil, la mobilité du résident, la présence d'une incontinence et l'entretien du coussin (ANAES, 2001).

Toutefois : « *la réussite d'une intervention ergothérapique ne réside pas seulement dans la qualité de l'évaluation de la situation et du matériel nécessaire, mais dans sa mise en place et son observance rigoureuse quotidienne* » (Trouvé, 2008, p.263). En effet, ces aides techniques seront principalement utilisées par les équipes soignantes. C'est pourquoi, il est important que l'ergothérapeute puisse collaborer avec celles-ci.

b. La collaboration avec l'équipe soignante

La collaboration est définie comme l'acte de travailler ensemble pour atteindre un but commun. L'Organisation Mondiale de la Santé ajoute qu'en milieu de santé, cela regroupe des professionnels provenant de différentes formations et travaillant avec le patient, son entourage, et l'institution afin d'offrir les meilleurs soins possibles.

Lors de l'enquête « Sauve ma peau » menée par l'ARS d'Île-de-France en 2018 sur la prévalence et la prévention des escarres, de nombreux facteurs facilitant ou obstacles à la collaboration entre les professionnels d'une équipe pluridisciplinaire ont été mis en évidence.

1. Les facilitateurs de la collaboration

Au cours de cette étude, plusieurs facteurs facilitant la collaboration ont pu être identifiés. Tout d'abord, les objectifs établis en équipe doivent être réalisables. Les actions sont mises en place progressivement, il est important : « *d'avancer par étapes pour ne pas se décourager* » (ARS, 2018). Les opérations doivent être priorisées avec une implication de tous les membres de l'équipe et

notamment, un soutien de la direction ou du cadre de l'établissement. Les difficultés ressenties par les professionnels doivent être repérées pour ensuite proposer des axes d'amélioration adaptés. Les informations doivent être claires, l'utilisation d'outils visuels est recommandée avec un suivi mensuel de l'avancée des actions de prévention. Ce suivi permet également de mettre en valeur les bénéfices et l'utilité de cette démarche. De plus, il est recommandé d'expliquer aux familles l'importance de ces mesures ainsi que leur efficacité grâce à des fascicules pédagogiques expliquant les risques et les intérêts de la prévention.

En plus de moyens de communication adaptés au public de l'institution et d'objectifs convenus en équipe, il est primordial d'harmoniser les pratiques. Des actions de formation du personnel soignant sous la forme d'ateliers de prévention des risques favorisent les échanges entre professionnels sur leurs expériences. La formation continue permet également de faire évoluer les pratiques de tous, notamment entre anciens et nouveaux membres d'une équipe. Créer des procédures avec une intervention coordonnée de chaque professionnel ainsi qu'une évaluation systématisée, dès un changement d'état d'un résident ou à intervalle régulier, permettent de cibler les actions à mettre en place.

Enfin, faire appel à des intervenants extérieurs peut être une solution comme par exemple des équipes mobiles de « plaies et cicatrisation » ou de l'hospitalisation à domicile (ARS, 2018).

2. Les obstacles à la collaboration

Le manque de personnel, de suivi, de persévérance ou de moyens pour la communication sont autant de freins à la démarche de prévention des escarres. Lorsque les actions menées par les professionnels ne sont pas assez reconnues au sein de l'établissement, il devient difficile de maintenir la dynamique sur le long terme.

La présence d'intérimaires ou de vacataires peut également être un obstacle car ces nouveaux soignants ne connaissent pas toujours les actions de prévention des escarres mises en place dans l'institution. Le manque de communication, de traçabilité et de partage des informations au sein d'une équipe peuvent amener à l'absence de signalisation d'une escarre. Les procédures, pourtant élaborées, ne seront alors pas mises en œuvre.

De plus, le matériel de prévention peut manquer, faute de financement par la structure. Celui-ci peut également être endommagé et non remplacé (ARS, 2018).

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées accueillent une population fragile présentant parfois un vieillissement pathologique. Ces résidents peuvent être exposés à une perte d'autonomie et d'indépendance importantes. Cela peut entraîner une baisse de participation du patient dans ses activités de vie journalière. Pour accompagner la personne âgée dans son quotidien et l'aider à réaliser les tâches indispensables telles que la toilette, l'habillage, le repas,... elle est suivie par une équipe pluridisciplinaire composée de soignants et de rééducateurs, dont les rôles sont également d'administrer les soins et de prévenir les complications dues au grand âge.

Toutefois, il peut arriver qu'un résident développe une escarre en raison de la multiplication de facteurs de risque. Ces plaies sont lourdes de conséquences. Pour le patient, elles peuvent diminuer sa qualité de vie et générer de grandes douleurs. Elles risquent aussi de réduire les capacités fonctionnelles à terme. Les soins d'escarres sont des soins lourds et contraignants pour les soignants. Enfin, le coût des traitements est très élevé pour une institution. C'est pourquoi, la prévention est aujourd'hui favorisée dans les établissements.

Les différentes mesures pouvant être mises en œuvre font appel à de nombreux professionnels de la santé dont l'ergothérapeute. Il va pouvoir mettre en place du matériel de prévention adapté aux besoins et aux capacités du patient. Cependant, afin de pérenniser ces actions au sein de la structure et de suivre leur évolution, il est important que chaque professionnel puisse collaborer avec le reste de l'équipe.

Lors de mes différents stages réalisés au cours de ma scolarité, je m'étais questionnée sur les actions de prévention d'escarres menées par les ergothérapeutes au sein de diverses institutions. J'avais alors formulé la problématique suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la prévention des escarres en EHPAD ?

A laquelle j'avais proposé l'hypothèse suivante :

La collaboration entre l'équipe soignante et l'ergothérapeute autour de la mise en place d'aides techniques à la prévention d'escarres permet de favoriser la prévention des escarres en EHPAD.

Suite aux recherches que j'ai menées, j'ai pu recueillir des éléments de réponse sans toutefois parvenir à valider ou invalider mon hypothèse. C'est pourquoi, j'ai dû conduire une enquête afin d'y répondre.

V. Cadre pratique

a. Méthodologie

1. Objectifs de l'enquête

Pour tenter de répondre à cette hypothèse, j'ai pu élaborer une enquête dont les objectifs sont :

- Observer la mise en pratique des diverses études existantes,
- Evaluer la plus-value apportée par l'ergothérapeute dans la prévention des escarres en EHPAD,
- Comprendre la mise en œuvre de la collaboration entre l'ergothérapeute et l'équipe soignante dans la prévention des escarres en EHPAD,
- Analyser la collaboration entre l'ergothérapeute et l'équipe soignante et notamment l'apprentissage du fonctionnement du matériel utilisé dans la prévention des escarres en EHPAD,
- Rechercher si l'ergothérapeute peut intervenir sur d'autres facteurs de risques que ceux vus dans les études.

2. Construction des outils de l'enquête

Pour répondre aux objectifs de l'enquête, j'ai dû construire différents outils afin de recueillir des données et de pouvoir les analyser par la suite. J'ai tout d'abord réalisé un questionnaire s'adressant aux équipes soignantes, puis j'ai pu mener des entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes.

▪ Outil n°1 : le questionnaire

- Critères d'inclusion des équipes soignantes :

Les personnes interrogées devaient travailler dans le soin en EHPAD, que ce soit en équipe de jour ou de nuit. Pour pouvoir comparer les pratiques de chacun, les personnes devaient également travailler en France.

- Critères d'exclusion des équipes soignantes :

Les personnes n'étant plus en activité au moment de l'enquête ne pourront pas être interrogées.

- Choix et construction de l'outil

Pour pouvoir évaluer de manière objective la plus-value de l'ergothérapeute, ainsi que les apports de la collaboration entre l'ergothérapeute et les équipes soignantes autour de la mise en place de matériel de prévention d'escarre, j'ai choisi de construire un questionnaire. En effet, le but de cet outil est de quantifier (Bugeja-Bloch, 2015). Le traitement des réponses formulées par un questionnaire va permettre d'obtenir des statistiques. Ces données permettent d'analyser la fréquence et le caractère habituel d'actions mises en place par exemple (Fenneteau, 2015).

Pour créer mon questionnaire (voir Annexe 6), je me suis aidée de l'outil Google Forms. Cette application présentait l'avantage de pouvoir diffuser mon enquête directement par le biais d'internet et ainsi de recueillir plus rapidement des données. Le questionnaire est alors auto-administré aux enquêtés (Parizot, 2012).

Afin de présenter mon travail de manière succincte aux participants, j'ai rédigé une phrase introductive décrivant le thème de mon étude : « *un paragraphe introductif permet également de préciser les tenants et aboutissants de l'enquête* » (Bugeja-Bloch, 2015, p.47). De plus, j'y ai garanti l'anonymat des personnes interrogées.

Le déroulé de mon questionnaire s'est effectué selon le principe du « paging », c'est-à-dire que les questions sont réparties sur plusieurs pages que l'enquêté découvrait au fur et à mesure. Ce dispositif permettait d'éviter les interactions entre les questions. Chaque page correspondait à un thème et portait un titre. Une barre de progression sous le titre renseignait la personne sur l'avancée du questionnaire : « *sans cela, certaines personnes risquent d'abandonner alors qu'elles sont proches de la fin du questionnaire* » (Fenneteau, 2015, p.57)

L'outil présentait des questions ouvertes et fermées. Les questions fermées proposaient une liste de réponses homogènes, avec une mention « autre à préciser » : « *pour les cas oubliés (parce que trop rares lors du terrain exploratoire) ou trop singuliers, il leur reste la possibilité d'indiquer « autre » et de préciser leur situation [...] Tous les enquêtés doivent pouvoir se retrouver dans les réponses offertes* » (Bugeja-Bloch, 2015, p.57). Les réponses ouvertes sont plus minoritaires car leur exploitation lors de l'analyse est plus complexe. Toutefois, elles sont tout de même nécessaires pour observer ce que les participants ont mémorisé ou compris de certaines situations : « *aucune suggestion ne lui est faite* » (Fenneteau, 2015, p.65). Elles permettent également de : « *repérer l'émergence de nouvelles pratiques ou de nouveaux courants d'opinion* » (Fenneteau, 2015, p.67).

Enfin, certaines questions sont filtrées. Cela signifie qu'elles ne s'adressent qu'à une partie des enquêtés, en fonction d'une réponse donnée précédemment : « *l'usage de filtres permet*

d'adapter le questionnement aux caractéristiques des personnes. Il évite ainsi d'interroger tous les enquêtés sur un thème qui ne concernerait qu'une partie d'entre eux » (Parizot, 2012, p.102).

Ce questionnaire a pu être testé sur des personnes ne travaillant pas dans le milieu médical afin de vérifier que le vocabulaire employé était accessible à tout le monde. Cet outil comporte donc seize questions dont onze fermées et cinq ouvertes qui sont réparties en quatre thèmes :

- « Présentation » qui demande à l'enquêté sa profession et son ancienneté dans la structure,
- « Les escarres » qui recense la fréquence de celles-ci dans l'établissement ainsi que leur répartition en fonction des stades de gravité et de leur localisation. J'ai également ajouté une brève définition de l'escarre en début de thème pour m'assurer que ce terme était bien compris de la même manière par tous les participants,
- « L'ergothérapie » qui renseigne sur la présence ou non d'un ergothérapeute au sein de la structure et sur l'aide apportée par l'ergothérapeute pour la prévention des escarres
- « Le matériel de prévention des escarres » qui évalue l'utilisation de matériel de prévention d'escarre et la formation à l'utilisation de celui-ci.

J'ai finalement pu récolter vingt et une réponses à mon questionnaire. L'échantillon s'est composé selon le diagramme présenté ci-dessous (voir figure 5).

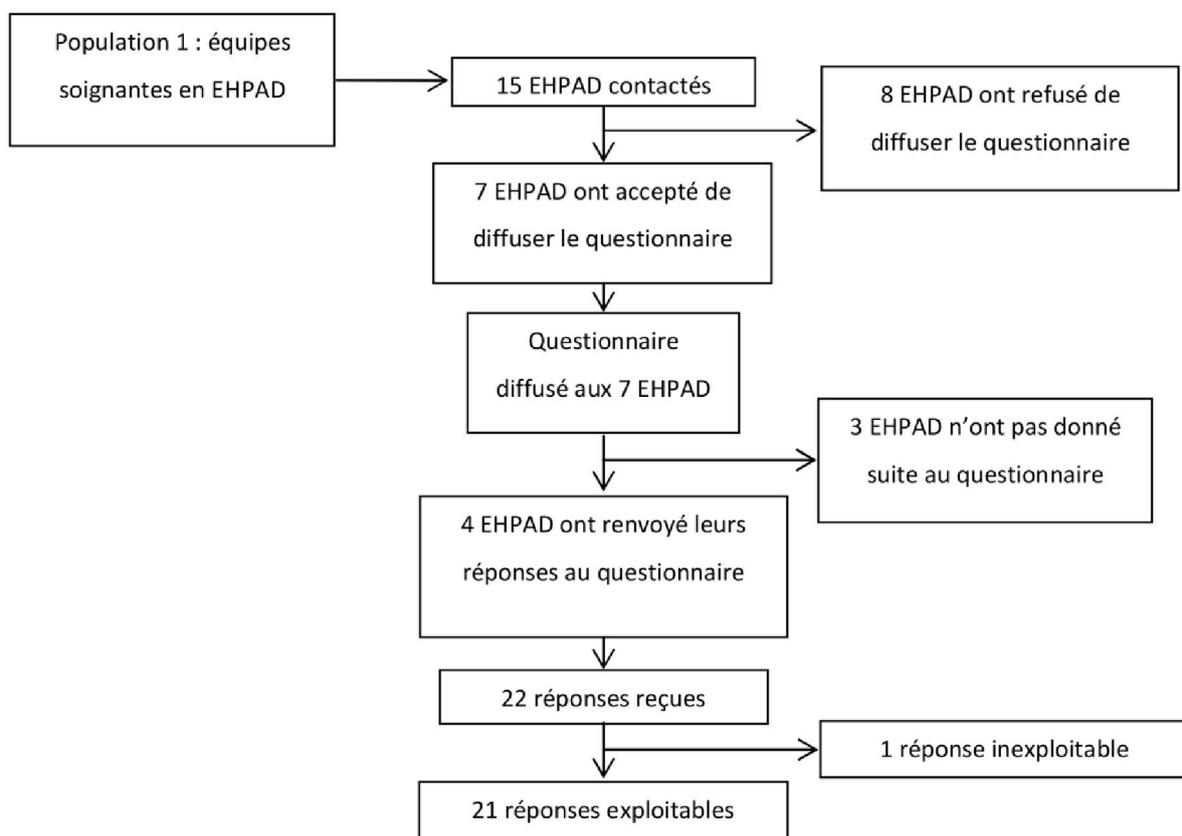


Figure 5 : Méthodologie de distribution des questionnaires

▪ **Outil n°2 : l'entretien semi-directif**

- **Critères d'inclusion des ergothérapeutes :**

Les ergothérapeutes interrogés devaient intervenir en EHPAD que ce soit à temps partiel, à temps plein ou par le biais d'un service de soins à domicile.

- **Critères d'exclusion des ergothérapeutes :**

Les ergothérapeutes n'exerçant pas en France ne pouvaient pas participer à l'étude. De plus, si la nature de leur intervention en EHPAD ne concernait pas la prévention des escarres ou la mise en place de matériel de prévention d'escarres, ils ne pouvaient pas non plus répondre à l'enquête.

- **Choix et construction de l'outil**

Pour pouvoir comprendre la mise en œuvre de la collaboration entre l'ergothérapeute et les équipes soignantes autour de la prévention des escarres, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. La particularité de cet outil est que : *« l'intervieweur oriente la personne qui parle vers certains sujets et il lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer »* (Fenneteau, 2015, p.10). Le but des entretiens est de rechercher de nouvelles pratiques, de découvrir des approches différentes, ou bien d'approfondir les connaissances de l'enquêteur sur certains thèmes : *« l'enquêteur n'est pas en quête d'une représentativité au sens statistique, il cherche davantage à identifier et à explorer »* (Barbot, 2012, p.117), *« il doit collecter de nouvelles informations en étant suffisamment ouvert pour pouvoir repérer les facettes méconnues du phénomène qu'il étudie »* (Fenneteau, 2015, p.12).

Pour mener à bien ces entretiens semi-directifs, j'ai élaboré un guide d'entretien (voir Annexe 7 et 8) : *« la grille d'entretien est un outil hybride, dans lequel l'enquêteur articule différentes questions. Celles-ci ne sont pas formulées « pour » ou « comme si » elles allaient être posées à l'enquêté. La grille d'entretien est, par ailleurs, un outil évolutif dans lequel certaines questions présentes au début de l'enquête seront progressivement reléguées, tandis que d'autres apparaîtront ou s'étofferont »* (Barbot, 2012, p.126). En effet, lors de la passation des entretiens, mon guide de questions m'a permis de suivre un fil conducteur. Toutefois, si l'enquêté ouvrait la discussion sur un sujet auquel je n'avais pas pensé, le cadre semi-directif des entretiens permettait d'échanger sur ce nouveau sujet. Cela m'a également aidé à recentrer l'entretien sur le sujet de l'investigation lorsque les réponses de l'enquêté pouvaient s'éloigner des champs de l'étude.

J'ai finalement réalisé trois entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes que j'ai pu contacter selon le diagramme présenté ci-dessous (voir figure 6). Ces entretiens se sont effectués sur

le lieu de travail des ergothérapeutes dans le but : « *d'observer le cadre de vie de l'enquêté* » (Barbot, 2012, p.124), mais également pour faciliter les prises de rendez-vous avec les personnes interrogées. En début d'entretien, j'ai également précisé le cadre de mes recherches ainsi que les objectifs de mon enquête afin que les ergothérapeutes interrogés puissent mieux se situer.

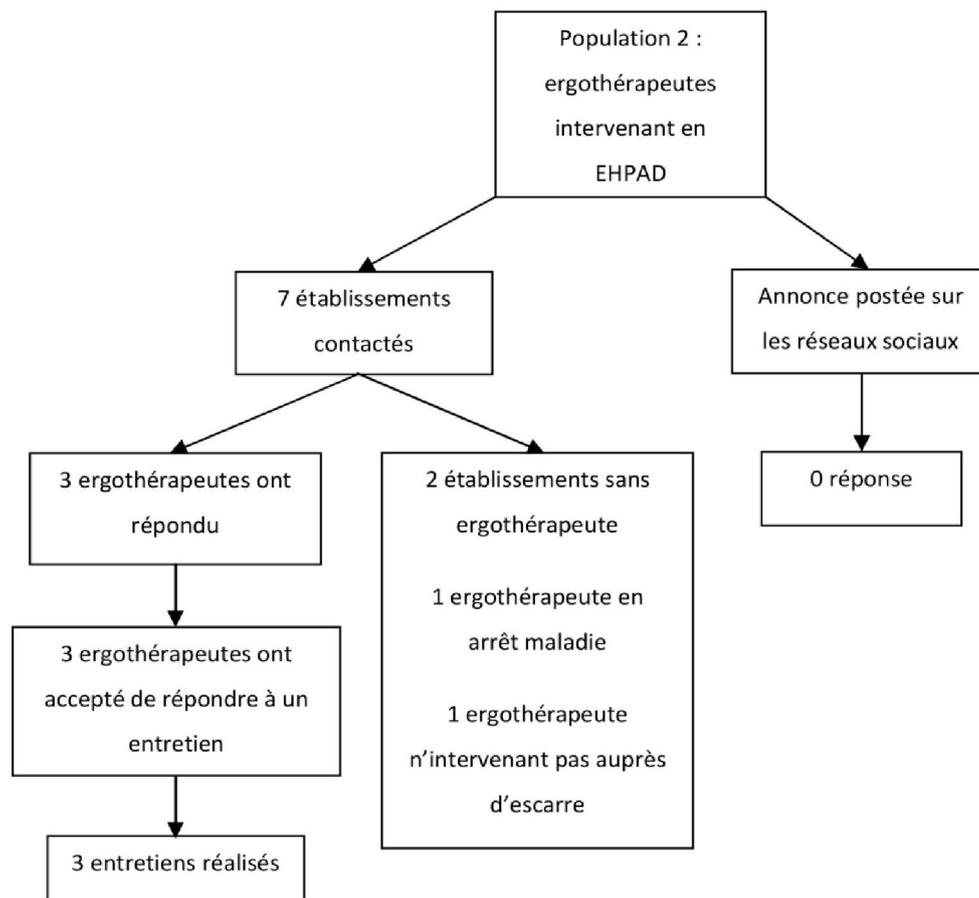


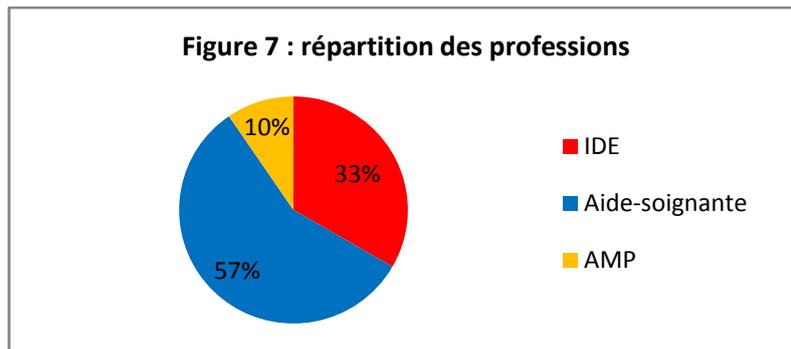
Figure 6 : Méthodologie des entretiens

b. Résultats et analyse

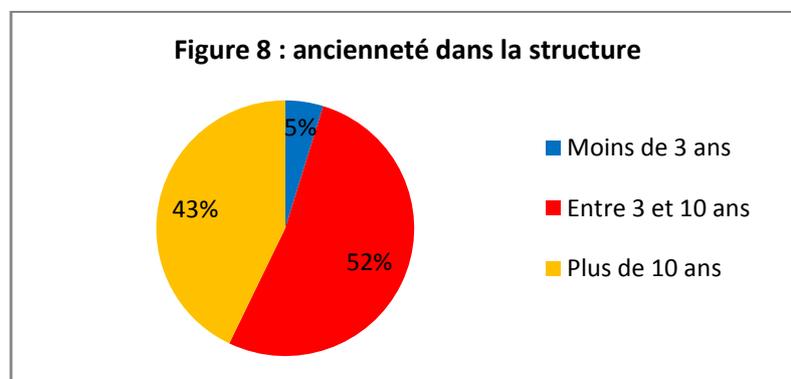
Les résultats de l'étude présentés ci-dessous reprennent l'ordre des thèmes du questionnaire. Pour respecter l'anonymat de tous les participants, les réponses des ergothérapeutes seront nommées E1 pour le premier, celles du deuxième E2 et enfin E3 pour le troisième et seront retranscrites respectivement en bleu, rouge et vert. Une analyse sera faite à chaque fin de thème, reprenant les résultats du questionnaire et des entretiens.

1. La population interrogée

La première question du questionnaire recueillait la profession de chaque personne interrogée (voir figure 7). Sur les vingt et un participants, on compte deux AMP, douze aides-soignantes, et sept IDE.



La seconde question du questionnaire mesurait l'ancienneté des personnes interrogées dans leur structure actuelle (voir figure 8). Sur les vingt et un participants, une personne intervient dans son établissement depuis moins de 3 ans, onze y travaillaient depuis entre 3 et 10 ans, et neuf personnes depuis plus de 10 ans.



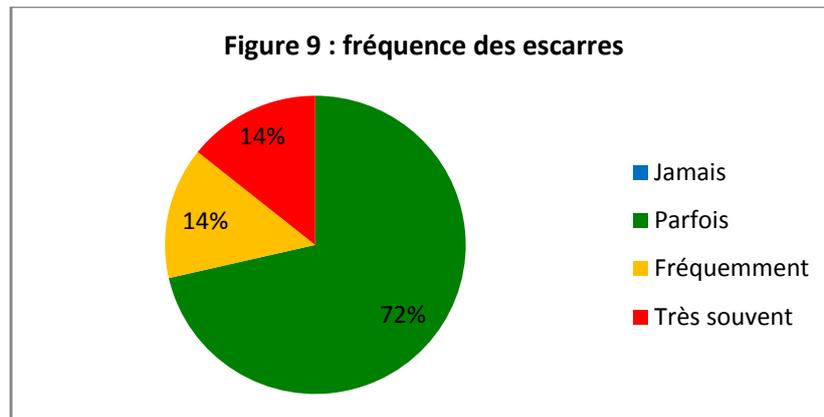
A chaque début d'entretien, les trois ergothérapeutes se sont présentées et ont précisé leur ancienneté dans leur structure ainsi que leur mode d'intervention dans les EHPAD :

- E1 : « Je suis ergothérapeute depuis juillet 2017, ça fait un an et quelques mois, presque deux ans maintenant. Je suis venue en EHPAD à mi-temps. »
- E2 : « Je suis ergothérapeute en HAD depuis sept ans. »
- E3 : « Je suis ergothérapeute titulaire de la fonction publique depuis sept ans. Je travaille au même endroit depuis sept ans, mon poste a évolué au cours de ces sept ans. Ça s'est encore modifié pour moi car depuis 1 an, je suis passée à mi-temps pour pouvoir commencer une activité en libéral. »

Analyse : La population interrogée par le questionnaire regroupe uniquement des soignants intervenant en EHPAD. Les aides-soignantes et IDE sont représentés en grande majorité. On constate également que la plupart des participants travaillent dans leur structure depuis plus de 3 ans. De même pour les ergothérapeutes, dont deux interviennent depuis sept ans dans leur institution. On peut relever deux modes d'intervention différents des ergothérapeutes : à mi-temps et par l'HAD.

2. La présence d'escarres

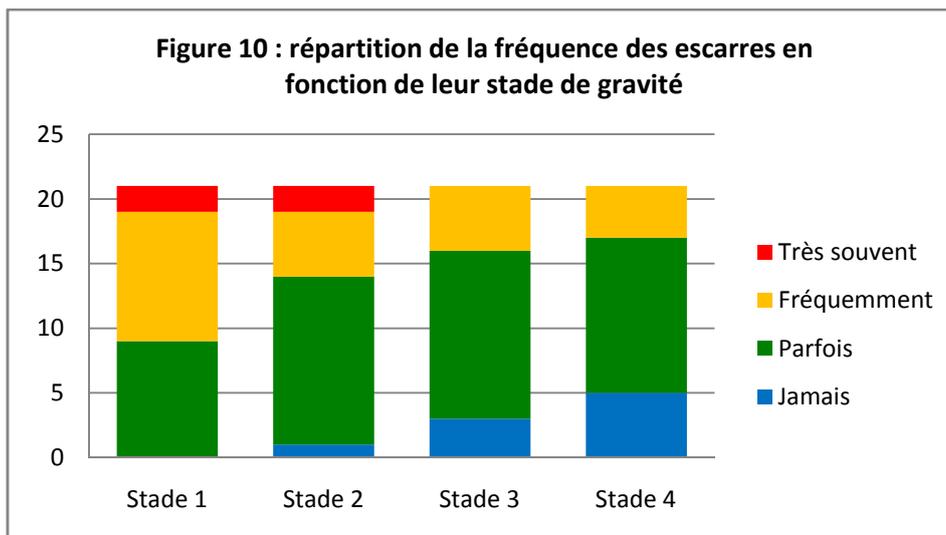
La troisième question du questionnaire recensait la fréquence à laquelle sont confrontées les personnes interrogées aux escarres, dans leur structure (voir figure 9). Sur vingt et un participants, aucun n'a répondu jamais quinze ont mentionné être parfois confrontés à des escarres, trois ont évalué l'être fréquemment, et trois ont estimé l'être très souvent.



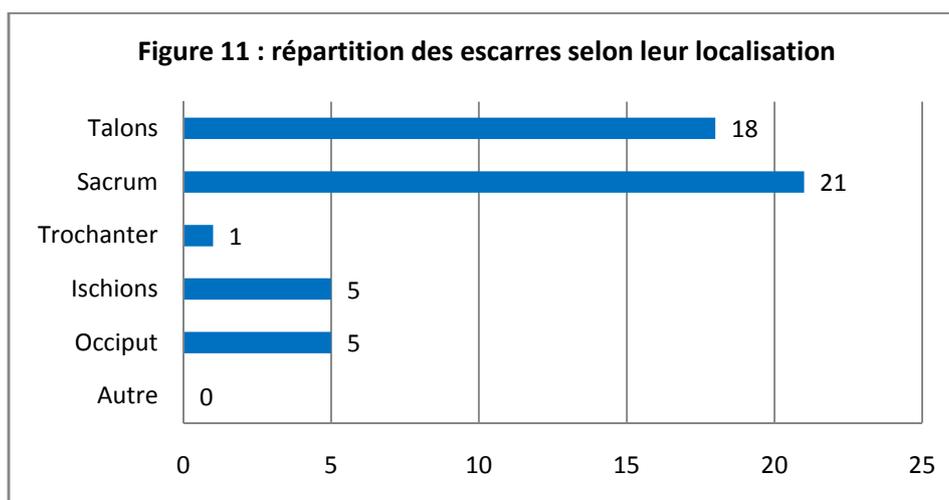
La quatrième question du questionnaire précisait la fréquence à laquelle sont confrontées les personnes aux escarres, dans leur structure, en fonction de chaque stade de gravité (voir figure 10).

Sur vingt et un participants:

- Stade 1 : aucune personne n'a répondu jamais, neuf personnes ont considéré être parfois confrontées à des escarres de stade 1, dix personnes ont évalué l'être fréquemment et deux personnes ont affirmé l'être très souvent.
- Stade 2 : une personne a répondu n'être jamais confrontée à des escarres de stade 2, treize personnes ont estimé l'être parfois, cinq personnes ont assuré l'être fréquemment, et deux personnes ont confirmé l'être très souvent.
- Stade 3 : trois personnes ont répondu n'être jamais confrontées à des escarres de stade 3, treize personnes ont considéré l'être parfois, cinq personnes ont mentionné l'être fréquemment, et aucune personne n'a cité l'être très souvent.
- Stade 4 : cinq personnes ont répondu n'être jamais confrontées à des escarres de stade 4, douze personnes ont évalué l'être parfois, quatre personnes ont jugé l'être fréquemment, et aucune personne n'a estimé l'être très souvent.



La cinquième question du questionnaire étudiait la répartition des escarres en fonction de leur localisation (voir figure 11). Sur vingt et un participants, 86% des personnes ont répondu les talons, 100% ont mentionné le sacrum, 5% ont cité le trochanter, 24% ont indiqué les ischions, 24% ont annoncé l'occiput, et aucune personne n'a renseigné d'autre localisation.



Les ergothérapeutes E1 et E2 ont également abordé la fréquence des escarres dans leurs établissements :

- E1 : « Ce n'est pas la majorité heureusement. Mais, il y en a quand même, il y a en a qui ont besoin de matelas anti-escarres, qu'on regarde régulièrement, que les infirmières surtout regardent régulièrement. Après, je ne pourrais pas te donner le nombre exact, il faudra que je regarde. En règle générale, c'est stade 1, 2. C'est rare quand on arrive à la nécrose, et si c'est le cas, généralement, ils viennent avec. Donc, ils ne l'ont pas développée ici. »
- E2 : « On intervient de plus en plus dans les EHPAD justement, à 99 % pour les situations de prise en charge de pansement d'escarre. »

Analyse : Lors de la question sur la fréquence des escarres, on constate qu'aucune personne n'a répondu jamais. Cela signifie que chaque soignant est confronté à des escarres. Si la grande majorité des participants ont qualifié cette fréquence de ponctuelle, près d'un tiers des personnes interrogées ont estimé être fréquemment voire très souvent, en présence de celles-ci.

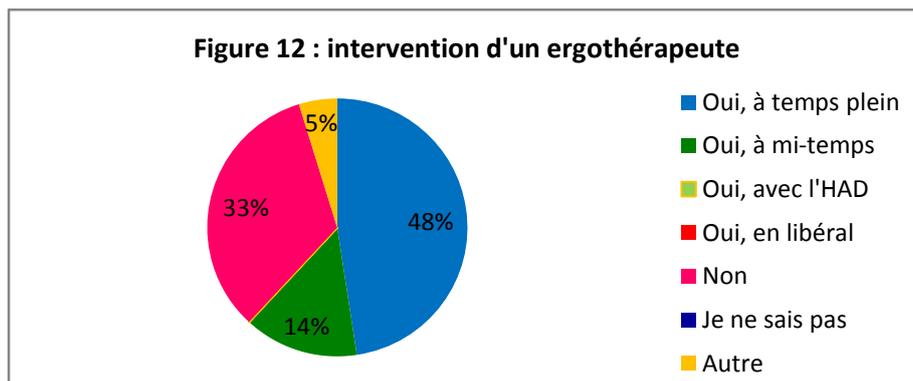
On retrouve des résultats similaires lors de la répartition des escarres en fonction des stades de gravité. La réponse « parfois » semble être la plus représentée à chaque stade. On note également que plus le stade est élevé, plus la fréquence diminue. La réponse de l'ergothérapeute 1 confirme ces résultats. Lorsque l'on analyse les réponses individuellement, on aperçoit le même phénomène de décroissance. De surcroît, si on met en lien les résultats de ces deux questions, on remarque que les participants ayant estimé la fréquence générale des escarres de fréquente ou très élevée, ont également enregistré une forte fréquence pour les stades 3 et 4. A contrario, les personnes interrogées ayant jugé une faible fréquence générale d'escarres, ont noté une fréquence plutôt ponctuelle de stades 3 et 4 voire inexistante.

Pour la dernière question de ce thème, on observe une répartition très hétérogène de la localisation des escarres. En effet, tous les participants ont cité le sacrum. On retrouve ensuite en deuxième position le talon. Les ischions, l'occiput et le trochanter sont également renseignés mais en plus petite quantité. Si on analyse les réponses individuellement, on peut mettre en corrélation une forte fréquence d'escarres et une grande diversité de localisation avec quatre voire cinq zones renseignées. En revanche, les enquêtés ayant cité une faible fréquence d'escarres, ont sélectionné entre une et deux localisations : le sacrum et les talons.

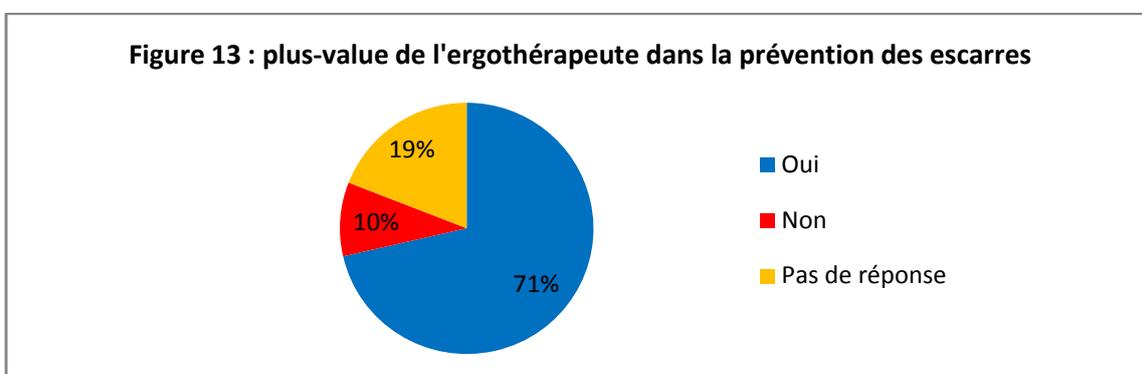
Ainsi, une fréquence d'escarres élevée, des stades avancés de celles-ci et une répartition sur de multiples localisations semblent être corrélés. Toutefois, afin d'évaluer l'impact de l'ergothérapeute sur la fréquence ou la gravité des escarres, j'ai dû me renseigner sur son intervention.

3. L'intervention de l'ergothérapeute

La sixième question du questionnaire recherchait si un ergothérapeute intervenait dans la structure (voir figure 12). Sur vingt et une personnes interrogées, dix ont répondu oui à temps plein, trois ont sélectionné oui à mi-temps, aucune personne n'a choisi oui avec l'HAD ou oui en libéral, sept personnes ont affirmé que non, aucune personne n'a renseigné ne pas savoir, et une personne a précisé qu'un ergothérapeute intervenait sur demande pour les fauteuils roulants.



La septième question du questionnaire était une question ouverte qui demandait si l'ergothérapeute apportait une aide dans la prévention des escarres (voir figure 13). Sur les vingt et un participants : quinze personnes ont jugé que oui, deux personnes ont affirmé que non, et quatre personnes n'ont pas répondu.



Dans cette même question, il était également requis de justifier sa réponse (voir tableau I).

Personnes ayant répondu « oui »	<p>« Elle peut nous apporter du matériel et aussi partager ses connaissances »</p> <p>« En cas de soucis, l'ergo peut prévoir des matelas et des coussins »</p> <p>« La manipulation exercée par l'ergo permet une meilleure visibilité sur les résidents et donc une meilleure prévention »</p> <p>« Elle joue un grand rôle dans la prévention des escarres puisqu'elle met en place du matériel adapté pour minimiser le risque d'escarre et nous explique aussi les bons positionnements de la personne »</p> <p>« Mise en place rapidement du matériel en fonction de la problématique »</p> <p>« Cela peut aider ou contribuer à la prévention que les professionnels font »</p> <p>« Il peut nous conseiller sur les conduites à tenir, nous donner des tuyaux pour comment positionner les résidents avec les coussins, positionnement au lit »</p> <p>« Pour diminuer les escarres : en donnant du matériel aux résidents. En informant les équipes sur l'utilisation du matériel. En s'occupant de la maintenance du matériel (vérifier que le matériel fonctionne et qu'il est toujours adapté au résident) »</p> <p>« Pour trouver le matériel adapté »</p> <p>« Il aide à favoriser l'autonomie des patients (dans les transferts, la mobilité, la prise des repas...) à préconiser du matériel de prévention adapté et à expliquer leur utilisation et tout ça aide pour la prévention des escarres »</p> <p>« Pour le matériel de prévention »</p> <p>« Elle peut mettre en place du matériel anti escarres »</p> <p>« Quand c'est en stade 1 elle peut mettre en place des coussins (matériel) de prévention »</p> <p>« Pour permettre d'identifier le matériel nécessaire pour la prévention, les postures à risque »</p> <p>« Pour nous aider pour le matériel »</p>
Personnes ayant répondu « non »	<p>« Je connais les protocoles »</p> <p>« les escarres sont rares, nous avons des formations »</p>

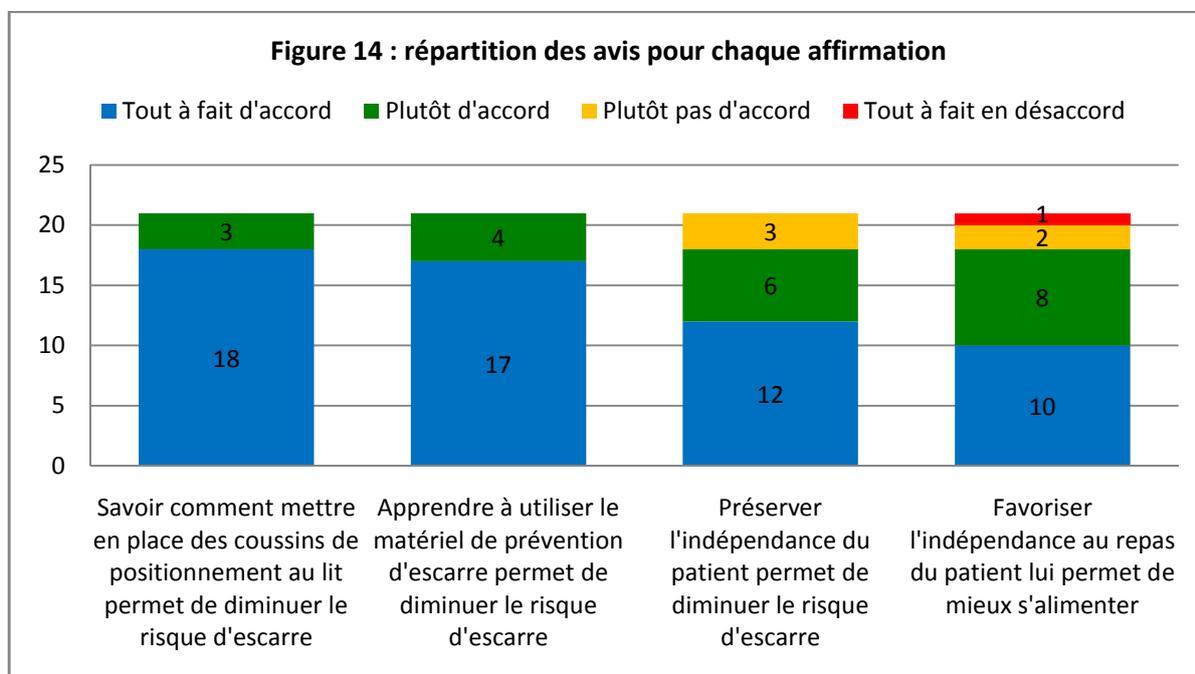
Tableau I : explication des participants sur l'intérêt de l'intervention d'un ergothérapeute

Lors des entretiens, j'ai demandé aux ergothérapeutes quelles étaient leurs actions au sein des EHPAD, et plus particulièrement dans le cadre de la prévention d'escarres :

- E1 : « Tout ce qui va être coussins de positionnement au lit, coussins anti-escarres, au fauteuil. Ça va être moi. Suite à la demande des équipes, du médecin, du psy, du kiné, on vient me voir et on m'explique le problème. Ils se basent aussi sur le dossier, puisqu'ils y en a qui viennent d'autres EHPAD, d'hôpital, donc ils regardent un peu les antécédents. C'est en fonction de ça qu'on vient me voir. Ça peut être n'importe qui, ça peut être le médecin, l'infirmière, le psychologue, l'aide soignant, l'AVS, les familles, pour qu'on en discute et qu'on trouve une solution. Comme moi je ne suis pas là tous les jours, un matelas à air est déjà mis en place quand on voit que le résident a déjà des escarres partout, qu'il commence à avoir des rougeurs, ou qu'il est maigre, qu'il est malnutri. Moi depuis que je suis ici, j'en ai jamais mis en place parce qu'il y en avait déjà et les soignants savent les mettre. Par contre, on va m'appeler quand le matelas ne fonctionne plus, si le matelas ne suffit pas et qu'il faut mettre des coussins en plus par exemple des talonnières pour surélever le talon, des protèges-barrières parce qu'il se cogne, toutes sortes de coussins. »
- E2 : « En premier, je change au moins le matelas. Je mets celui qu'on a en HAD. Ensuite, en fonction de l'EHPAD, je vérifie le matériel qu'il y a en terme de coussin de positionnement et après on en met en place. On essaye de croiser un maximum d'aide-soignant pour leur montrer ce qu'on peut faire, comment on peut améliorer. S'il y a des psychomotriciens, c'est pareil, on travaille ensemble. Souvent, moi ce que j'ai rencontré c'est qu'il y avait quand même une ergo, mais par exemple une matinée dans la semaine. Je vais chercher quelqu'un qui peut m'aider à savoir où il y a des coussins de positionnement, parce que souvent il y en a mais ils ne sont pas forcément mis, ou pas forcément bien mis parce qu'ils n'ont pas eu de formation, ils n'ont pas eu les explications. S'il n'y en a pas, je vois avec l'EHPAD s'ils peuvent acheter des coussins de positionnement. Ce que je faisais, c'est que je leur faisais une petite liste sur ce qui était bien d'avoir en stock, ce qui était facile à installer, comme les décubitus latéraux, ça marche quand même assez bien, une décharge talonnière, ou au moins d'avoir les bases. S'il y a un talon rouge, on surélève même si c'est un oreiller ou un pull, une serviette, mais qu'ils se débrouillent au moins pour surélever. »
- E3 : « Quand je vais voir le résident, j'ai en tête mon échelle, juste voir comment il se mobilise : est-ce qu'il sera en capacité de se verticaliser ou pas, car ça change beaucoup de choses, est-ce qu'il va se déplacer. Il y a déjà une première observation clinique, même quand je leur serre la main, ça me renseigne sur pas mal de choses. Voir ce qui est déjà en place : est-ce que la personne elle a une canne, un déambulateur, évaluer les habitudes de vie qu'elle avait à domicile aussi, pour voir ce qu'on va réussir à mettre en place. Ça peut être aussi une recherche d'éléments auprès de la

famille parce qu'on n'a pas toujours la possibilité d'avoir ces renseignements. Le résident, il nous dit qu'il veut, ce qu'il peut parce que parfois ils ne peuvent plus communiquer. Donc, essayer de croiser un petit peu les informations et puis beaucoup de communication avec les autres soignantes qui sont dans le service et qui voient l'évolution. On n'est pas là au quotidien avec eux, donc essayer de faire le lien entre ce que moi j'ai vu à un temps T pendant un court laps de temps, et qui me renseigne quand même sur les capacités de la personne, et en même temps l'évolution quotidienne de chacun. »

La quinzième question du questionnaire sollicitait l'avis des personnes interrogées sur quatre affirmations concernant les champs d'actions éventuels de l'ergothérapeute, selon une échelle de Likert à quatre degrés d'accord et de désaccord (voir figure 14). Pour les vingt et un participants :



Lors des entretiens, j'ai également demandé l'avis des ergothérapeutes sur la corrélation entre l'indépendance et l'autonomie du résident dans les activités de vie quotidienne et la prévention des escarres :

- E1 : « Bien sûr, tout faire pour que le résident ne soit plus alité H24, ne soit plus assis H24, en le faisant se déplacer, mais ça va plus être les kinés. Le stimuler, tout faire pour qu'il ne devienne pas grabataire, essayer de le stimuler un petit peu à participer à des activités, un petit peu sur le plan cognitif. Mais ça, c'est l'occupation, c'est-à-dire qu'il continue à garder une occupation. C'est vraiment l'objectif en EHPAD, en tant qu'ergo on a un rôle à jouer d'une part sur tout ce qui est matériel et prévention, escarre, confort, mais on a aussi sur l'occupationnel, et ça joue un rôle sur les escarres. »

- E2 : « Quand je vais dans un EHPAD, je demande forcément s'il mange, s'il mange bien ou pas bien. Ce n'est pas de mon domaine, mais en tout cas si j'ai une information à transmettre à une diététicienne, j'aurais au moins eu l'info. Après on balaye, enfin c'est le fait d'être en HAD, je ne vais pas agir dessus mais en tout cas je transmettrai l'information à mes collègues. »
- E3 : « Si vous vous intéressez à la prévention, on est vraiment dans quelque chose de très large. Ce qu'on va chercher, c'est de lever les points d'appui le plus souvent possible, de réactiver le métabolisme de la personne pour que la masse musculaire se maintienne, toutes les aides techniques au repas qui vont permettre à la personne de maintenir un état nutritionnel qui soit convenable. La prévention des escarres résulte notamment dans la capacité qu'on a à préserver les possibilités de déplacement de la personne. Si vous parlez de prévention tout ce que vous proposez auparavant à la personne participe, si la personne n'a plus la capacité de ses jambes mais qu'on a bien préservé au niveau de ses bras, elle va être capable de s'aider de la potence pour faire des retournements dans le lit, pour changer les points de pression. Par exemple la macération, la personne n'est pas incontinente mais elle n'utilise plus les toilettes parce qu'elle a du mal à s'en relever, qu'elle a déjà chuté, on réadapte l'environnement, on met en place un rehausseur de WC pour permettre à la personne de continuer. »

Analyse : Près de la moitié des participants ne semble pas bénéficier de l'intervention d'un ergothérapeute dans leur structure. Le mode d'intervention de l'ergothérapeute prédominant s'avère être à temps complet. Si l'on met en commun les résultats de cette question avec celle de la fréquence globale d'escarres, il ne semble pas se dégager de lien entre la présence d'un ergothérapeute et une fréquence d'escarres moindre.

On peut cependant établir une corrélation entre la présence d'un ergothérapeute, tout mode d'intervention confondu, et une faible fréquence de stade 3 et 4 de gravité. De même, les participants n'ayant pas d'ergothérapeute au sein de leur établissement, estiment avoir de forte fréquence d'escarres de stade 3 et 4.

La grande majorité des enquêtés affirme que l'ergothérapeute apporte une plus-value dans la prévention des escarres. Seules deux personnes ont répondu non, il est donc difficile d'établir une différence significative entre l'avis des participants et la fréquence des escarres. Toutefois, lors de la justification de ce choix, toutes les personnes interrogées ayant répondu positivement, ont abordé la question du matériel de prévention mis en place par l'ergothérapeute. On retrouve également les notions de positionnements et de conseils auprès des équipes soignantes, notamment sur l'utilisation des aides techniques. Ces résultats peuvent être mis en relation avec les réponses des ergothérapeutes lors des entretiens.

En effet, les trois ergothérapeutes interviewées ont détaillé le matériel de prévention d'escarres qu'elles pouvaient mettre en place. Elles ont également abordé la collaboration avec les équipes soignantes qui s'effectue dans les deux sens. Ainsi, les échanges avec les soignants permettent de se renseigner sur les capacités du patient au quotidien et son évolution, ce qui va guider l'ergothérapeute sur les besoins du résident. Les membres de l'équipe interagissent avec l'ergothérapeute afin de signaler l'apparition de rougeurs, et signalent à l'ergothérapeute les résidents ayant besoin d'elles. Ensuite, les ergothérapeutes vont pouvoir conseiller les soignants sur les techniques de positionnements, et expliquer comment les mettre en place.

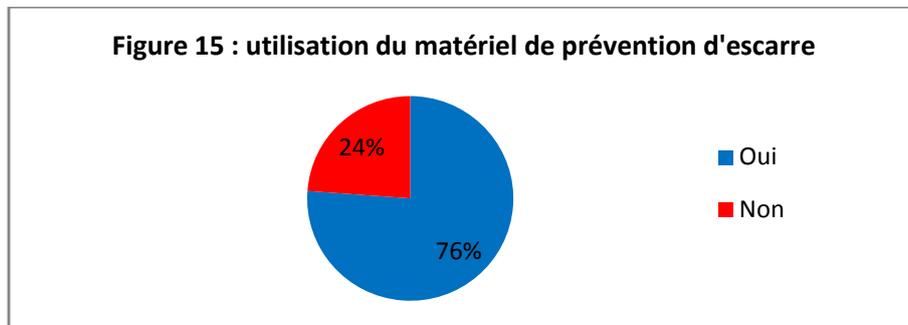
La dernière question de ce thème était présentée sous la forme de quatre affirmations. Les deux premières concernent l'utilisation de matériel de prévention d'escarres et de positionnement. Les deux dernières touchent aux champs d'action de l'ergothérapeute. Le but de cette échelle de Likert était de savoir si l'ergothérapeute peut mettre en place d'autres actions de prévention d'escarres que le matériel et le positionnement. Les réponses des soignants semblent être relativement homogènes. En effet, les participants apparaissent en accord de manière unanime pour les deux premières affirmations. Pour les deux dernières, on observe trois personnes en désaccord.

Lors des entretiens, les trois ergothérapeutes ont répondu à cette interrogation mais de manière différente. La première ergothérapeute aborde le fait que préserver les habitudes de vie permet de prévenir l'apparition des escarres. De plus, la troisième ergothérapeute développe la question de l'aménagement de l'environnement qui permet de préserver l'autonomie de la personne, ce qui induit une diminution de certains facteurs de risque comme la macération par exemple. Elle ajoute également que préserver les capacités fonctionnelles du patient lui permettra par la suite de mieux se mobiliser et donc de réduire la pression. Enfin, la deuxième ergothérapeute explique que lors de ses visites, elle se renseigne sur l'alimentation du résident, afin d'en informer les diététiciens, car cela n'est pas du domaine de l'ergothérapeute dans le cadre spécifique de l'HAD.

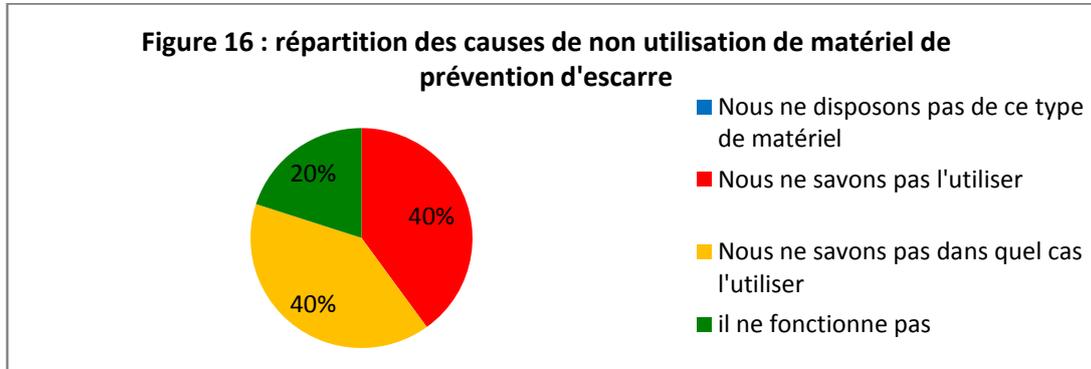
Ainsi, l'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD semble être corrélée à de plus faibles fréquences d'escarres de stades élevés. La grande majorité des soignants attestent de la plus-value apportée par l'ergothérapeute, notamment grâce au matériel mis en place ainsi qu'à de nombreux conseils de positionnement du patient. Selon les ergothérapeutes, ces actions requièrent une collaboration avec le reste de l'équipe. De plus, l'ergothérapeute peut également agir de manière indirecte sur la prévention des escarres : en préservant les capacités fonctionnelles et les activités de vie quotidienne du résident. Toutefois, afin d'approfondir la question de l'utilisation de matériel de prévention d'escarre par les soignants et de le mettre en lien avec l'intervention de l'ergothérapeute, j'ai dû m'informer sur celui-ci.

4. L'utilisation de matériel de prévention d'escarres

La huitième question du questionnaire évaluait si les personnes interrogées utilisaient du matériel de prévention d'escarre (voir figure 15). Sur les vingt et une personnes interrogées, seize ont affirmé utiliser du matériel de prévention et cinq personnes ont répondu non.



La douzième question du questionnaire s'adressait aux personnes ayant répondu non à la huitième question, c'est-à-dire n'employant pas de matériel de prévention. Elle analysait la raison pour laquelle aucun matériel de prévention n'est utilisé (voir figure 16). Sur les cinq personnes ne se servant pas de matériel de prévention, deux ont affirmé ne pas savoir l'utiliser, deux ont répondu ne pas savoir dans quel cas l'utiliser, et une personne a mentionné le fait qu'il ne fonctionnait pas.



La neuvième question du questionnaire était destinée aux personnes ayant répondu oui à la huitième question, c'est-à-dire utilisant du matériel de prévention d'escarre. Cette question demandait de lister les aides utilisées (voir tableau II). Sur les seize personnes se servant de matériel de prévention, toutes ont répertorié au moins une aide.

« Matelas anti-escarres, coussin » « Matelas qui masse, coussin » « Matelas à air, coussins anti-escarres, plus rarement peau de chamois » « Matelas thérapeutique, coussins » « Matelas anti-escarre, coussin anti-escarre, coussin à air, bouée anti-escarre (anti-hémorroïde), coussin à mémoire de forme, boudin de positionnement, arceau, botte, coussin positionnement (papillon)»	« Huile de massage » « Matelas anti-escarre gonflable, boudins et coussins à billes » « Matelas à air » « Matelas à air, coussin à air ou autre, lève-personne, planche, coussin à billes » « Talonnettes, coussin de décharge, coussin de changement de position, bouée » « Coussins & bouées »
---	---

« Coussin, matelas à air préventif et curatif, décharge talonnière »	« Coussins et bouées »
« Coussins gel pour fauteuil, matelas à air, coussins de positionnement »	« Coussins »
	« Matelas à air, coussins anti-escarre fauteuil, coussins de positionnement »

Tableau II : liste du matériel de prévention d'escarre utilisé

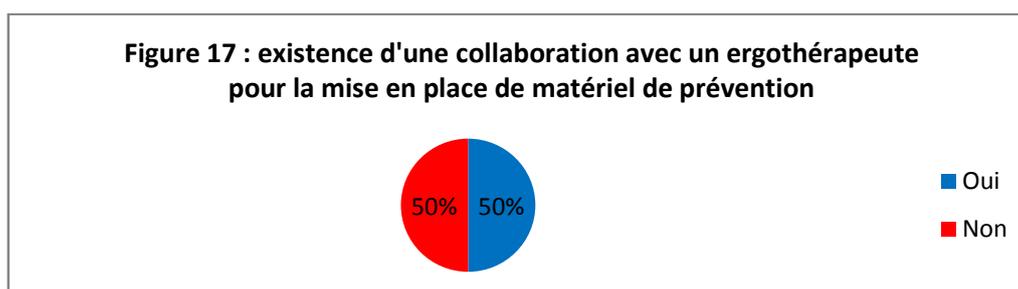
Analyse : On observe que plus de trois-quarts des participants utilise du matériel de prévention d'escarres. Il est intéressant de comparer ce résultat avec la présence d'un ergothérapeute au sein de la structure. Lorsque l'on analyse individuellement chaque réponse, on s'aperçoit que la grande majorité des personnes utilisant du matériel, bénéficie en effet de l'intervention d'un ergothérapeute. Toutefois, aucune corrélation n'a pu être mise en évidence entre la présence d'un ergothérapeute et une liste de matériel de prévention plus étendue ou plus détaillée.

De plus, les personnes interrogées ne se servant pas de matériel de prévention ont référencé trois causes : ne pas savoir utiliser ce matériel, ne pas savoir dans quel cas l'utiliser, et le fait que celui-ci ne fonctionne pas. Si l'on étudie les réponses de chaque participant, on s'aperçoit qu'une majorité des enquêtés n'utilisant pas ces aides, ne disposent pas de l'intervention d'un ergothérapeute. Or, nous avons observé dans les résultats précédents que l'un des rôles de l'ergothérapeute était d'aider les équipes soignantes pour l'utilisation du matériel de prévention d'escarres.

Cependant, l'utilisation de matériel de prévention et l'intervention d'un ergothérapeute au sein de l'établissement ne suffisent pas pour affirmer qu'une collaboration entre l'ergothérapeute et les équipes soignantes a eu lieu autour de la mise en place de ces aides.

5. La collaboration autour de la mise en place du matériel de prévention

La dixième question du questionnaire s'adressait aux personnes ayant répondu oui à la huitième question, c'est-à-dire utilisant du matériel de prévention d'escarre. Le but de cette question était de savoir si les personnes interrogées avaient collaboré avec un ergothérapeute pour la mise en place de ces aides (voir figure 17). Sur les seize personnes concernées par cette question, huit ont affirmé avoir collaboré avec un ergothérapeute, et huit personnes ont répondu non.



La onzième question du questionnaire concernait les personnes ayant répondu oui à la dixième question, c'est-à-dire ayant collaboré avec un ergothérapeute pour la mise en place de matériel de prévention. Cette question ouverte détaillait de quelle manière la collaboration s'était effectuée (voir tableau III). Sur les huit personnes affirmant avoir travaillé avec un ergothérapeute, sept ont répondu.

« Discussion interdisciplinaire » « L'équipe fait une demande de matériel car il y a besoin, l'ergo met en place. Le médecin participe aussi. On demande conseil à l'équipe pour savoir s'il y a besoin de ça ou pas. » « Discussions en équipe, évaluation de l'état cutané de la personne » « En fonction de nos propres champs de compétences » « L'équipe soignante avertit l'ergo dès qu'elle a des informations sur un risque d'escarre. L'ergo va voir la patiente, choisit et essaye le matériel puis vient nous voir pour nous apprendre à l'utiliser (aux AS et IDE et parfois aux familles très présentes). Elle fait également une petite feuille récap qu'elle colle dans la chambre du résident et dans le poste de soins. C'est fait de manière individuelle sur demande. » « Comment mettre les coussinets etc. » « Suivi de l'évolution »
--

Tableau III : nature de la collaboration avec un ergothérapeute pour la mise en place de matériel de prévention

La question de la collaboration entre ergothérapeute et équipe soignante a également été posée lors des entretiens. Les ergothérapeutes m'ont fait part des moyens qu'elles pouvaient mettre en place concernant l'utilisation du matériel de prévention d'escarre par les soignants :

- E1 : « D'abord je leur montre comment mettre, toujours. Ça m'arrive de prendre des photos et de les coller au mur. Comme ça, s'il y a des vacataires, faut qu'ils sachent comment mettre les coussins. Il y a tout un protocole derrière. Après, il faut le suivi des coussins, à quel moment je peux le retirer si le résident n'en a plus besoin. C'est très important de discuter avec les équipes. Mettre un coussin et s'en aller, ne rien dire, ça ne sert à rien. Le problème, c'est que dans la plupart des EHPAD, tu vas avoir deux équipes dans le même service. Le jour où tu montres à une équipe, tu ne montres pas à l'autre. Donc quand tu vois l'autre équipe, il faut refaire la même chose. J'aime bien les images, ça parle avec un commentaire. J'écris pourquoi je l'ai mis, dans quel but. Je passe quand j'ai le temps. Je vais voir les équipes ou les infirmières : « alors l'escarre, ça va mieux ? ». Je demande, je cherche les infos. Mais ça m'est arrivé de voir des coussins qui sont mal mis bien sûr, souvent même. Dans ces cas là, il faut repasser, faut redire. »
- E2 : « Déjà quand je mets en place, j'avertis les cadres de l'EHPAD. Je dis : « nous on vous propose ça, vous êtes d'accord, vous n'êtes pas d'accord pour nous accompagner » et après je commande. J'ai fait un premier bilan avant de partir de l'EHPAD, je vais leur dire ce que je pense, voilà ce qu'on peut peut-être améliorer, et après je ne reviens pas s'ils sont d'accord. Avant de partir je leur fais un retour et après je fais un mail au médecin de l'HAD, à la cadre de l'HAD, et à la cadre

de l'EHPAD, parfois l'infirmière de coordination. Je demande à mes collègues s'ils ont vu que j'avais mis les coussins. »

- E3 : « Mener une action isolée, on réduit drastiquement nos chances de réussite d'atteinte de nos objectifs. Par exemple, c'est de s'assurer que le matériel est bien mis en place, que quand il est défectueux, l'information soit remontée, il faut que le dispositif fonctionne. J'ai remarqué que le lien avec les soignants, les cadres, les médecins est indispensable, car ça permet vraiment d'optimiser les choses. Le fait d'être sur le terrain, je ne peux pas rester à distance, il faut montrer. Le fait qu'on ne soit pas de 7h du matin à 14h dans les soins comme elles le sont, ce n'est pas du tout vécu de la même manière. »

Je leur ai également demandé si elles avaient pu observer des facilitateurs ou des freins à cette collaboration :

- E1 : « Les vacataires c'est un frein. Parce qu'ils découvrent le résident, ils ne le connaissent pas bien, ils ne connaissent pas le suivi, ils n'ont pas forcément le temps de lire toutes les transmissions. Un moteur, c'est des équipes stables, parce que la communication est là, le fait d'avoir un patient conciliant qui comprend, qui écoute. C'est les moyens que je mets en place comme les photos, des moyens qui aident vraiment les équipes à mieux comprendre facilement. La collaboration avec les revendeurs médicaux, je les rencontre de plus en plus parce que chaque année, il y a de nouvelles choses qui viennent sur le marché. J'ai des nouveaux catalogues qui viennent d'arriver, je regarde un peu ce qui existe, et le fait de discuter avec eux, de leur expliquer la problématique, ils t'aident aussi à trouver des coussins adaptés ou des matelas. Des matelas, il y en a plein qui existent, et d'un matelas à l'autre, la façon de les brancher, de les utiliser, n'est pas la même donc il faut être formé. Les revendeurs sont là pour ça. C'est vachement important si on veut après former les équipes, encore faut-il qu'on soit formé nous-mêmes. Ils doivent être là pour nous montrer les choses. Même pour les fauteuils, les coussins, ils connaissent le produit. Nous, on est ergo mais on ne connaît pas tout ce qui existe. On doit faire nos recherches, mais c'est vrai que travailler en collaboration avec les revendeurs c'est vraiment important. »
- E2 : « Je dirais que c'est le manque de temps des soignants. On se rend compte que c'est très compliqué en EHPAD, que tout n'est pas fait malheureusement. Les gens sont plutôt réceptifs et contents d'avoir des conseils, mais ce qu'ils nous disent c'est : je n'ai pas le temps. Il y a des EHPAD où je l'ai vu, c'était vraiment bien fait, toutes les deux heures un suivi, mais parfois non. Ça dépend des moyens de l'EHPAD aussi. Comme les matelas, ils ne peuvent pas forcément avoir, ça dépend des budgets. Les familles étaient hyper présentes. Au final, c'était plutôt elles qui faisaient bouger pour que ça se passe bien. Elles étaient partie prenante de proposer, quitte à acheter les coussins avec leur argent. En tout cas, c'était plutôt facilitateur. »

- E3 : « On peut être parfois coincé dans une représentation où on fait un peu partie de la direction. Il y a une histoire de place qui peut être mal définie et qui peut être un frein, donc beaucoup de réassurance auprès des soignants, l'idée c'est qu'on trouve la meilleure solution pour la personne et pour eux. Leur montrer que j'essaie de comprendre leur problématique. Mettre la main à la pâte pour leur montrer que ce n'est pas « je regarde de loin je vous dis de faire ci, faire ça », j'ai plein de trucs à apprendre de vous aussi. Il y a des aides-soignantes qui ont le double de mon âge donc c'est délicat d'arriver en disant « tu fais mal, il faut faire ci, il faut faire ça », ça fait 30 ans qu'elles le font. Donc essayer de mettre en place une collaboration sans jugement. Il y a aussi des choses à imposer à un moment donné et là, le cadre et le médecin vont nous appuyer parce que les décisions médicales sont beaucoup plus respectées que les préconisations d'un ergothérapeute. Le dossier de soins informatisé c'est indispensable. Ça va permettre d'archiver les choses et surtout que ce ne soit pas dépendant de ma présence. Ça n'empêche pas le côté verbal qui crée un lien. Ça peut être appuyé par des éléments visuels quand on fait des positionnements particuliers au lit. C'est bien d'utiliser des termes médicaux mais c'est bien aussi que le message passe concrètement. Il y en a plein qui n'ose pas me dire : je ne sais pas faire. Alors je leur propose de revoir ensemble.»

Analyse : On observe que la présence d'une collaboration entre l'ergothérapeute et les équipes soignantes autour de la mise en place de matériel obtient autant de réponse positive que négative. Cependant, on peut analyser trois cas de figures différents : les personnes bénéficiant de l'intervention d'un ergothérapeute et ayant collaboré, ceux ne disposant pas d'un ergothérapeute et qui n'ont donc pas pu collaborer avec ce dernier, et enfin les personnes ayant un ergothérapeute mais qui n'ont pas collaboré avec lui pour la mise en place de matériel. Cette dernière possibilité représente une minorité. En effet, deux-tiers des participants bénéficiant d'un ergothérapeute ont collaboré avec lui. On peut donc affirmer que si un ergothérapeute est présent au sein de la structure, celui-ci a collaboré avec les équipes soignantes autour de la mise en place de matériel de prévention d'escarres dans la majorité des cas.

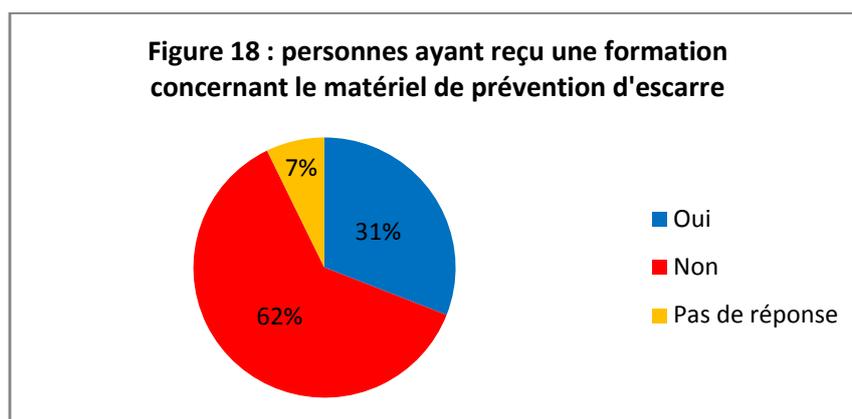
Les soignants interrogés abordent également la façon dont la collaboration s'effectue. Les notions d'interdisciplinarité, de discussion en équipe, de conseils adaptés et de supports visuels sont renseignées. Ces idées sont ensuite reprises par les ergothérapeutes lors des entretiens. Selon elles, l'une des actions les plus importantes est d'avertir l'équipe de la mise en place de matériel. Il est également primordial d'expliquer directement sur place comment mettre en œuvre les aides au positionnement. Cela peut être appuyé par des supports visuels qui vont permettre d'informer le reste de l'équipe. De plus, un suivi de ces actions semble être fondamental afin de savoir si le matériel est correctement installé, si celui-ci fonctionne, et s'il peut être retiré.

Toutefois, certaines réalités du terrain vont parfois faire obstacle ou au contraire faciliter les actions de l'ergothérapeute. En conséquence, les freins répertoriés sont les vacataires, le manque de temps des soignants pour les mobilisations, le budget de l'institution qui n'a pas toujours les moyens financiers pour se procurer le matériel, et même la place de l'ergothérapeute au sein de l'équipe qui peut être mal définie auprès des soignants. A contrario, les facilitateurs repérés par les ergothérapeutes sont une bonne communication au sein d'une équipe stable, et surtout les revendeurs de matériel médical qui vont pouvoir informer les ergothérapeutes sur les fonctionnalités de ces outils et les conseiller sur le matériel le plus adapté pour leurs problématiques.

Ainsi, les ergothérapeutes et les équipes soignantes collaborent ensemble autour de la mise en place de matériel de prévention d'escarres. Ce travail interprofessionnel nécessite de mettre en place de nombreuses actions de communication orale et écrite, et un suivi régulier auprès des soignants. Cependant, il existe des freins organisationnels et matériels, mais également des facilitateurs tels que les revendeurs de matériel médical. On peut alors se demander si l'ergothérapeute peut intervenir au-delà de la collaboration quotidienne avec les équipes, en donnant des formations à celles-ci sur le matériel.

6. Former et être formé au matériel de prévention d'escarres

La treizième question du questionnaire recensait les personnes ayant déjà reçu une formation concernant le matériel de prévention des escarres ou non (voir figure 18). Sur les vingt et une personnes interrogées, six ont affirmé avoir déjà reçu une formation, douze ont répondu non et trois participants n'ont rien renseigné.



La quatorzième question du questionnaire s'adressait à l'ensemble des participants et demandait pourquoi avoir fait ou non une formation concernant le matériel de prévention d'escarre (voir tableau IV). Pour cette question ouverte, douze personnes ont répondu sur les vingt et un participants.

Personnes ayant reçu une formation concernant le matériel de prévention d'escarre	<p>« La formation est pour moi une évidente nécessité. Dans tous les domaines et quelque soit l'âge et/ou l'ancienneté dans un poste »</p> <p>« J'ai fait la formation pour une bonne prise en charge de la personne et parce que dans notre institution nous sommes toujours formés »</p> <p>« Complémentaire à notre fonction IDE »</p> <p>« Formation professionnelle »</p> <p>« Proposé par l'ergo sur les matelas et coussins à air »</p>
Personne n'ayant pas reçu de formation sur le matériel de prévention d'escarre	<p>« Pas de formation dans cette structure »</p> <p>« On ne me l'a pas proposé »</p> <p>« Non proposé »</p> <p>« Pas le temps »</p> <p>« J'aimerais bien mais la structure ne propose de formation là dessus »</p> <p>« On ne me l'a pas proposé »</p> <p>« Pas de proposition de formation ou en ce sens »</p>

Tableau IV : explications des participants à propos des formations sur le matériel de prévention d'escarre

La seizième et dernière question du questionnaire laissait les participants ajouter les commentaires qu'ils souhaitaient (voir tableau V). Une personne a rédigé :

« Une formation n'est peut être pas suffisante pour comprendre le matériel. Je pense que l'intervention régulière d'un ergo est nécessaire pour utiliser du matériel. Nous ne sommes pas formés à son utilisation »

Tableau V : liste des commentaires ajoutés par les participants

J'ai également abordé la question de formation au matériel de prévention d'escarres lors des entretiens :

- E2 : « On a été formé par l'ARS à l'utilisation du drap de glisse et on doit former tous les collègues. Ça fait 2 ans qu'on y est. Ça prend de plus en plus, je le sens parce que les gens qui viennent en formation connaissent déjà le drap de glisse, ils ont vu un collègue l'utiliser. Du coup, il y a l'utilisation du drap de glisse, et l'utilisation d'un guidon de transfert, d'un verticalisateur, d'un lève-personne en HAD ou au domicile. On essaie d'en faire une au mieux tous les 15 jours. Ceux qui donnent la formation, c'est toujours un ergothérapeute et un aide-soignant. On travaille pas mal l'ergonomie avec eux. L'idée c'est vraiment d'utiliser les capacités du patient et après de ne pas se faire mal non plus. Tous les infirmiers et aides-soignants qui viennent, on leur apprend à travailler les mains dans le dos. On intervient sur l'organisation des soins pour nos collègues aide-soignant et infirmier. Pour les pansements complexes, ce qui marche très bien c'est le positionnement pour les pansements avec des sangles, des coussins de positionnement exprès pour les soins. En fait ce sont des gros triangles qu'on trouve souvent dans les salles de kiné. On arrive à positionner les gens avec leurs jambes en l'air, pour pas que les soignants soient gênés pour faire le pansement et que les plaies soient dans le vide, que ce ne soit pas un aide-soignant qui vienne tenir la jambe. On a aussi un autre type de sangle comme des petites sangles de lève-personne. Pour ceux qui ont le rail au plafond, c'est hyper simple du coup, tu lèves la jambe. On s'est dit avec les mousses, c'est trop plat, ce n'est pas du tout hygiénique, et on a cherché des coussins qui pourraient être durs et lavables. »

- E3 : « On fait des formations sur les lève-personnes, les verticalisateurs pour les manutentions. Il nous a été inculqué des possibilités de manutention pour accompagner des gens qui sont très rétractés, très douloureux, et notamment avec des draps de glisse. On a repris suite à ces formations là, avec ma collègue infirmière sur une année, 2 fois par mois, on prenait des petits groupes de 3 soignants et on pratiquait avec eux pendant trois quarts d'heure. Le problème, c'est que c'est très chronophage, ce sont des espaces qui libèrent la parole donc, ça prend encore plus de temps. Le but, c'est que je ne vais pas me positionner comme il faut faire ci, il faut faire ça, car c'est très mal vu derrière et ça entrave le travail avec les équipes. J'essaie de travailler un maximum en lien avec les revendeurs de matériel médical et les fabricants. Alors ce n'est pas tout le temps car vous vous doutez bien, c'est compliqué niveau timing. Je le vois comme une priorité, mais ce n'est pas une action directe de mise en place d'un matériel. Quand ce sont les revendeurs, on a déjà fait des sessions à 20 soignants où ils expliquent les normes de sécurité, d'installation, les repères morphologiques pour savoir comment bien mettre en place un harnais. »

Analyse : La majorité des participants affirme ne pas avoir reçu de formation concernant le matériel de prévention d'escarres. Lorsque l'on observe la minorité ayant reçu une formation et que l'on analyse individuellement les réponses, on ne peut faire de lien entre la présence d'un ergothérapeute au sein de la structure et la formation des soignants. De plus, si l'on étudie les remarques formulées par les enquêtés, l'institution semble être l'unique décisionnaire. En effet, les personnes n'ayant pas reçu de formation mettent en avant de manière unanime le fait que leur établissement ne leur propose pas cette opportunité.

Une corrélation peut être établie entre les enquêtés ayant reçu une formation et l'utilisation de matériel de prévention plus diversifié. Ainsi, les personnes interrogées ayant bénéficié d'une formation ont toutes cité plus de trois aides techniques, pouvant aller jusqu'à neuf. A l'inverse, les participants n'ayant pas de reçu de formation n'ont pu lister qu'un ou deux outils, voire n'utilise aucun matériel.

Du point de vue des ergothérapeutes, deux d'entre elles avaient déjà participé à des actions de formations. D'après les ergothérapeutes, ces formations ont lieu en groupe de plusieurs soignants. L'ergothérapeute travaille alors en collaboration avec un autre professionnel tel qu'un aide-soignant, un IDE, ou bien un revendeur de matériel médical. La constitution d'un binôme de formateurs va permettre d'apporter différents points de vue. Lors de ces formations, différentes aides sont présentées notamment les aides aux transferts. Cependant, on voit apparaître de nouveaux outils pouvant également participer aux soins, en facilitant le travail des soignants lors des pansements d'escarres. La notion d'ergonomie prend alors une place importante.

c. Discussion et limites

Dans cette enquête, nous avons tout d'abord pu observer une fréquence d'escarre en EHPAD relativement élevée. Ces réponses enregistrées ne sont pas chiffrées, ce qui signifie que chaque participant évalue la fréquence d'escarres à laquelle il est confronté de manière subjective. En effet, la mention « parfois », « fréquemment » ou « très souvent » ne signifie pas forcément la même quantité pour toutes les personnes interrogées. Cependant, ces résultats concordent avec les différentes études que j'ai pu lire auparavant (Chami, 2009) (Nicolas, 2014) : « *la prévalence des escarres augmente avec l'âge* » (Salles, 2012, p.35).

La répartition des escarres en fonction de leur stade de gravité et de leur localisation révèle que le stade 1 reste le plus fréquent, ainsi que le sacrum et les talons. Ces résultats correspondent à une étude menée en 2014 : « *les escarres prédominent sur les talons et le sacrum avec 41% de stade1* » (Nicolas, 2014, p.156).

Nous avons également pu constater que l'intervention d'un ergothérapeute en EHPAD permettait de diminuer la fréquence des escarres de stade de gravité élevé. Selon les équipes soignantes cette plus-value de l'ergothérapeute est mise en évidence grâce aux matériels de prévention qu'il va pouvoir mettre en place. Cette idée est reprise par Marston (2015) qui explique que ces aides vont ensuite pouvoir aider les soignants lors des différentes activités réalisées avec le résident. Les ergothérapeutes expliquent que la mise en place de ce matériel nécessite une grande collaboration avec les équipes soignantes. Cette coopération s'effectue dans les deux sens. En effet, les soignants vont pouvoir informer l'ergothérapeute sur les capacités, l'évolution et les besoins du patient. Tandis que l'ergothérapeute va mettre en place du matériel le plus adapté possible pour la personne âgée. On peut parler d'interprofessionnalité : « *il s'agit donc de soins personnalisés dont les objectifs et les moyens doivent être discutés en équipe pluridisciplinaire* » (Fromantin, 2010, p.251). Cependant, nous avons pu observer qu'une part non négligeable des soignants avait estimé ne pas avoir collaboré avec un ergothérapeute pour la mise en place de matériel. Ce résultat peut être expliqué par une mauvaise formulation de la question. J'aurais donc dû définir ce que signifiait ici la collaboration.

Les démarches de collaboration menées par l'ergothérapeute dépassent la simple mise en place de matériel. Afin d'augmenter l'efficacité de ces actions et de pérenniser la mise en œuvre de ces outils, l'ergothérapeute montre et informe sur le fonctionnement de ces aides techniques par le biais d'explications orales, écrites et visuelles. Il assure également un suivi, en vérifiant que le matériel est correctement installé, ou que celui-ci correspond toujours aux besoins du patient :

« l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des escarres repose sur une bonne gestion des ressources, que celles-ci soient humaines ou économiques en développant les compétences et l'optimisation de l'utilisation de matériel anti-escarres » (Mallay, 2013, p.276).

Toutefois, cette collaboration peut être entravée par un manque de temps du personnel, un manque de moyens financiers de la structure, ou bien des changements d'équipes importants et la présence de vacataires. A contrario, une équipe stable et une communication renforcée par le dossier informatisé du patient peuvent aider à cette collaboration. Ces facteurs identifiés par les ergothérapeutes correspondent à ceux définis par l'étude « Sauve ma peau » menée par l'ARS en 2018.

L'une des actions les plus importantes de l'ergothérapeute est la formation. La majorité des soignants ont répondu ne pas avoir reçu de formation. Ce résultat peut être expliqué par le terme sans doute pas assez détaillé de formation. Nous avons toutefois pu mesurer le bénéfice d'une formation car la liste de matériel semblait plus riche quand elle était décrite par les enquêtés ayant été formé. Selon l'ARS, cette démarche de formation : *« est multiple car elle ne se réduit pas à une simple démarche de prévention mais elle se veut aussi une démarche de soins et une démarche de développement des compétences » (Sabathé, 2012, p.3).* Les ergothérapeutes ont également expliqué que ces formations permettaient d'aborder des notions d'ergonomie lors des soins afin de préserver les soignants. Cette idée est également reprise par l'ARS : *« une démarche de prévention des risques professionnels dans le but de maintenir la santé physique des soignants [...] une démarche de soins dans le but d'offrir des soins de manutention confortables, sécuritaires et personnalisés » (Sabathé, 2012, p.3).*

Enfin, si l'on élargit les champs d'action de l'ergothérapeute en matière de prévention, la préservation des habitudes de vie et des capacités fonctionnelles et cognitives du patient semble être la première des préventions. Cela rejoint les deux grands objectifs de l'ergothérapeute en EHPAD définis par Villaumé (2019) que sont : maintenir les activités journalières et lutter contre les complications dues au grand âge. C'est également le premier objectif décrit par Laudet (2011, p.92) : *« éviter que la dépendance ne s'accroisse malgré les maladies et le temps qui passe ».*

d. Conclusion de l'enquête

Le but de cette enquête était de répondre à la problématique suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la prévention des escarres en EHPAD ?

Et de valider ou d'invalider l'hypothèse suivante que j'avais proposée :

La collaboration entre l'équipe soignante et l'ergothérapeute autour de la mise en place d'aides techniques à la prévention d'escarres permet de favoriser la prévention des escarres en EHPAD.

Afin d'y répondre, j'avais établi plusieurs objectifs :

- Observer la mise en pratique des diverses études existantes,
- Evaluer la plus-value apportée par l'ergothérapeute dans la prévention des escarres en EHPAD,
- Comprendre la mise en œuvre de la collaboration entre l'ergothérapeute et l'équipe soignante dans la prévention des escarres en EHPAD,
- Analyser la collaboration entre l'ergothérapeute et l'équipe soignante et notamment l'apprentissage du fonctionnement du matériel utilisé dans la prévention des escarres en EHPAD,
- Rechercher si l'ergothérapeute peut intervenir sur d'autres facteurs de risques que ceux vus dans les études.

Lors de cette recherche, j'ai pu analyser de nombreux résultats, provenant de mon questionnaire et de mes entretiens. Les réponses ainsi obtenues concordent pour la plupart avec ce que j'avais découvert dans les études déjà existantes. Les résultats pouvant différer avec la littérature peuvent être expliqués par la méthodologie de cette enquête.

J'ai également pu mettre en évidence la plus-value de l'ergothérapeute en EHPAD, notamment au niveau de la fréquence des escarres de stade élevé. Ce bénéfice apporté par l'ergothérapeute peut être corrélé à une collaboration avec les équipes soignantes autour de la mise en place de matériel de prévention d'escarres. De plus, l'ergothérapeute dispense de nombreuses formations aux équipes soignantes concernant l'utilisation de matériel de prévention d'escarres. Ces formations permettent ensuite aux soignants de mieux appréhender ces outils. Enfin, il semblerait que l'ergothérapeute puisse agir sur d'autres facteurs de risque que les points de pression et l'immobilité de la personne âgée. En effet, en préservant les capacités fonctionnelles du patient et en

adaptant l'environnement du résident à ses besoins, l'ergothérapeute peut intervenir sur un champ bien plus large, en amont de l'apparition d'escarre.

Ainsi, je peux affirmer que les objectifs de mon enquête sont validés et par conséquent, mon hypothèse également. Cependant, il me semble important de l'élargir. En effet, la mise en place de matériel de prévention d'escarres peut être jointe à l'installation de matériels destinés aux soins dans une dynamique d'ergonomie et de prévention des risques professionnels encourus lors des soins d'escarres. La notion de collaboration peut aussi être complétée par la coopération avec les revendeurs de matériel médical qui s'avère être primordiale.

VI. Conclusion

Les personnes âgées présentent des vieillissements différents. Lorsque des pathologies, une fragilité avancée ou une hospitalisation rendent la vie au domicile impossible, cette personne peut intégrer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Au sein de cette institution, ce nouveau résident va évoluer en communauté, accompagné par des soignants et des rééducateurs. Lorsque le résident perd en mobilité, présente une malnutrition, et accumule ainsi des facteurs de risque d'escarres, il peut en développer. Toute l'équipe se mobilise pour prévenir au maximum l'apparition de ces plaies, ou d'en limiter les répercussions sur les capacités du patient. L'ergothérapeute joue un rôle important en évaluant les besoins de la personne et en proposant le matériel de prévention le plus adapté.

Afin d'analyser la collaboration entre l'ergothérapeute et l'équipe soignante autour de la mise en place de matériel de prévention, j'ai dû élaborer une enquête. Celle-ci s'adressait à des équipes soignantes ainsi qu'à des ergothérapeutes. Les résultats de cette étude ont montré que la présence d'un ergothérapeute permettait de diminuer les escarres de stade élevé, notamment grâce à la coopération entre l'ergothérapeute et les soignants. Cette collaboration s'effectue dans les deux sens. Ainsi, l'équipe soignante va pouvoir renseigner l'ergothérapeute sur l'évolution du patient, tandis que l'ergothérapeute va informer les soignants quant à l'utilisation des outils de prévention. Pour avoir un impact plus grand, l'ergothérapeute peut mener des actions de formation, ce qui va augmenter le nombre d'aides techniques à la prévention utilisées par les soignants. Toutefois, la prévention des escarres commence dès la préservation des capacités fonctionnelles et des habitudes de vie de la personne âgée. Cette enquête m'a également permis de découvrir le matériel utilisé lors des soins d'escarres qui offre de meilleures conditions de travail aux soignants lors des pansements, ainsi que l'importance des revendeurs de matériel médical lors des formations.

Ce travail m'aura apporté une plus grande connaissance des escarres et des champs d'actions de l'ergothérapeute en gériatrie. De même, je me suis découvert une appétence pour la lecture d'articles scientifiques. L'enrichissement de ma future pratique grâce aux partages d'expériences entre ergothérapeutes fût pour moi l'aboutissement de ce travail.

VII. Bibliographie

1. ANAES. (2001). *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé* (Vol. 1). (ANAES, Éd.) Paris, France.
2. APHP, HAD, S. r., prévention, G., & CPPT. (2018, Mai 25). La prévention d'escarre au domicile. Paris, France: Assistance Publique Hôpitaux de Paris.
3. ARS. (2018). *Dépistage et prévention des risques d'escarres et de chutes graves*. ARS Île-de-France.
4. ARS. (2018, Mai 28). *Le plan d'accompagnement pour soutenir les EHPAD*. Consulté le Avril 3, 2019, sur ARS: <http://www.ars.sante.fr/le-plan-daccompagnement-pour-soutenir-les-ehpad>
5. Barbot, J. (2012). Mener un entretien de face à face. Dans S. Paugam, *L'enquête sociologique* (pp. 115-141). Presses Universitaires de France.
6. Bennett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004, 05 1). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and ageing*, 33 (3), pp. 230-235.
7. Boisson, P. (2016). *Optimisation de la prévention ambulatoire des ulcères cutanés dus à la pression : rôles du pharmacien d'officine et impact d'une intervention personnalisée auprès de patients à risque*. Thèse de pharmacie, Université de Bourgogne, UFR sciences de santé, Dijon.
8. Brami, G. (2013, Septembre 1). Les paradoxes de l'évolution des EHPAD. *EMPAN*, 91 (3), pp. 56-61.
9. Bugeja-Bloch, F., & Couto, M.-P. (2015). *Les méthodes quantitatives*. (Q. s.-j. ?, Éd.) Presses Universitaires de France.
10. Chami, K., Gavazzi, G., Piette, F., de Wazières, B., Lejeune, B., & Rothan-Tondeur, M. (2009). Enquête PRIAM : prévalence nationale des infections en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). *Médecine et Maladies Infectieuses*, 39, 9.
11. CNEDIMTS. (2009, Décembre 22). *Dispositifs médicaux d'aide à la prévention et d'aide au traitement des escarres*. Consulté le Février 28, 2019, sur HAS: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_901641/fr/dispositifs-medicaux-d-aide-a-la-prevention-et-d-aide-au-traitement-des-escarres-avis-de-projet-de-nomenclature-cahier-des-charges-techniques-cnedimts-du-22-decembre-2009-1684

12. Conrath, P. (2016, Avril 1). Psychologues en EHPAD. *Le Journal des psychologues* , 336 (4), p. 20.
13. Dagonne, C., David, S., Alix, E., Girard, D., Bouzillé, G., Tallec, A., et al. (2011). Prévention et prise en charge de la dénutrition dans les EHPAD. (SFN, Éd.) *Cahiers de Nutrition et de Dietétique* , 46 (3), 137-144.
14. De Stampa, M., Andrieu, M., Chataux, S., Clément, É., Costes-Henri, B., Leforestier, É., et al. (2014, octobre). Hospitalisation à domicile et malades âgées. (Elsevier, Éd.) *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* , 14 (83), pp. 265-269.
15. *Escarre PERSE : Prévention, Education Recherche et Soins Escarres*. (s.d.). Consulté le Février 7, 2019, sur PERSE: <http://www.escarre-perse.com/escarres/>
16. *Escarres : former et se former*. (s.d.). Consulté le Février 7, 2019, sur ARS Île-de-France: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/escarres-former-et-se-former>
17. *Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*. (2019, Mars 1). Consulté le Avril 3, 2019, sur Service-public.fr: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
18. Fenneteau, H. (2015). *Enquête : Entretien et questionnaire* (éd. 3e édition). (L. topos, Éd.) Dunod.
19. Ferreira, E., & Zawieja, P. (2012, Novembre 7). Un "chez-soi" en EHPAD ? *Cliniques* , 4 (2), pp. 164-179.
20. Fromage, B., Ponty, M., Vinay, A., & Rexand-Galais, F. (2017, Avril). Accompagner l'entrée en EHPAD. *NPG - Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* , 17 (98), pp. 79-84.
21. Fromantin, I. (2010). Les escarres en soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique* , 9 (5), 251-255.
22. Gibowski, C. (2012, Mars 20). Vécu institutionnel en ehpad : une place pour chacun, chacun à sa place. *Cliniques* , 3 (1), pp. 84-95.
23. Gueguen, A.-F. (2001, Décembre). Quel modèle pour l'ergothérapie en soins palliatifs, ou comment promouvoir l'autodétermination de la personne en fin de vie ? (d. b. solal, Éd.) *ergOTHérapies* (4), pp. 35-41.
24. Joubert, J. (2018, Avril 1). Enquête descriptive des pratiques préventives kinésithérapiques auprès des personnes âgées, en France métropolitaine, en avril 2016. *Kinésithérapie la Revue* , 18 (196), pp. 21-27.

25. Laudet, J. (2011). Pathos ou la prévention oubliée. (E. Masson, Éd.) *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11 (63), 91-93.
26. Mallay, D., Champion, L., & Manckoundia, P. (2013, Octobre 1). Le financement de la prise en charge des escarres par PATHOS est-il suffisant en EHPAD ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13 (77), pp. 267-279.
27. Marston, C., Agar, M., & Brown, T. (2015, Novembre). Patients and caregivers perceptions of occupational therapy and adapting to discharge home from an inpatient palliative care setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 78 (11), pp. 688-696.
28. Ministère des solidarités et de la santé, R. F. (2019, Avril 5). *Qu'est-ce que le GIR ?* Consulté le Mai 21, 2019, sur Pour les personnes âgées, portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/quest-ce-que-le-gir>
29. Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (éd. 2e édition, Vol. 1). (D. Boeck, Éd.)
30. Muller, M. (2017). Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. *DREES études et résultats* (1015), 1-8.
31. Nicolas, B., Robineau-Beneux, S., Lebot, M.-P., Durufle, A., Petrilli, S., & Gallien, P. (2014). Étude de la prévalence des escarres en EHPAD en Bretagne. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57, 156.
32. OMS. (s.d.). *Collaboration*. Consulté le Mai 21, 2019, sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/healthacademy/collaboration/fr/>
33. Parizot, I. (2012). L'enquête par questionnaire. Dans S. Paugam, & Quadrige (Éd.), *L'enquête sociologique* (pp. 93-113). Presses Universitaires de France.
34. Pr Philippe, B. (2005). Complications de l'immobilité de décubitus. Prévention et prise en charge : escarre. Dans Elsevier (Éd.), *Annales de dermatologie et de venerologie* (Vol. 132, pp. 11-15).
35. *Prévention et prise en charge des escarres*. (s.d.). Consulté le Février 4, 2019, sur OncoLogiK: <http://oncologik.fr/referentiels/oncolor/prevention-et-prise-en-charge-des-escarres>
36. *Répartition des escarres*. (s.d.). Consulté le Avril 2, 2019, sur [escarre.fr](http://www.escarre.fr): <http://www.escarre.fr/plaie/differentes-escarres/localisation-repartition.php>

37. Sabathé, J.-P., & Venaille, B. (2012, Novembre 14). Introduction dans un établissement de santé des tapis de réhaussement et matelas gonflable sur coussin d'air. 3-20. Paris: ARS.
38. Salles, N., & Jenn, J. (2012). Effets d'une intervention nutritionnelle sur la prévention et le traitement des escarres. (E. Masson, Éd.) *Nutrition clinique et métabolisme*, 26 (1), 34-39.
39. *Sauve ma peau, maîtriser le risque escarre*. (s.d.). Consulté le Février 7, 2019, sur ARS Île-de-France: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/sauve-ma-peau-maitriser-le-risque-escarre>
40. Sourdet, S. (2016). Fragilité: Dépistage de la fragilité et prévention de la dépendance. Dans C. Trivalle, *Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique* (éd. 3e édition, pp. 337-356). Paris, France: Elsevier Masson.
41. Trouvé, E. (2008). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (Vol. I). Marseille, France: Solal.
42. Veysseyre-Briere, A.-I. (2001). *Les escarres en gériatrie : étude des connaissances du personnel soignant en matière de prévention des escarres*. Thèse de médecine, UPEC, Créteil.
43. Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19 (109), 30-38.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Echelle d'évaluation de Field	I
Annexe 2 : Outil d'évaluation GFST	II
Annexe 3 : Questionnaire FIND	III
Annexe 4 : Echelle d'évaluation de Norton	IV
Annexe 5 : Echelle d'évaluation de Waterloo	IV
Annexe 6 : Questionnaire	V
Annexe 7 : Guide d'entretien	IX
Annexe 8 : Retranscription d'un entretien	X

Annexe 1 : Echelle d'évaluation de Field

Critères	Définition opérationnelle
Perte de poids	> 5 kg de manière involontaire depuis un an
Faiblesse musculaire	Force musculaire de préhension mesurée au poignet (kg) par un dynamomètre, dans le quintile inférieur. Le résultat correspond au meilleur score après 3 essais sur la main dominante. <i>Cut-off en fonction du sexe et de l'IMC :</i> <i>Hommes :</i> IMC ≤ 24 kg/m ² : force ≤ 29 kg IMC 24,1-28 kg/m ² : force ≤ 30 kg IMC > 28 kg/m ² : force ≤ 32 kg <i>Femmes :</i> IMC ≤ 23 : force ≤ 17 kg IMC = 23,1-26 kg/m ² : force $\leq 17,3$ kg IMC = 26,1-29 kg/m ² : force ≤ 18 kg IMC > 29 kg/m ² : force ≤ 21 kg
Fatigue (subjective)	La personne répond « souvent » ou « la plupart du temps » à l'une des deux questions ci-dessous : La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant ? « <i>Tout ce que j'ai fait m'a demandé un effort.</i> » La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant ? « <i>Je ne pouvais pas aller de l'avant.</i> »
Diminution de la vitesse de marche	Temps sur 4 m dans le quintile inférieur. <i>Cut-off en fonction du sexe et de la taille :</i> <i>Hommes :</i> ≤ 173 cm : temps ≥ 6 s 173 cm : temps ≥ 5 s <i>Femmes :</i> ≤ 159 cm : temps ≥ 6 s 159 cm : temps ≥ 5 s
Activité physique	Dépenses énergétiques dans le quintile inférieur d'après le <i>Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire</i> : Hommes : < 383 kcal/semaine Femmes : < 270 kcal/semaine

Source : Sourdet, 2016

Annexe 2 : Outil d'évaluation GFST

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"/>

Source : Sourdet, 2016

Annexe 3 : Questionnaire FIND

Domaine	Questions	Réponses	Score
Dépendance (altération de la mobilité)	A. Avez-vous des difficultés à marcher 400 m ?	a. Peu ou pas de difficultés	0
		b. Beaucoup de difficultés ou incapable	1
	B. Avez-vous des difficultés à monter un étage ?	a. Peu ou pas de difficultés	0
		b. Beaucoup de difficultés ou incapable	1
Fragilité	C. Durant l'année passée, avez-vous perdu de façon involontaire plus de 4,5 kg ?	a. Non	0
		b. Oui	1
	D. La semaine dernière, combien de fois avez-vous ressenti que tout ce que vous faisiez était un effort ou que vous ne pouviez pas aller de l'avant ?	a. Rarement ou parfois (≤ 2 fois/semaine)	0
		b. Souvent ou la plupart du temps (≥ 3 fois/semaine)	1
	E. Quel est votre niveau d'activité physique ?	a. Activité physique régulière (au moins 2 à 4 h/semaine)	0
	b. Aucun ou surtout sédentaire	1	

Si $A + B \geq 1$, l'individu est considéré comme « dépendant (altération de la mobilité) ».

Si $A + B = 0$ et $C + D + E \geq 1$, l'individu est considéré comme « fragile ».

Si $A + B + C + D + E = 0$, l'individu est considéré comme « robuste ».

Source : Sourdet, 2016

Annexe 4 : Echelle d'évaluation de Norton

Condition physique	Condition mentale	Activité	Mobilité	Incontinence
1 mauvaise	1 stuporeux	1 couché	1 immobile	1 fécale et urinaire
2 pauvre	2 confus	2 fauteuil	2 très limitée	2 urinaire
3 moyenne	3 apathique	3 marche aidée	3 peu limitée	3 occasionnelle
4 bonne	4 alerte	4 ambulant	4 complète	4 continent

≤ 16 : risque élevé > 16 : risque bas

Source : <http://www.escarre.fr/>

Annexe 5 : Echelle d'évaluation de Waterloo

Masse corporelle*	Aspect visuel de la peau	Sexe et âge
0 moyenne	0 Saine	1 Masculin
1 Au-dessus de la moyenne	1 Fine / grêle	2 Féminin
2 Obèse	1 Sèche / Déshydratée	1 14 à 59
3 En-dessous de la moyenne	1 Oemateuse	2 50 à 64
	2 Décolorée	3 65 à 74
	3 Irritation cutanée	4 75 à 80
		5 81 et +
Incontinence	Mobilité	Appétit
0 Totale / Sonde	0 Complète	0 Moyen
1 Occasionnellement	1 Agité	1 Faible
2 Incontinence fécale, sonde	2 Apathique	2 Alimentation par sonde gastrique uniquement
3 Incontinence double	3 Restreinte	3 A jeun, anorexique
	4 Immobile / Traction	
	5 Patient mis au fauteuil	
Malnutrition des tissus	Déficience neurologique	Médicament
8 Cachexie terminale	4-6 Diabète, Sclérose en plaque, AVC, Déficit sensoriel, Paraplégies	4 Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoire
5 Déficience cardiaque		Chirurgie / Traumatisme
5 Insuffisance vasculaire périphérique		5 Orthopédie, Partie inférieure, Colonne
2 Anémie		5 Intervention de + de 2 heures
1 Tabagisme		

> 10 : risque > 15 : haut risque > 20 : très haut risque

*Poids par rapport à la taille

Source : <http://www.escarre.fr/>

Enquête en ergothérapie

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, portant sur la prévention des escarres en EHPAD par l'ergothérapeute, je suis amenée à effectuer une enquête.

Je vous remercie de votre participation à ce questionnaire qui reste anonyme.

*Obligatoire

1. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Aide-soignant(e)
 IDE
 AMP
 Autre : _____

2. Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 3 ans
 Entre 3 et 10 ans
 Plus de 10 ans

Les escarres

Les escarres sont définies comme étant des lésions cutanées d'origine ischémique liées à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.

3. Dans votre EHPAD, à quelle fréquence êtes-vous confronté à des escarres ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Parfois
 Fréquemment
 Très souvent

4. A quelle fréquence êtes-vous confronté à chacun de ces stades d'escarre ? *

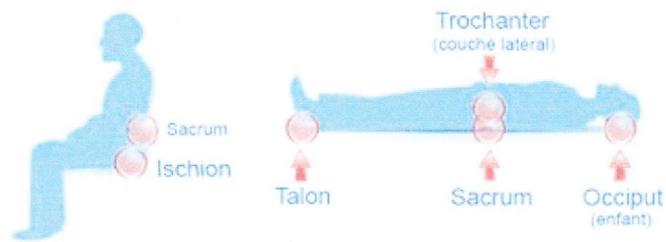
Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Fréquemment	Très souvent
Stade 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stade 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stade 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stade 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Quelles sont les principales localisations des escarres que vous rencontrez ? (voir illustration ci-dessous) *

Plusieurs réponses possibles.

- Talons
- Sacrum
- Trochanter
- Ischion
- Occiput
- Autre : _____



L'ergothérapie

6. Est-ce qu'un ergothérapeute intervient dans votre EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Oui à temps plein, salarié de la structure
- Oui à mi-temps, salarié de la structure
- Oui, avec l'hospitalisation à domicile
- Oui, en libéral
- Non
- Je ne sais pas
- Autre : _____

7. Pensez-vous que la présence d'un ergothérapeute puisse être une aide pour la prévention des escarres ? Pourquoi ? *

Le matériel de prévention des escarres

8. Utilisez-vous du matériel pour prévenir l'apparition des escarres ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

9. Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente : quel type de matériel utilisez-vous ?

10. Avez-vous collaboré avec un ergothérapeute pour la mise en place de ce matériel de prévention ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

11. Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente : de quelle manière la collaboration s'est effectuée ?

12. Si vous n'utilisez pas de matériel de prévention des escarres : pourquoi n'en utilisez-vous pas ?

Une seule réponse possible.

- Nous ne disposons pas de ce type de matériel
- Nous ne savons pas l'utiliser
- Nous ne savons pas dans quels cas l'utiliser
- Il ne fonctionne pas
- Autre : _____

13. Avez-vous déjà reçu une formation concernant le matériel de prévention des escarres ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

14. Pourquoi avoir fait ou ne pas avoir fait de formation ?

15. Que pensez-vous de chacune des affirmations suivantes : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Tout à fait en désaccord
Savoir comment mettre en place des coussins de positionnement au lit permet de diminuer les risque d'escarres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apprendre à utiliser le matériel de prévention d'escarres permet de diminuer le risque d'escarres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préserver l'indépendance du patient permet de diminuer le risque d'escarres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Favoriser l'indépendance au repas du patient lui permet de mieux s'alimenter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Avez-vous des choses à ajouter ?

Fourni par

 Google Forms

Annexe 7 : Guide d'entretien

[Rappel de l'enregistrement de l'entretien]

[Donner le cadre du mémoire, les objectifs et le déroulé de l'enquête :

- Questionnaire en EHPAD aux équipes soignantes
- Entretien avec ergo travaillant en EHPAD
- Objectifs :
 - o Observer la mise en pratique de la littérature
 - o Observer si l'ergo apporte une plus-value dans la prévention des escarres
 - o Comprendre la mise en œuvre de la collaboration ergo / soignants dans la prévention des escarres
 - o Evaluer si la prévention des escarres passe par la collaboration entre ergo / soignants et notamment l'apprentissage du matériel utilisé dans la prévention des escarres
 - o Observer si l'ergo peut intervenir sur d'autres facteurs de risques que ceux vus dans la littérature]

- Présentation de l'ergothérapeute :
 - ➔ Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?
 - ➔ Dans quel contexte intervenez-vous dans cet EHPAD ?
 - A temps plein, mi-temps, depuis l'HAD ?
 - ➔ Quelles actions menez-vous dans cet EHPAD ?
- Comment agissez-vous face à un patient porteur d'escarre ou à risque d'escarre ?
 - ➔ Utilisez-vous une échelle d'évaluation du risque ?
 - Si oui, laquelle ?
 - Qui d'autres utilisent des échelles d'évaluation dans votre structure ?
 - Utilisent-ils-la même ?
 - ➔ Existe-t-il une procédure en cas d'escarre ?
 - ➔ Mettez-vous en place du matériel de prévention d'escarre ?
 - Y-a-t-il une concertation avec les équipes soignantes quant à la mise en place de ce matériel ?
 - Par quels moyens collaborez-vous avec les équipes soignantes pour mettre en place ce matériel et qu'il soit utilisé ?
 - Apprenez-vous aux équipes soignantes comment fonctionne ce matériel ?
 - ➔ Utilisez-vous d'autres moyens de prévention ?
- Ces actions de prévention ont-elles un impact sur le nombre ou la gravité des escarres que vous rencontrez ?
 - ➔ Comment le mesurez-vous ?
 - ➔ Selon vous, quels sont les freins à cette démarche de prévention ?
 - Comment remédier à ces freins ?
 - ➔ Quels sont les moteurs dans cette démarche de prévention ?
- Donnez-vous des formations concernant le matériel de prévention des escarres ?
 - ➔ Si oui : à quel public cela s'adresse-t-il ?
 - ➔ Dans quel type de structure ?
 - ➔ Comment la formation se déroule-t-elle ? (Où, quand, comment, à combien de personnes, en une seule journée, sur plusieurs temps ? détailler +++)
 - ➔ Comment mesurez-vous les résultats et les impacts de cette formation sur les pratiques des professionnels que vous formez ?

- Pensez-vous que l'ergothérapeute peut agir sur d'autres facteurs de risque que l'immobilité et la pression ?
 - ➔ Pensez-vous qu'en préservant l'indépendance du patient, l'ergothérapeute agit sur les facteurs de risques d'escarre ?
 - ➔ Pensez-vous qu'en permettant au patient d'être indépendant lors des repas, l'ergothérapeute diminue le facteur de risque de dénutrition ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?
- Voulez-vous un retour de l'enquête ?

Annexe 8 : Retranscription d'un entretien

Retranscription de l'entretien réalisé le 14 Mai 2019 avec une ergothérapeute intervenant en EHPAD avec l'hospitalisation à domicile

Moi : Mon mémoire porte sur la prévention des escarres en EHPAD. Donc là, on va un peu se focaliser sur toi, tes interventions en EHPAD. Les objectifs de cette enquête sont, tout d'abord, d'observer un petit peu la mise en pratique de la littérature que j'ai pu voir, si c'est un peu la même chose. Est-ce que l'ergothérapeute apporte une vraie plus-value dans la prévention des escarres ? Comment ça se passe ? Comment l'ergothérapeute fait pour apporter quelque chose ? Est-ce que ça passe par une collaboration entre l'ergothérapeute et les soignants de l'EHPAD et notamment par tout ce qui est formation au matériel de prévention ? Après, voir si l'ergo ne peut pas finalement aussi intervenir sur d'autres facteurs de risque que le matériel ? Voilà, alors je te laisse te présenter.

Ergo : Je suis ergothérapeute en HAD depuis 7 ans. On intervient de plus en plus dans les EHPAD justement, à 99% pour les situations de prise en charge de pansement d'escarre.

Moi : D'accord. Quelles sont à peu près tes actions dans les EHPAD ?

Ergo : En premier, je change au moins le matelas. Je mets celui qu'on a en HAD. Ensuite, en fonction de l'EHPAD, je vérifie le matériel qu'il y a en terme de coussin de positionnement et après on en met en place. On essaye de croiser un maximum d'aide-soignant pour leur montrer ce qu'on peut faire, comment on peut améliorer. S'il y a des psychomotriciens, c'est pareil, on travaille ensemble parce qu'il n'y a pas d'ergo. Ils sont contents d'avoir quelques billes donc voilà en gros.

Moi : Est-ce que dans ces EHPAD, il n'y a forcément pas d'ergo, ou il peut y avoir un ergo ?

Ergo : Souvent, moi ce que j'ai rencontré c'est qu'il y avait quand même une ergo mais par exemple une matinée dans la semaine.

Moi : D'accord, à mi-temps ?

Ergo : Même pas

Moi : Donc toi, tu es vraiment sur tout ce qui est prévention d'escarre. Tu n'interviens pas sur d'autres choses pour ce résident là ?

Ergo : Maintenant on intervient sur l'organisation des soins pour nos collègues aides-soignants, infirmiers, pour les pansements complexes, avec des sangles, des coussins de positionnement exprès pour les soins. Je te montrerai après. Tu les avais vus ?

Moi : Non

Ergo : En fait ce sont des gros triangles qu'on trouve souvent dans les salles de kiné. On arrive à positionner les gens avec leurs jambes en l'air, pour pas que les soignants soient gênés pour faire le pansement et que les plaies soient dans le vide, que ce ne soit pas un aide-soignant qui viennent tenir la jambe. On a aussi un autre type de sangle comme des petites sangles de lève-personne. Pour ceux qui ont le rail au plafond, c'est hyper simple du coup, tu lèves la jambe ou les

deux jambes ou enfin ce qu'on a à lever, et du coup on travaille avec ça aussi, soit les deux ça dépend. On va voir, on fait des essais avec nos collègues infirmier et aide-soignant.

Moi : De l'EHPAD ?

Ergo : Soit les aides-soignants de l'EHPAD soit les infirmiers de l'HAD parce que les aides-soignants de l'HAD ne vont pas en EHPAD, ce ne sont que les infirmiers.

Moi : Ok

Ergo : Parce qu'il y a souvent moins d'infirmier que d'aides-soignants en EHPAD. C'est pour ça que souvent ils sont débordés et qu'ils n'ont pas le temps de faire un pansement.

Moi : D'accord, et du coup, on imagine que tu es appelée dans un EHPAD. Tu arrives et tu vois que le patient a plusieurs escarres ou est à risque d'escarre. Comment tu agis, quelles sont tes actions ?

Ergo : Concrètement, je vais chercher quelqu'un qui peut m'aider à savoir où il y a des coussins de positionnement, parce que souvent il y en a mais ils ne sont pas forcément mis, ou pas forcément bien mis parce qu'ils n'ont pas eu de formation, ils n'ont pas eu les explications. Donc, soit je fais ça. S'il n'y en a pas, je vois avec l'EHPAD s'ils peuvent acheter des coussins de positionnement. Ce que je faisais, c'est que je leur faisais une petite liste sur ce qui était bien d'avoir en stock, enfin ce qui était facile à installer.

Moi : Ah oui, même pour d'autres patients ?

Ergo : Oui voilà. En fait l'autre jour, j'ai travaillé dans l'idée d'avoir un stock pour eux de certains coussins, comme les décubitus latéraux, ça marche quand même assez bien, une décharge talonnière, ou au moins d'avoir les bases. On passe par les cadres. S'il y a un talon rouge, on surélève même si c'est un oreiller ou un pull, une serviette, mais qu'ils se débrouillent au moins pour surélever.

Moi : Donc tu leur donnes aussi des bases de positionnement ?

Ergo : Oui, de décharger quoi qu'il en soit, enfin au mieux.

Moi : D'accord, et après si ils avaient du matériel mais qu'ils ne le mettaient pas en place, ou qu'ils se le sont procuré, après tu reviens ?

Ergo : Non

Moi : Tu les laisses faire avec ce que tu leur as donné comme informations ?

Ergo : Je demande à mes collègues s'ils ont vu que j'avais mis les coussins. Après, je veux bien revenir, mais je ne peux pas, on ne peut pas.

Moi : Ok, toi est-ce que tu utilises une échelle d'évaluation pour un patient ?

Ergo : Dans ma tête.

Moi : D'accord

Ergo : Mais pas un truc écrit.

Moi : Non d'accord. Tu me parlais de coussin, de matelas à air, tu me parlais aussi de sangle spécifique. Est-ce qu'il y a d'autres matériels ou d'autres aides que tu utilises ?

Ergo : Non

Moi : Le drap de glisse, ça fait partie un peu de la prévention ou pas ?

Ergo : De la prévention, oui.

Moi : Pas de quoi ?

Ergo : Pas quand l'escarre est constituée enfin si forcément, quand elle est vraiment constituée, d'emblée je vais aller en mettre pour éviter les frottements. Après le drap de glisse en EHPAD, en toute honnêteté, on en a tellement perdu que, du coup, je suis un peu frileuse pour les mettre, et qu'ils soient baladés de chambre en chambre, et qu'on ne les récupère pas en fait. Donc en général, je le fais parce que je pense aussi à mes collègues qui interviennent, mais je leur demande vraiment d'être vigilants. Parce qu'une fois, avec les sangles, la personne est décédée, je les ai jamais récupérées, pourtant j'ai fouillé l'EHPAD avec une infirmière, mais je ne sais pas où elles sont. On a beaucoup d'argent qui part de l'HAD, donc on demande d'être vigilant.

Moi : Donc c'est plutôt un frein matériel quoi ?

Ergo : Oui

Moi : Ok, tu me parlais aussi de quand tu mets en place tout ce matériel, tu essayais d'avertir le plus possible les équipes.

Ergo : Oui, déjà quand je mets en place, j'avertis les cadres de l'EHPAD. Je dis voilà nous on vous propose ça, vous êtes d'accord, vous n'êtes pas d'accord pour nous accompagner, et après je commande. J'ai fait un premier bilan avant de partir de l'EHPAD, je vais leur dire ce que je pense, voilà ce qu'on peut peut-être améliorer, et après je ne reviens pas s'ils sont d'accord.

Moi : Donc tu as averti directement, c'est par téléphone, par mail ?

Ergo : Tu me connais un peu, je frappe au bureau, je dis bonjour. Mais déjà, j'ai averti que je venais parce que ce n'est pas évident de trouver les gens. Du coup oui, avant de partir je leur fais un retour et après je fais un mail au médecin de l'HAD, à la cadre de l'HAD, et à la cadre de l'EHPAD, en tout cas à la personne que j'ai vu, parfois l'infirmière de coordination.

Moi : Et auprès des équipes soignantes, tu les préviens comment ?

Ergo : Celles de l'EHPAD ?

Moi : Oui

Ergo : Bah ceux que je vois dans les couloirs.

Moi : Donc ce n'est pas forcément toujours possible, parfois tu ne croises personne ?

Ergo : J'essaie, mais oui parfois on est tout seul à faire une évaluation et on cherche quelqu'un mais ils sont débordés, ce que je peux entendre du coup ce n'est pas évident.

Moi : Est-ce qu'il y a d'autres moyens de communication que tu utilises ?

Ergo : Mis à part après faire des petits schémas, non.

Moi : D'accord, et tu me disais une fois que tu es intervenue tu n'as pas trop la possibilité de revenir. Alors tu demandes à tes collègues infirmiers et généralement est-ce que c'est bien mis en place après ?

Ergo : En général oui quand même, ils retrouvent les gens bien positionnés en tout cas il y a l'effort de repositionner.

Moi : D'accord il y a des efforts.

Ergo : Oui ; par contre ce qui marche très bien c'est le positionnement pour les pansements parce que maintenant qu'ils ont vu ça, ça marche pas pour tout le monde mais en tout cas quand ils ont une idée en général, ils nous appellent assez facilement en disant : « tu peux me ramener le coussin pour cette dame ? »

Moi : Parce qu'ils voient aussi un intérêt pour leur pratique ?

Ergo : Oui et celle de leurs collègues aides-soignants de l'EHPAD. Parce qu'ils n'ont pas été formés pour porter une jambe donc ce n'est pas l'idée, pour tout le monde et pour le patient aussi. Les patients en général sont au début ça fait bizarre, enfin c'est vrai que la première fois je me suis dit que la dame allait bien mais pourtant visuellement ... et en fait

elle était hyper à l'aise, parce qu'elle aussi, elle sentait que c'est dérangeant de se dire : « ma jambe est hyper lourde et c'est un soignant qui a été appelé pour tenir ». Elle me dit : « moi je sens que je ne fatigue pas les gens c'est beaucoup plus euh... »

Moi : Agréable pour tout le monde ?

Ergo : Ouais

Moi : D'accord, en fait je ne connaissais pas du tout ce truc de coussin.

Ergo : Tu veux voir ?

Moi : Ah oui !

Ergo : Attends je vais te chercher un coussin.

Moi : D'accord

Ergo : Donc, tu as les jambes qui sont allongées et sinon quand il y a un rail au plafond on met ça, s'il n'y a que le pansement du talon à faire.

Moi : D'accord ça fait comme un hamac.

Ergo : Oui un petit hamac, il ne gêne pas. Ça marche bien.

Moi : D'accord, ben je ne savais pas du tout qu'il y avait des coussins juste pour les soins.

Ergo : Là c'est l'HAD qui a fait des premiers essais, mais c'est juste nous qui avons l'idée après. On s'est dit avec les mousses c'est trop plat, c'est pas du tout hygiénique, et du coup on a cherché des coussins qui pourraient être durs et lavables et on s'est orienté vers ce qu'on voyait dans les salles de kiné. On a fait des essais et il y a un marché qui a été signé donc on en a un ou deux par US, mais tu vois il n'en reste plus qu'un, sachant qu'il y a 16 US. Donc là, ils sont tous partis.

Moi : Est-ce que tu utilises d'autres aides ?

Ergo : En prévention, non.

Moi : Parce que pas en prévention ?

Ergo : Soit tu mets le coussin en prévention, soit tu le mets parce qu'il y a des escarres. C'est adapté en fonction.

Moi : D'accord, après est-ce que toi tu as des retours de la part de l'EHPAD sur tel ou tel coussin qui a en effet apporté quelque chose et là c'est bon il y a plus d'escarre ?

Ergo : Non, on ne fait pas de retour. Ou alors l'équipe de l'HAD ne me l'a pas forcément fait à moi, parce qu'on n'est pas à tous les staffs tout le temps, mais non.

Moi : Est-ce que tu as pu identifier durant tes interventions des freins ? Ça peut être organisationnel, on parlait du matériel, des choses comme ça, qui vont en fait freiner tout ce qui est démarche de prévention.

Ergo : On revient un peu toujours à ça, mais je dirais que c'est le manque de temps des soignants, de prendre le temps. Parce que sur le risque d'escarre, c'est aussi manger. Il y a plein de choses, parfois on se rend compte que c'est très compliqué en EHPAD, et que tout n'est pas fait malheureusement.

Moi : Donc des moyens humains qui manquent.

Ergo : Après les gens sont plutôt réceptifs et contents d'avoir des conseils, mais voilà ce qu'ils nous disent c'est : « je n'ai pas le temps ».

Moi : Ah oui, de surveiller que c'est bien mis, de remettre et de mobiliser le patient et tout ça.

Ergo : Il y a des EHPAD où je l'ai vu. C'était vraiment bien fait, toutes les deux heures un suivi, mais parfois non.

Moi : D'accord

Ergo : Ça dépend des moyens de l'EHPAD aussi.

Moi : Les EHPAD n'ont pas forcément les moyens d'acheter tout ce que tu préconises ?

Ergo : Ils ont des budgets de ce que j'ai compris euh ...

Moi : Très limité ?

Ergo : Oui

Moi : D'accord

Ergo : Comme les matelas, ils ne peuvent pas forcément avoir, ça dépend des budgets.

Moi : Tous les EHPAD n'ont pas les mêmes budgets ?

Ergo : Ah non !

Moi : Est-ce que au contraire, tu as pu remarquer des moteurs, des facilitateurs ?

Ergo : Je pense que c'est une question de management, de motivation de l'équipe. Il y a des équipes où on sentait que c'était tout nickel, enfin si la dame avait des escarres c'est que tout n'était pas nickel, mais en tout cas ils faisaient vachement les retournements, ils s'appliquaient énormément. Après moi, je n'y reste pas assez longtemps pour savoir pourquoi cet EHPAD là fonctionne et pas l'autre, ce n'est pas mon objectif. Nous, on fait ce qu'on peut. Après, ça m'est arrivé deux fois de mettre des matelas à air, et quand le matelas est arrivé, ils ont refusé. On m'a demandé une troisième fois d'y aller, donc moi j'y vais uniquement si on propose des choses on dit oui, parce que je ne vais pas faire que ça, je ne vais pas y aller trois fois de suite pour rien.

Moi : Tu as dû batailler. Est-ce que parfois ça peut être le patient lui-même, où sa famille, qui peut-être un frein ou un moteur ?

Ergo : Plutôt moteur, à chaque fois les familles étaient hyper présentes. Au final, c'était plutôt elles qui faisaient bouger pour que ça se passe quand même bien.

Moi : Ça arrive que les familles, elles aussi mobilisent ?

Ergo : Je ne les ai pas vues, elles viennent le soir. Mais en tout cas, elles étaient vachement partie prenante de proposer, quitte à acheter les coussins avec leur argent à eux. En tout cas, c'était plutôt facilitateur.

Moi : Donc, après on va aborder un peu tout ce qui est formation que tu peux donner. Alors déjà, est-ce que tu donnes des formations ?

Ergo : Oui, à l'utilisation du drap de glisse et du matériel en HAD.

Moi : D'accord, est-ce que tu peux préciser un petit peu ?

Ergo : on a été formé par la ARS à l'utilisation du drap de glisse. On est 14 soignants et on doit former tous les collègues. Donc là, ça fait 2 ans qu'on y est. Alors, ça prend de plus en plus, je le sens parce que les gens qui viennent en formation connaissent déjà le drap de glisse parce qu'ils ont vu un collègue l'utiliser. Ça prend moins de temps parce que les gens le connaissent et en général, ils savent assez bien l'utiliser. Du coup, il y a l'utilisation du drap de glisse, et on fait tout un topo l'après-midi sur les pansements. Comment on peut les faire, ce qui existe, ce qu'on a au marché, et sur l'utilisation d'un guidon de transfert, d'un verticalisateur, d'un lève-personne en HAD ou au domicile.

Moi : D'accord, donc les moyens de transfert.

Ergo : L'après-midi oui, et le matin le drap de glisse.

Moi : D'accord, c'est condensé en une journée ?

Ergo : Oui

Moi : Et ça s'adresse à quel type de professionnels ?

Ergo : De l'HAD.

Moi : De l'HAD seulement ?

Ergo : Bah pas les assistantes sociales, ni les diètes, mais tous les infirmiers de toute façon et toutes les aides-soignantes doivent y passer.

Moi : D'accord c'est devenu une obligation ?

Ergo : Oui c'est une obligation en fait l'ARS euh ...

Moi : Ils vous ont chargé de le faire ?

Ergo : Par exemple, l'hôpital Lariboisière en a eu 4 et ces 4 doivent former tout Lariboisière. Donc c'est vraiment dans chaque hôpital, les professionnels.

Moi : Et du coup, toi tu donnes ce type de formation à à peu près quelle fréquence ?

Ergo : Et bien je crois que c'est presque tous les mois, sachant que mes autres collègues le font aussi, donc on essaie d'en faire une au mieux tous les 15 jours je crois.

Moi : D'accord, c'est quand même assez fréquent.

Ergo : Oui

Moi : À chaque fois tu as des professionnels différents ?

Ergo : Tous les aides-soignants enfin, infirmier et aide-soignant qui viennent.

Moi : Jamais les mêmes ? Tu n'as jamais deux fois les mêmes groupes ?

Ergo : Parfois si, enfin pas le même groupe, mais il y en a qui sont déjà passés il y a 2 ans et qui voulaient revenir, donc on en a vu deux ou trois qui sont revenus pour refaire ...

Moi : Une mise à jour ?

Ergo : Oui

Moi : D'accord, et ça se passe où ?

Ergo : À Vésale, où siège de l'HAD.

Moi : Oui j'avais pu voir ça.

Ergo : Tous les matériaux, on vient avec pour la journée entière. Donc là je l'ai commandé aujourd'hui, il arrivera jeudi et du coup, on fait tout ça sur une journée.

Moi : Donc les soignants testent entre eux le matériel ?

Ergo : L'idée c'est que tout le monde passe avec le drap de glisse et avec tous les types de pathologie. Le but c'est qu'ils comprennent quand on est paraplégique, qu'est-ce qu'il se passe au niveau des jambes vraiment ? Où est-ce qu'on peut installer le drap de glisse ? L'idée c'est vraiment d'utiliser les capacités d'un patient et après de ne pas se faire mal non plus. On leur apprend à travailler les mains dans le dos.

Moi : D'accord il y a aussi une dynamique d'ergonomie.

Ergo : Ah oui, c'est d'évaluer ce qu'un patient peut faire pour aussi se protéger et de ne pas tout faire à la place des gens, leur dire oui ça prend 5 minutes de plus mais vous vous êtes économisés sur peut-être un ou deux arrêts de travail plus tard.

Moi : Ça rejoint un peu la dynamique des coussins de soins ?

Ergo : C'est pour ça qu'on intègre cette partie-là à la formation.

Moi : Ça aussi, ça rentre dans la formation, le coussin triangulaire et la sangle ?

Ergo : Oui, on le présente à ce moment-là. Et ceux qui donnent la formation, c'est toujours un ergothérapeute et un aide-soignant, le binôme ce n'est jamais deux ergo ou deux AS c'est toujours un AS et un ergo.

Moi : Et c'est dans un but précis, qu'il y a ces deux professionnels ?

Ergo : Parce qu'on trouve que c'est un binôme qui fonctionne bien. Je pense que l'aide-soignante connaît parfaitement le patient au niveau de ses capacités et que nous, on est capable aussi de l'évaluer, on travaille pas mal l'ergonomie avec eux.

Moi : D'accord, et une fois que tu as donné cette formation, après est-ce qu'il y a des retours derrière ?

Ergo : On a une petite fiche avant qu'ils partent de ...

Moi : Satisfaction ?

Ergo : Oui, après il y a des infirmiers ou des aides-soignants qui nous demandent pour faire une tournée avec eux, pour voir, comme il y a des patients auxquels ils ne pensent pas. C'est plutôt pour ce type de retour, qu'on nous appelle parce que chez untel il n'y a pas de drap de glisse et que chez untel non plus et que ce serait bien d'en mettre un, ou est-ce que tu peux venir voir, parce que le verticalisateur..., au final je me rends compte qu'il sait se servir de ses jambes.

Moi : Donc il y a quand même un suivi.

Ergo : Après, s'ils n'ont pas le temps de le faire, ils sont plutôt : « est-ce que tu peux passer évaluer », parce que ils ne savent pas trop ou qu'ils se disent : « je vais appeler l'ergo, elle viendra évaluer ».

Moi : D'accord, bon on approche de la fin, est-ce que tu penses que l'ergothérapeute peut agir sur d'autres facteurs de risque que l'immobilité du patient, tous les points de pression ?

Ergo : Moi je suis me suis arrêtée à ça. Mais quand je vais dans un EHPAD, je demande forcément s'ils mangent, s'ils mangent bien ou pas bien. Ce n'est pas de mon domaine, mais en tout cas si j'ai une information à transmettre à une diète, j'aurai au moins eu l'info. Après on balaye, enfin c'est le fait d'être en HAD, je ne vais pas agir dessus mais en tout cas je transmettrai l'information à mes collègues.

Moi : Tu fais le lien avec d'autres professionnels, d'accord. Et par exemple, est-ce que tu penses que, c'est un exemple hein, est-ce que tu penses que si le patient jusque-là, il n'arrivait pas à s'alimenter tout seul, mais que maintenant on lui mettait une aide technique au repas et qu'il y arrive de nouveau tout seul, est-ce que tu penses qu'il s'alimenterait mieux et que du coup ça jouera sur tout ce qui est facteur de dénutrition ?

Ergo : Ah bah oui.

Moi : Donc du coup, est-ce que tu penses que, je ne veux pas influencer ton avis mais, est-ce que tu penses que l'ergo pourrait agir indirectement sur la dénutrition qui provoque des escarres ?

Ergo : Je ne sais pas si tu as entendu parler du manger main ou manger bouche, enfin je ne sais plus comment on dit, ou le finger food en anglais. C'est un concept que l'on m'a présenté à l'école d'Ergo, et que j'ai vu une ou deux fois peut-être, mais c'est hyper dur à mettre en place mais c'est juste sensationnel à l'EHPAD. En fait, ils ont arrêté de mettre des couverts, parce qu'on sait que ceux qui ont Alzheimer, en général ils ont une apraxie, enfin c'est compliqué, et le cuisinier faisait des choses qui pouvaient se manger à la main.

Moi : D'accord

Ergo : Des choses hyper colorées, enfin sauf forcément s'il y a des troubles de la déglutition, ces gens-là n'y avaient pas forcément le droit. Mais pour éviter un gavage des aides-soignantes, parce que les aides-soignants n'ont pas eu le temps, c'était de leur faire des trucs hyper colorés, un peu comme des enfants, et de laisser les gens manger à la main.

Moi : D'accord et ça se fait en France ?

Ergo : Oui c'était je crois sur Clermont-Ferrand, j'avais entendu ça à l'époque. Après ce n'est pas facile pour les familles d'accepter que les parents mangent à la main, enfin c'est un gros travail avec les cuisiniers.

Moi : D'accord, c'est dur à mettre en place ?

Ergo : Oui c'est dur, mais je pense que l'enjeu en vaut la chandelle.

Moi : D'accord bah je ne connaissais pas.

Ergo : Ouais moi j'avais été assez bluffée, après ça s'évalue niveau diète, orthophonie pour qui peut le faire parce que tout le monde ne peut pas le faire, mais s'ils peuvent le faire ce n'est pas plus mal.

Moi : Alors, de mon côté j'ai posé toutes les questions que je voulais. Est-ce que toi tu as des choses à ajouter ?

Ergo : Non, enfin j'aimerais bien voir à la fin ce que toi, tu en as conclu.

Moi : D'accord, donc je te ferai un retour.

Ergo : Oui tu peux.

Moi : Ok, bah voilà, merci beaucoup en tout cas pour ta participation.

Ergo : Bonne continuation.

Moi : Merci.

Résumé :

Introduction : Les escarres sont une pathologie encore trop fréquentes, notamment en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Or, les escarres peuvent être évitées dans la majorité des cas grâce à des mesures de prévention. Cette prévention concerne tous les professionnels de la structure, et tout particulièrement les ergothérapeutes qui vont pouvoir mettre en place du matériel de prévention adapté aux besoins du résident. L'objectif de cette étude est d'analyser la collaboration entre l'ergothérapeute et les équipes soignantes autour de la prévention des escarres et plus précisément autour de la mise en place du matériel de prévention.

Méthode : Pour réaliser cette enquête, un questionnaire adressé aux équipes soignantes a été diffusé au sein de plusieurs EHPAD. Des entretiens ont également été menés auprès d'ergothérapeutes intervenant en EHPAD.

Résultats : A la suite de cette étude, on a pu observer que dans la majorité des cas, la présence d'un ergothérapeute au sein de l'établissement diminue la fréquence des escarres de stade élevé. Les soignants ayant reçu une formation au matériel de prévention utilisent également plus d'aides techniques.

Conclusion : La collaboration entre l'ergothérapeute et les équipes soignantes est essentielle à la prévention. Celle-ci s'effectue dans les deux sens. Les actions de formation menées par les ergothérapeutes permettent également d'enrichir le nombre d'aides techniques utilisées par les soignants.

Mots-clés : Ergothérapie - Escarres - Prévention - Gériatrie - Pluridisciplinarité

Abstract :

Introduction: Pressure ulcers are a very common pathology, especially in homes for elderly dependent people. However, pressure ulcers can be avoided in the majority of cases thanks to some preventive measures. These preventive measures concern all the professionals of this type of structure, and in particular the occupational therapists. Indeed, they will be able to put some prevention materials adapted to the needs of the patients. The aim of this study is to analyze the collaboration between the occupational therapist and the medical team for the prevention of the pressure ulcers and more specifically through the prevention materials.

Method: For this study, a survey was distributed to the medical team of several homes for elderly dependent people. Interviews were also conducted with some occupational therapists who work in these establishments.

Results: With this study, we could observe that the presence of an occupational therapist decreases the frequency of the pressure ulcers. Moreover the caregivers who receive a formation about the prevention materials seem to use more prevention materials.

Conclusion: The collaboration between the occupational therapists and the medical team is essential for the prevention. The collaboration works in both directions. The formations given by the occupational therapists increase the number of the prevention material used by the caregivers.

Keywords : Occupational Therapy - Pressure Ulcer - Prevention - Geriatrics - Multidisciplinary