



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

52 Rue Vitruve, 75020 Paris

La prévention de l'apparition d'escarres à l'hôpital en ergothérapie

La performance occupationnelle auprès des personnes aux
fonctions motrices partiellement altérées

Mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre de la validation U.E 6.5

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Associé au projet de recherche « Transfert clinique d'innovations technologiques et numériques pour
l'identification et la prévention des risques d'escarre »

Sous la direction de Monsieur **ROHAN Pierre-Yves**

MOREAU Annaëlle

Session Juin 2024

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

Avant de débiter ce mémoire d'initiation à la recherche, je tenais à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à sa réalisation.

Mon maître de mémoire, ROHAN Pierre-Yves, 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.

Le médecin gériatre et ostéopathe ABOU KARAM Maher pour son investissement, ses conseils et ses encouragements durant l'écriture de ce mémoire.

Les formateurs de l'IFE de l'ADERE, et particulièrement ma référente pédagogique THIEBAUT Sarah, pour leur expérience, leur accompagnement et leur bienveillance pendant ces trois années.

Ma famille et mes amis, pour leur présence précieuse et le temps consacré à la relecture de ce travail.

La prévention de l'apparition d'escarres à l'hôpital en ergothérapie

La performance occupationnelle auprès des personnes aux fonctions motrices partiellement altérées

Introduction : Les escarres représentent une problématique de santé publique surtout au sein des hôpitaux. Des mesures de prévention permettent d'éviter leur apparition. En ergothérapie cela inclut surtout le positionnement des patients, leur éducation thérapeutique et la formation des soignants. L'objectif de cette étude est d'évaluer le rôle de la performance occupationnelle en ergothérapie dans la prévention des escarres, chez les personnes hospitalisées ayant des fonctions motrices partiellement altérées.

Méthode : La création d'un guide d'entretien a permis d'interroger durant la période Avril-Mai 2024 trois ergothérapeutes travaillant à l'hôpital. Les entretiens ont été transcrits puis analysés par un système de codage permettant de définir les thèmes et sous thèmes de pratiques préventives à l'hôpital.

Résultats : Les termes : « mouvement, mobilité, activité, position, bouger » ressortent le plus du discours des ergothérapeutes interrogés par cette enquête. Ces interventions impactent l'un des facteurs de risque intrinsèque majeur du développement d'escarre qui est la motricité.

Conclusion : Améliorer la motricité en stimulant les habiletés motrices des patients surtout lors des soins personnels fait partie intégrante de la performance occupationnelle en ergothérapie. Pratiquée à la fois par les ergothérapeutes mais aussi par l'ensemble des soignants. Favoriser la performance occupationnelle des patients hospitalisés ayant des fonctions motrices altérées pourrait être un moyen de prévention des escarres.

Mots-clés : Ergothérapie - Escarre – Habiletés motrices - Performance occupationnelle – Prévention

Introduction : Pressure ulcers represent a significant public health concern, particularly in hospitals. Implementing effective preventive measures can help to prevent their occurrence. In occupational therapy, prevention includes patient positioning, therapeutic education, and caregiver training. The objective of this study was to assess the role of occupational performance in hospitalized patients with partially impaired motor functions in the prevention of pressure ulcers.

Method : Three occupational therapists were interviewed during the period April-May 2024, using an interview guide. The interviews were transcribed and analyzed using a coding system to define the themes and subthemes of preventive practices in the hospital.

Results : The terms "movement," "mobility," "activity," "position," and "motion" were the most frequent in the discourse of the occupational therapists interviewed for this survey. These interventions have an impact on one of the major intrinsic risk factors for pressure ulcer development, namely motor skills.

Conclusion : Improving motor function by stimulating patients' motor skills, especially during basic care, is an essential part of occupational performance in occupational therapy. Practised by both occupational therapists and all caregivers, promoting the occupational performance of hospitalized patients with impaired motor functions could be a means of preventing pressure ulcers.

Keywords : Occupational therapy - Pressure ulcer - Motor skills - Occupational performance - Prevention

Sommaire

Introduction personnelle	1
Introduction scientifique	2
I. Les escarres	5
1.1. Définition d'une escarre	5
1.2. Epidémiologie	7
1.3. Etiologie.....	7
1.4. Les facteurs de risques	8
II. Les personnes aux fonctions motrices partiellement altérées	9
III. La prévention	11
3.1. Définition de la prévention.....	11
3.2. Prévention et ergothérapie.....	11
3.3. La prévention des escarres	11
3.3.1. Evaluation et identification du risque	11
3.3.2. Positionnement.....	12
3.3.3. Matériels de prévention : supports et cartographie de pression	13
3.3.4. Education des patients.....	14
3.3.5. Formation des soignants	14
IV. L'occupation un moyen central dans la prévention d'escarres	15
4.1. Le MOH : Modèle de l'Occupation Humaine.....	15
4.1.1. Les capacités de performances : composante de l'Être dans le MOH	16
4.1.2. Les fonctions motrices : composantes objectives des capacités de performance.....	16
4.1.3. La performance occupationnelle et les habiletés motrices : composantes de l'Agir.....	16
4.2. L'occupation, principe fondamental de l'ergothérapie	18
4.3. La privation occupationnelle en milieu hospitalier	20
4.4. La performance occupationnelle, un moyen de prévenir les escarres en agissant sur les habiletés motrices.....	21
4.5. Modification de l'environnement par et pour la performance occupationnelle	22
4.6. La place de la performance occupationnelle dans l'accompagnement en ergothérapie aujourd'hui.....	22
V. Méthodologie d'enquête	24
5.1. Choix de l'outil utilisé : entretien semi-directif.....	24
5.2. Choix de la population interrogée.....	24
5.3. Construction d'un outil d'enquête	25
5.4. Caractéristiques et modalités de passation.....	25

5.5.	Modalités d'analyse des données recueillies	26
VI.	Résultats et analyse de l'enquête	26
6.1.	La population interrogée	27
6.2.	Présentation clinique et évaluation	28
6.2.1.	Profil du patient et facteurs de risque d'escarres.....	28
6.2.2.	Localisation des escarres	30
6.2.3.	Impact des escarres sur la qualité de vie du patient.....	30
6.2.4.	Evaluer et examiner	31
6.3.	Prévention et traitement.....	33
6.3.1.	Positionnement et points d'appuis	33
6.3.2.	Matériels de prévention.....	34
6.3.3.	Le mouvement.....	35
6.3.4.	Stratégies utilisées auprès du patient	36
6.3.5.	Autres professionnels intervenants dans la prévention d'escarres	37
6.4.	Rôle du patient dans la prise en soin.....	39
6.4.1.	Activités de la vie quotidienne.....	39
6.4.2.	Participation et influence du patient sur la prise en soin	40
6.5.	Défis du traitement.....	41
6.5.1.	Communication entre soignants	41
6.5.2.	Lacunes du système hospitalier.....	42
VII.	Discussions des résultats.....	44
7.1.	Confrontation entre les informations du cadre conceptuel avec les données récoltées grâce aux entretiens semi-directifs.	44
7.2.	Biais et limites de l'étude	46
Conclusion	47
Bibliographie	48
Annexes	53

Introduction personnelle

L'ADERE a été contactée par l'ENSAM (Ecole Nationale Supérieure d'Arts et Métiers) afin d'offrir l'opportunité à un étudiant en ergothérapie de contribuer à un projet d'enquête sur la prévention des escarres. Ce projet s'intitule : « PREVAIL : Etude des Propriétés morphologiques, mécaniques et Vasculaires des tissus mous dans des populations A risque dans le cadre de la prévention des ulcères de pression (escarres) ».

Ce projet m'a particulièrement intéressé en raison notamment du contexte qui m'était proposé. En effet, la possibilité que mes recherches, dans le cadre de mon mémoire, puissent contribuer à l'avancée d'un projet de recherche était pour moi une source de motivation. De plus cela me permettrait d'en apprendre plus sur la prévention des escarres, non seulement en effectuant des recherches documentaires mais également en dialoguant avec des professionnels.

Par ailleurs, la prévention cutané-trophique est une problématique médicale majeure à l'hôpital, en institution et à domicile. Cette dernière a été abordée en étude d'ergothérapie et j'ai pu notamment l'expérimenter en stage, ce qui en fait un sujet d'autant plus intéressant dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche.

Introduction scientifique

Environ 10% des patients font l'objet de préjudices liés aux soins de santé. Ces préjudices peuvent être dus à différents événements indésirables courants qui auraient pu être évités. En 2012 un rapport de l'assurance maladie a estimé que plus de 150 000 patients étaient concernés par des plaies chroniques (Rames et al. 2014). Parmi eux, nous retrouvons les escarres (OMS, 2023). Elles ont un impact de par leur sévérité que ce soit d'un point de vue financier mais également en matière de qualité de vie. La prévention des escarres s'est révélée être un domaine de recherche important pour les individus concernés, leurs proches, les ergothérapeutes, les chercheurs en science de l'occupation, ainsi que les professionnels de la santé (Morel-Bracq, 2017). L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES, 2001) rapporte que 17 % à 50 % des patients entrant dans les services de soins prolongés présentent des escarres. Une augmentation du nombre de personnes touchées a été rapportée. Nous retrouvons de multiples profils de patients touchés par les escarres comme les blessés médullaires, les personnes alitées ou, plus généralement, les personnes à mobilité réduite. La raison principale serait le vieillissement de la population (Mervis & Phillips, 2023). Selon l'ANAES (2001), plus de 80 000 personnes de plus de 65 ans vivant à domicile auraient des escarres. Sur 1664 patients à l'hôpital, 3,3% des patients ont développé leurs escarres au sein de l'hôpital (Masson, 2024). Il est important de préciser que l'escarre dégrade la qualité de vie du patient. Par exemple, en entravant les projets de rééducation, retardant alors un retour à domicile. A cela s'ajoute une souffrance physique empêchant la mobilisation, ce qui retarde la cicatrisation. Une souffrance psychique est également présente chez le patient ainsi que chez sa famille.

La prévention fait partie des priorités et est nécessaire dans l'accompagnement thérapeutique des patients à risque d'escarres (ANAES, 2001). « Dans ce domaine, comme dans bien d'autres, la prévention est préférable à la guérison » (Hynaux & Trouvé, 2009).

Un profil de patient à risque d'escarre n'est pas proprement défini dans la littérature. Cependant, plusieurs facteurs de risques sont recensés comme favorisant l'apparition d'escarres. L'un d'entre eux est la motricité (Brown et al., 2013). Dans ce mémoire nous nous focaliserons sur les personnes adultes aux fonctions motrices partiellement altérées, n'ayant pas de troubles cognitifs. Elles sont nombreuses en hospitalisation complète.

Malgré une avancée des connaissances en matière de lésions cutanées, une croissance des techniques de prévention et l'utilisation de nouvelles technologies, les escarres restent une problématique centrale. Malgré la publication par l'European Pressure Ulcer Advisory Panel, la

National Pressure Injury Advisory Panel et le Pan Pacific Pressure Injury Alliance (EPUAP, NPUAP, PPIA, 2019) d'un guide de recommandation de bonnes pratiques cliniques concernant les escarres, les professionnels de la santé qui font face quotidiennement à cette pathologie complexe ont du mal à trouver des informations et des conseils pour améliorer la prise en soin personnalisée des patients. En clinique, les problématiques principales sont l'existence de facteurs de risque multiples et du manque de compréhension concernant leurs interactions mutuelles (Bader & Worsley, 2018 ; Brown et al., 2013).

Il existe un consensus dans la littérature sur le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention des escarres et, en particulier, sur les capacités de l'ergothérapeute à évaluer et intervenir sur le positionnement des patients au lit et au fauteuil. Une approche professionnelle centrée sur l'occupation est essentielle, mais sa concrétisation dans nos pratiques soulève encore des interrogations, que ce soit en ce qui concerne les outils d'évaluation ou les méthodes d'intervention à la disposition des ergothérapeutes (Luthringer-Kauffmann, 2023). Les activités de vie quotidienne des patients sont-elles prises en compte lors de la prévention des escarres en milieu hospitalier ? Agissent-elles sur les facteurs de risque d'escarre comme la motricité ? L'occupation serait-elle un moyen de prévention non négligeable dans la prévention d'escarres ? L'ensemble de ces questionnements ont abouti à une question de recherche et une hypothèse :

Question de recherche :

- **En quoi favoriser la performance occupationnelle, en ergothérapie, chez les personnes hospitalisées ayant des fonctions motrices partiellement altérées permet de prévenir l'apparition d'escarres ?**

Hypothèse :

- **La stimulation des habiletés motrices dans la performance occupationnelle auprès des personnes hospitalisées ayant des fonctions motrices partiellement altérées, permet de prévenir le développement d'escarres en agissant sur les facteurs de risques.**

Pour tester cette hypothèse, la méthodologie retenue dans ce mémoire consiste à réaliser des entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes travaillant en milieu hospitalier auprès de personnes adultes aux fonctions motrices partiellement altérées. Le manuscrit est organisé selon le plan suivant : la première partie abordera le cadre conceptuel et, notamment, les escarres, les personnes aux fonctions motrices altérées, la prévention en milieu hospitalier notamment l'intervention de l'ergothérapeute et la place de l'occupation comme moyen central dans la prévention d'escarres. Dans un deuxième temps le cadre expérimentale qui en a découlé sera présenté. La méthodologie ainsi que l'analyse et l'interprétation des résultats de l'enquête seront présentées dans le cadre expérimental. Enfin, une conclusion reprendra les grandes idées de ce travail d'initiation à la recherche.

I. Les escarres

1.1. Définition d'une escarre

L'escarre est une catégorie de lésions tissulaires liées à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. Une escarre est décrite comme une "lésion localisée de la peau et/ou du tissu sous-jacent, généralement sur une proéminence osseuse, à la suite d'une pression ou d'une pression combinée à un cisaillement " (EPUAP et al., 2019).

La peau et les tissus sous-cutanés sont divisés en plusieurs couches (voir fig. 1). De l'extérieur vers l'intérieur, les tissus sont organisés de la manière suivante : **L'épiderme**, couche superficielle de la peau, composée de kératinocytes formant une barrière protectrice. Le **derme**, une couche conjonctive sous-jacente, riche en fibroblastes, vascularisée et innervée. **L'hypoderme**, tissu conjonctif lâche contenant des adipocytes, servant de réserve énergétique et d'isolant. Le **muscle**, constitué de myocytes contractiles entourés de divers tissus conjonctifs, assurant mouvement et posture. Le **fascia**, membrane conjonctive fibro-élastique, enveloppant et supportant diverses structures anatomiques. Lorsque le corps est soumis à un contact physique trop agressif et/ou trop long, ces différents tissus (épiderme, derme, hypoderme et tissu musculaire) peuvent se détériorer et se déchirer entraînant, une plaie douloureuse qu'on appelle « escarre » (Bader & Worsley, 2018).

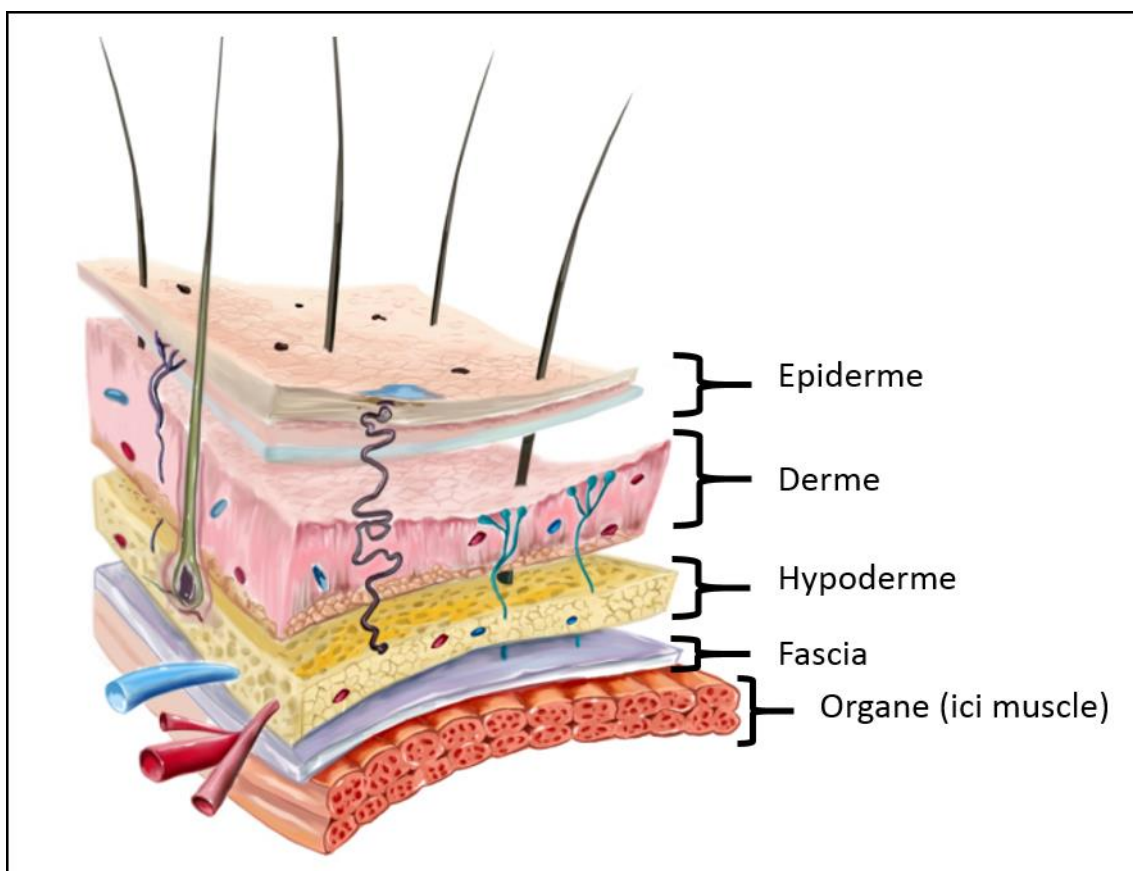


fig. 1 : Illustration modifiée de la représentation des différentes couches de tissus biologiques (Le Figaro Santé, 2024)

Plusieurs types de classification des stades d'escarres existent. Nous retrouvons notamment celle de SHEA (Society for Healthcare Epidemiology of America) créée en 1975 et reprise par la NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) et EPUAP, étant la plus fréquemment utilisée (ANAES, 2001 ; Black et al., 2016).

La classification de la NPUAP et EPUAP met en avant 4 catégories en fonction de l'aspect physique de l'escarre (voir fig. 2) (ANAES, 2001 ; Black et al., 2016) :

- Catégorie 1 : escarre qui se caractérise par des zones de rougeur cutanée qui ne disparaissent pas lorsqu'on exerce une légère pression
- Catégorie 2 : escarre qui engendre une lésion cutanée
- Catégorie 3 ou 4 : escarre entraînant une atteinte des tissus profonds, qui commence par la perte de la graisse, puis du muscle et enfin de l'os (Brown et al., 2013).

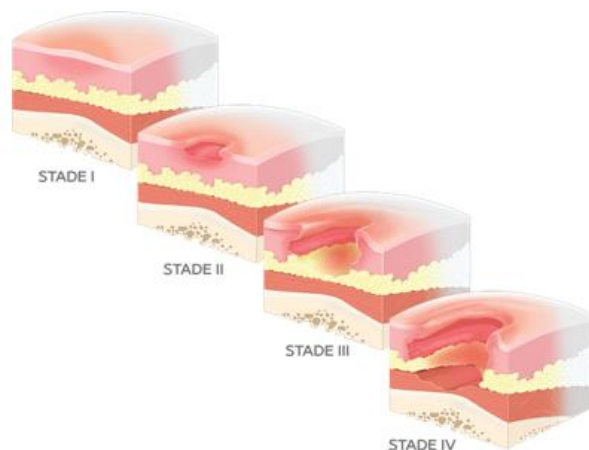


fig. 2 : Illustration des différents stades de l'escarre (Coloplast Professional, 2024)

Nous pouvons identifier trois types d'escarres (ANAES, 2001) :

- L'escarre « accidentelle » : survenant en raison d'une perturbation temporaire de la mobilité et/ou de la conscience.
- L'escarre « neurologique » : résultant d'une pathologie chronique affectant les fonctions motrices et/ou sensorielles, avec une localisation prédominante au niveau sacré ou trochantérien. Dans ce cas, une intervention chirurgicale est fréquemment recommandée en fonction de la surface, de la profondeur, de l'âge du patient et des pathologies associées.

Le risque de récurrence est élevé. Ainsi, une stratégie préventive et éducative s'avère essentielle.

- L'escarre "plurifactorielle" : concerne les individus confinés au lit et/ou au fauteuil, présentant une polymorbidité, que ce soit en réanimation, en gériatrie ou en soins palliatifs. Cette catégorie est caractérisée principalement par des facteurs intrinsèques. Les localisations des escarres peuvent être multiples, le pronostic vital peut être engagé, mais une intervention chirurgicale est rare, le traitement étant principalement médical.

Il a été observé que la motricité est affectée dans toutes les catégories exposées ci-dessus. La nature, le stade d'une escarre ainsi que son développement sont une problématique mondiale majeure de santé publique.

1.2. Epidémiologie

En 2019, les escarres ont causé 24400 décès dans le monde. Dans les services hospitaliers français, un taux de prévalence de l'escarre de l'ordre de 7.8 % pour les femmes et de 8.6 % pour les hommes a été estimé en 2014, dans une étude portant sur 776 services (Allaert et al., 2018).

C'est une plaie coûteuse en soins et en ressources, consommant en moyenne, au moins 20 pansements complexes sur 2 mois consécutifs (Rames et al. 2014). Malgré la difficulté à estimer le coût global de la prise en soin d'une escarre, certaines études estiment un coût global de 3,35 milliards d'euros en France (Hynaux & Trouvé, 2009).

Les individus qui sont immobiles ou alités sont beaucoup plus impactés par le risque d'escarres car ils sont exposés à des charges mécaniques de manière constante. Un traumatisme peut survenir si la peau est exposée minimum 10 secondes à une charge mécanique. Ce qui peut engendrer dans le temps une escarre (Bader & Worsley, 2018).

L'impact du risque d'apparition d'escarre sur la population s'explique par l'exposition de certaines personnes à des facteurs de risques.

1.3. Etiologie

Sur la base des expériences réalisées sur modèle animal et en laboratoire sur des cellules (Baajins et al., 2008 ; Bader et al., 2008 ; Peirce et al., 2000) plusieurs hypothèses ont été formulées sur les mécanismes responsables des escarres. Comme illustré sur la figure 3 ci-dessous, la compression externe due à la pression sur la peau cause une ischémie, privant les cellules d'oxygène, entraînant leur mort par apoptose. L'ischémie seule ne suffit pas à expliquer les lésions rapides observées cliniquement. La reperfusion, qui rétablit le flux sanguin, peut aggraver les lésions en générant des

espèces réactives de l'oxygène et une réponse inflammatoire. La circulation lymphatique, perturbée par la pression, contribue aussi à l'inflammation. Les déformations directes des cellules provoquent des lésions quand les seuils critiques sont dépassés. Ces mécanismes combinés, influencés par les déformations, expliquent le développement des escarres, bien que leur contribution relative reste à déterminer.

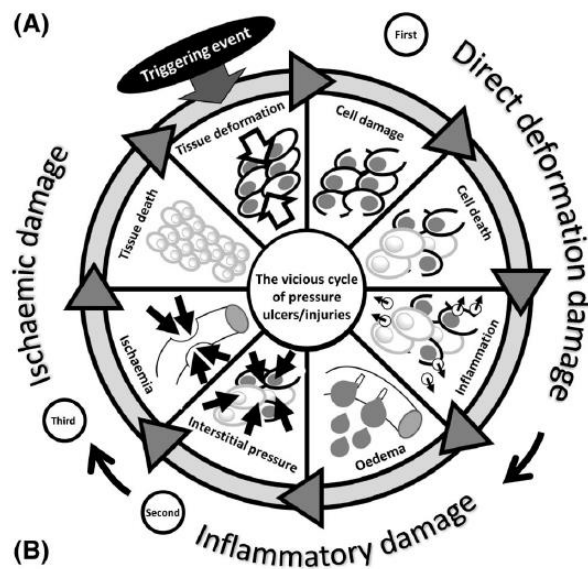


Fig. 3 : Illustration du cycle histologique d'endommagement (Brienza, 2021).

1.4. Les facteurs de risques

De nombreux facteurs, dits facteurs de risques, peuvent aggraver les mécanismes de développement de l'escarre décrits dans le paragraphe précédent.

Tout d'abord, il est essentiel de définir ce qu'est un facteur de risque : c'est une « variable présentant une association statistique significative avec un résultat clinique. » (Brown et al., 2013).

Parmi les facteurs de risques explicatifs, nous retrouvons une nomenclature qui est majoritairement retrouvée dans les écrits scientifiques. Il s'agit du classement des facteurs extrinsèques appelés aussi mécaniques et des facteurs intrinsèques appelés aussi cliniques (Hynaux & Trouvé, 2009).

Les facteurs extrinsèques proviennent d'une cause extérieure soit environnementale alors que les facteurs intrinsèques correspondent à une cause provenant directement de la personne (ANAES, 2001).

Une multitude de facteurs de risques sont rapportés dans les écrits scientifiques qui ont été rédigés.

Une revue systématique de référence réalisée en 2013 (Brown et al., 2013) avait identifié trois principaux facteurs de causalité directs : **la réduction de la motricité**, suivie de la pression exercée sur la surface cutanée ainsi que la perfusion de la peau. Cette revue de littérature soulignait également que le risque d'escarre ne peut être attribué à un facteur unique, mais découle plutôt d'une interaction complexe de divers éléments qui accroissent la probabilité de développer une escarre. Malgré une compréhension des mécanismes individuels de chaque facteur de risque, l'interaction entre ces derniers reste encore inconnue (Bader & Worsley, 2018 ; EPUAP et al., 2019).

Beaucoup de ces facteurs de risques touchent les personnes ayant des troubles moteurs qui sont davantage sujettes à l'apparition d'escarre. Comme expliqué précédemment il s'agit d'individus étant davantage sujets à l'apparition d'escarres.

II. Les personnes aux fonctions motrices partiellement altérées

Les limitations motrices créent des conditions de handicap qui remettent en question l'indépendance. Les normes et les attentes associées à un corps fonctionnel sont remises en cause. Les fonctions motrices altérées donnent lieu à des situations de handicap. Dans notre société, le corps tient un rôle majeur. Il est le siège de l'identité. Chez les personnes aux fonctions motrices altérées, l'intégrité physique est mise à mal. Le corps n'est pas ou plus en capacité de remplir un rôle demandé et échappe à tout contrôle. Le contact et le rapport du corps à l'environnement se font différemment d'une personne valide. Cette dernière utilisera son corps comme médiateur alors que chez l'individu en situation de handicap le corps est ressenti comme un obstacle. Limité dans sa capacité d'agir directement sur son corps ou sur son environnement, la personne en situation de handicap doit recourir à des moyens de compensation. Ces moyens sont retrouvés à travers diverses aides, qu'elles soient humaines ou techniques, pour accomplir les occupations de la personne : faire sa toilette, s'habiller, assurer la continence, faire ses transferts, se déplacer, s'alimenter (Beyrie, 2013).

L'altération des fonctions motrices peut toucher les enfants comme les adultes et les personnes âgées. Selon Bénédicte Mordier (2013) une personne sur dix âgées de 40 à 65 ans affirme avoir des difficultés importantes dues à une limitation de ses fonctions motrices. L'altération des fonctions motrices peut être dû à des troubles de l'équilibre, une altération de la force musculaire ou encore une gêne articulaire importante (Mordier, 2013). Ce mémoire inclut volontairement des personnes présentant des **fonctions motrices altérées d'origines diverses**, afin d'éviter une étude morcelée

s'enfermant dans les spécificités réductrices d'une pathologie bien précise. Les altérations peuvent être localisées au niveau du bas et du haut du corps, empêchant ou limitant ainsi certaines habiletés motrices (difficultés pour marcher, se baisser, s'agenouiller, porter une charge, lever le bras, prendre un objet...) (Mordier, 2013). La déficience motrice peut donc être innée ou acquise, évolutive ou stabilisée, d'origine traumatique, congénitale ou liée à une pathologie neuromusculaire à un stade avancé. Les personnes y sont confrontées depuis des durées variables (Beyrie, 2013). La limitation de la motricité est un facteur de risque non négligeable dans le développement d'escarres. Les personnes aux fonctions motrices altérées sont donc sujettes à les développer.

Ce mémoire prend en considération deux aspects principaux de la population étudiée. D'abord, le degré d'atteinte des fonctions motrices, suivi de l'absence de troubles cognitifs.

Les personnes aux incapacités motrices graves ne seront pas étudiées dans ce mémoire. En effet, au vu de la problématique spécifique de prévention des escarres abordée dans ce travail d'initiation à la recherche, la notion de **performance occupationnelle** incluant des habiletés motrices ne peut être abordée que si les personnes en situation de handicap présentent des fonctions motrices résiduelles. Or, les fonctions motrices gravement altérées englobent les individus dont le corps est totalement dépourvu de mouvements moteurs (Beyrie, 2013).

La motricité sera étudiée dans le cadre de patients n'ayant pas de problèmes cognitifs. En effet, avant d'arriver à l'exécution de différentes actions, le patient doit tout d'abord « penser » le mouvement afin de comprendre les consignes données. Par la suite, de nombreuses informations sensorielles au cours et à la fin du processus moteur vont permettre au patient de corriger certaines erreurs. La mémorisation dans le temps est également un paramètre sollicité tout au long du procédé. Il est alors essentiel que les patients aient de bonnes capacités cognitives (Albaret et al., 2016).

Pour éviter l'apparition d'escarres chez les personnes à mobilité réduite des moyens de prévention sont mis en place par l'équipe soignante de l'hôpital.

III. La prévention

3.1. Définition de la prévention

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées :

- La prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque) ;
- La prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages) ;
- Et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

Il est important de souligner que l'éducation thérapeutique du patient est aussi une intervention préventive (Clarke, 1974).

3.2. Prévention et ergothérapie

Les interventions préventives sont une partie intégrante du rôle des ergothérapeutes chez différentes populations et pathologies notamment dans la prévention des escarres (Fields et al., 2023 ; Giesbrecht, 2006 ; Lecours & Therriault, 2018 ; Ryan, 2006). Par définition, « l'ergothérapie est une profession de santé centrée sur le client et soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. L'objectif principal de l'ergothérapie est de permettre aux gens de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à s'engager dans les occupations qu'ils veulent, doivent ou sont censés faire, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel » (WFOT, 2023).

Afin de concevoir un projet thérapeutique personnalisé, l'ergothérapeute va faire passer à chaque patient des évaluations individuelles. Elles permettront par la suite de rédiger des objectifs de soin adaptés aux besoins de chaque patient. Plusieurs paramètres sont à prendre en compte : le patient, son ou ses projet(s) de vie, ses souhaits et ceux de son entourage, son environnement social et physique, ses occupations et ses possibilités de traitement (ANAES, 2001; Hynaux & Trouvé, 2009).

3.3. La prévention des escarres

3.3.1. Evaluation et identification du risque

La prévention d'escarres est devenue une véritable problématique de santé au cours des années. Actuellement, dans les établissements de soin, une observation et évaluation régulière de la peau associée à des jugements cliniques sont utilisés pour élaborer un plan de prévention individualisé. L'utilisation d'échelles qualitatives d'évaluation de risque permet de donner une valeur de risque de survenue d'escarre. Il en existe plusieurs qui ont été validées tel que l'échelle de Braden, de Norton, de Waterlow ou encore des échelles nationales (échelle du CHU d'Angers, échelle des Peupliers de

Gonesse). Celles qui sont le plus souvent utilisées sont les échelles de Braden et de Norton (ANAES, 2001). Cependant, le niveau qualitatif de ces outils reste subjectif. Les échelles de risque sont souvent utilisées en binôme par le médecin et les infirmiers. Cependant, leur passation peut être faite par d'autres professionnels de santé tel que l'ergothérapeute (Hynaux & Trouvé, 2009). Nous retrouvons parmi l'évaluation des risques le manque d'évaluation de la motricité identifié comme l'un des facteurs principaux de développement d'escarre (Chaboyer et al., 2021). Des évaluations ciblées comme la MCPAA (Mesure Posturale du Contrôle Assis chez l'Adulte) peuvent être utilisées pour avoir un éventail de données complet (Hynaux & Trouvé, 2009).

3.3.2. Positionnement

L'évaluation et l'identification de risque permet la mise en place d'actions de prévention adaptées au profil du patient. Une des actions de prévention auxquelles contribue l'ergothérapeute est l'installation de la personne au lit ou au fauteuil surtout si le patient présente une atteinte sévère de ses fonctions physiques et cognitives. L'objectif principal du positionnement est la réduction de l'intensité locale de la pression et la redistribution de celle-ci en diminuant le temps d'appui ainsi que la limitation des mouvements de friction et des causes de cisaillement (Chaboyer et al., 2021 ; Hynaux & Trouvé, 2009). Le positionnement peut être fait également dans une optique de mobilité et de confort (Barrière & Eblé, 2020).

En fonction de la position de la personne au lit, les zones osseuses présentant le plus de risque de développer une escarre seront différentes. En décubitus dorsal, les zones les plus à risque (en regard des proéminences osseuses) seront le sacrum et les talons alors qu'en décubitus latéral le grand trochanter. D'autre part, la position semi-assise favorise les glissements (Hynaux & Trouvé, 2009). La position appelée « semi-fowler » est une intervention préventive très commune permettant de répartir les points d'appui grâce à des angles d'inclinaison optimaux évitant les phénomènes de glissement notamment l'inclinaison des jambes qui vise à distribuer les pressions sur l'ensemble de la jambe plutôt que de les concentrer uniquement sur les talons. Il faut se rappeler que le choix du positionnement doit permettre une protection cutanée mais également favoriser l'autonomie et l'indépendance (Barrière & Eblé, 2020 ; Hynaux & Trouvé, 2009).

La position assise va engendrer plus de participation de la part du patient au quotidien. Le patient va effectuer plus de mouvements afin de participer aux occupations comme les soins personnels. Cependant des escarres au niveau des ischions peuvent apparaître en cas d'effet hamac au niveau de l'assise du fauteuil, si l'alignement des fémurs n'est pas correct par rapport au plan de l'assise ou en cas d'asymétrie de la position assise. Des escarres au niveau des avants bras peuvent apparaître si ces derniers sont utilisés comme appui par le patient pour contrer l'effet de glissement. Le fauteuil

doit épouser le plus possible la morphologie du patient pour le confort et afin d'éviter les lésions cutanées (Hynaux & Trouvé, 2009).

Les connaissances de l'ergothérapeute par rapport aux supports et aux aides techniques permettent l'élaboration d'un plan d'intervention adéquat aux capacités du patient notamment concernant le positionnement.

3.3.3. Matériels de prévention : supports et cartographie de pression

Il est important de spécifier que l'ensemble des supports et matériels utilisés servent uniquement de soutien aux décisions de l'ergothérapeute et ne peuvent suppléer son avis. Le plus important pour l'ergothérapeute est d'alterner les points d'appuis tout en prenant en compte les contre-indications et les besoins du patient. L'utilisation de supports adaptés et non obsolètes sont essentiels et sont proposés dans le cadre de prévention d'escarres mais encore après son apparition dans le but de limiter la dégradation tissulaire (Hynaux & Trouvé, 2009).

Un matériau utilisé pour créer des supports notamment les matelas et les coussins est la mousse viscoélastique. Grâce à sa capacité de mémoire de forme elle permet de mieux répartir le poids du corps.

On distingue plusieurs types de matelas : les matelas à air « statique » ou à « air non motorisé », les matelas dynamiques à compression alternée qui se gonflent/dégonflent sur des cycles de cinq à quinze minutes grâce à un compresseur et les matelas « dynamiques à pression constante » ou « air actif » combinant les deux précédents. Le but de ces matelas est la répartition de pression sur la surface du corps du patient sans avoir à déplacer le patient qui dans certains cas peut être douloureux ou même impossible à effectuer (Hérisson et al., 1989 ; Hynaux & Trouvé, 2009).

Il est important de spécifier que les lits médicalisés contiennent des systèmes de réglage adoptant les principes biomécaniques. Pour éviter tous points d'appuis et répartir la pression, il est important que les supports utilisés dans le cadre de la prévention soient modulables au corps de la personne. Il existe de nombreux types de coussins de positionnement pour répondre aux besoins individuels de chaque patient. Leur sélection et leur installation reposent sur le jugement de l'ergothérapeute. L'ergothérapeute doit trouver du matériel polyvalent pour des raisons économiques (Izard, 2007) et également pour faciliter l'apprentissage de l'installation du matériel chez les autres professionnels de santé (Hynaux & Trouvé, 2009).

D'autre part la cartographie de pression est un outil de surveillance de l'interface de la peau. En effet, la pression est le paramètre le plus important dans le développement d'escarres. Le risque d'escarre sera augmenté si la répartition de la charge est non uniforme ou localisée au niveau de la zone de la peau touchée (Brown et al., 2013). La cartographie de pression permet une mesure sur une période prolongée, un retour visuel et des indicateurs sur l'exposition prolongée de certains

sites cutanés à la pression. L'absence d'algorithme pour comparer les résultats collectés est une limitation de cet outil cependant c'est la seule technologie de surveillance actuellement utilisée en clinique. Les autres technologies permettant de mesurer d'autres paramètres de surface (le cisaillement, le microclimat...) sont en cours de développement (Bader & Worsley, 2018).

3.3.4. Education des patients

La discussion avec le patient concernant le traitement et la prévention doit faire partie intégrante de la prise en charge des patients à risque d'escarres. Il est important de considérer le niveau d'éducation, l'état cognitif, psychologique ainsi que les limites cliniques et physiques pour déterminer l'éducation approprié à fournir au patient. L'éducation peut être aussi transmise à la personne responsable des soins du patient à domicile. Le contenu de l'éducation doit couvrir entre autres les causes et le mécanisme d'installation d'une escarre, le rôle de la nutrition et des habitudes alimentaires, le rôle de l'hygiène et la continence, les soins et l'évaluation régulière de la peau, la pratique d'exercices adaptés au patient, l'utilisation des supports approprié et le bien-être du patient (EPUAP, 2019).

3.3.5. Formation des soignants

La connaissance est un élément primordial pour une bonne prise en charge. En effet des programmes d'éducation des soignants peuvent contribuer à la réduction de l'incidence des escarres. La question à se poser est le niveau de connaissance des soignants d'un établissement ou une structure concernant la prévention des escarres. La première étape est donc l'évaluation du niveau d'éducation des soignants pour faciliter la mise en place d'un programme de formations adaptées aux besoins du personnel. Il est important que le programme soit varié à la fois dans le contenu et la forme (EPUAP, 2019). C'est tout l'objet de du travail de recherche proposé dans le cadre de ce mémoire.

IV. L'occupation un moyen central dans la prévention d'escarres

4.1. Le MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

Le choix d'un modèle conceptuel dans le but de guider les recherches effectuées dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche semblait indispensable. Bien que l'approche globale ne soit pas réservée exclusivement aux ergothérapeutes, l'utilisation de modèles conceptuels, qui prennent en compte la personne dans sa globalité, ses capacités, ses activités et son environnement, se révèle être une caractéristique précieuse dans l'évaluation des parcours de santé ou de vie, représentant un avantage significatif (Saragoni, 2020). De plus, le choix d'un modèle conceptuel permet d'approfondir les connaissances sur les concepts fondamentaux l'entourant (Izard, 2013).

Le sujet de ce mémoire étant centré sur l'impact de l'occupation dans la prévention des escarres chez les personnes à mobilité réduite, le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) paraissait être le modèle conceptuel le plus adapté. En effet, l'hypothèse fondamentale du MOH met en avant le fait que les caractéristiques d'une personne sont maintenues ou modifiées en fonction de son engagement dans des occupations (Taylor, 2017). Il permet d'évaluer non seulement la performance occupationnelle de la personne, c'est-à-dire les tâches qu'elle réalise effectivement dans son environnement de vie, mais aussi les habiletés dont elle dispose pour les mener. De plus, dans le cadre de cette étude, le MOH permettra d'explorer l'environnement de vie actuel du patient, spécifiquement dans un contexte d'hospitalisation complète (voir fig. 4) (Lachenal-Mokhtari et al., 2020).

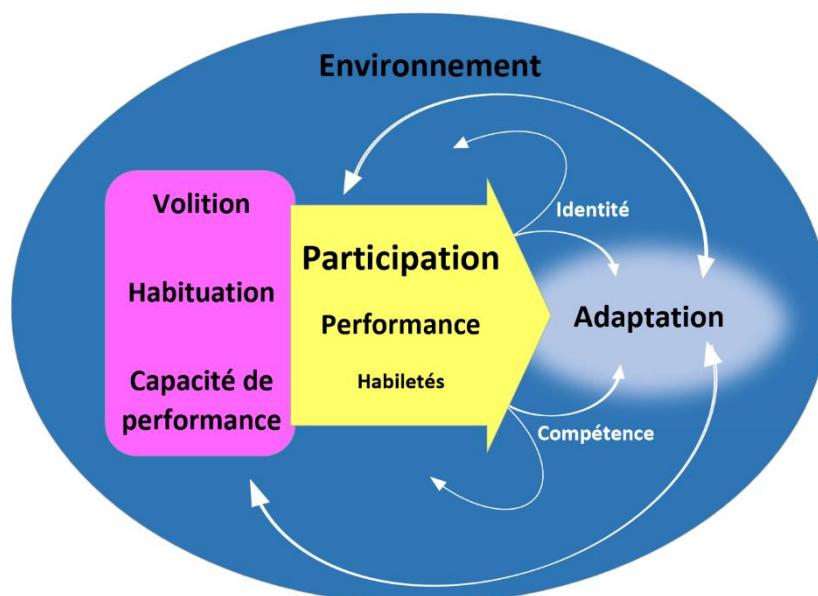


fig. 4 : Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Française). Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bonyer par G. Mignet et A. Doussin (2024). Diffusé par le centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, 2024).

Ce modèle permettra alors de mettre en avant le lien entre l'occupation et les capacités motrices de la personne. De plus, tous les composants du modèle peuvent être évalués car ils sont soit observables soit verbalisables par la personne elle-même, par son entourage ou par l'ergothérapeute (Lachenal-Mokhtari et al., 2020).

4.1.1. Les capacités de performances : composante de l'Être dans le MOH

Si nous prenons comme référence le MOH, 3 termes principaux définissent les composantes de la personne (l'Être) :

- la volition : les valeurs de la personne, ses centres d'intérêts et sa causalité personnelle (le sentiment de compétence de la personne dans une occupation) ;
- l'habitation : les rôles (statut social et personnel), les habitudes : la manière de réaliser ses occupations ;
- les capacités de performance : correspondent aux aptitudes potentielles pour agir, à ce que le corps est capable de faire. Elles sont composées d'éléments objectifs et subjectifs (Taylor, 2017) ;

4.1.2. Les fonctions motrices : composantes objectives des capacités de performance

Les capacités de performance font références aux aptitudes potentielles de notre corps. Elles renvoient aux capacités et aux interactions entre les différents systèmes du corps humain. Les capacités de performance sont composées d'éléments objectifs (motricité...) et subjectifs (fatigue, douleurs, raideurs...) (Taylor, 2017). Le terme de fonctions motrices a été retenu pour désigner les composantes objectives, relatives à la motricité, des capacités de performance. Nous avons pu constater que la motricité fait partie des facteurs de risques principaux au développement d'escarre. La motricité correspond à l'ampleur et à la fréquence des mouvements. La motricité est un terme assez large qui prend notamment en compte le mouvement du corps humain sans but précis, de manière purement analytique (Brown et al., 2013). Le terme de « fonction motrice » n'est pas employé dans le MOH. Cependant Taylor (2017) invite les ergothérapeutes à se renseigner et utiliser des termes provenant d'autres nomenclatures afin de spécifier la physiologie du patient, qui n'est pas la catégorie la plus détaillée dans le MOH. Ce dernier n'évalue pas directement les éléments de la capacité de performance mais leurs répercussions lors des occupations.

4.1.3. La performance occupationnelle et les habiletés motrices : composantes de l'Agir

La personne nommée l'Être dans le MOH, entre en interaction avec son environnement, provoquant des actions. Ces interactions sont nommées Agir. On y retrouve 3 composantes principales qui sont :

- la **participation occupationnelle** : l'engagement de la personne dans une occupation qui est ou pas signifiante pour elle ;
- la **performance occupationnelle** : correspond à la réalisation de tâches en lien avec une occupation ;
- les **habiletés** : les plus petites actions effectuées lors d'une tâche dans le cadre d'une occupation (exemples : se stabilise, atteint, déplace, soulève...) (Taylor, 2017) ;

Ces 3 composantes peuvent être perçues comme un entonnoir. Les habiletés vont permettre d'effectuer un ensemble d'actions, conduisant à la réalisation d'un ensemble de tâches, qui vont permettre la réalisation d'une occupation (Taylor, 2017). Par exemple, « faire sa toilette » (participation occupationnelle), peut donner lieu à la tâche « se laver les aisselles » (performance occupationnelle), qui va engendrer une série d'actions comme « parler, prendre, séquencer, manipuler... » (habiletés) (voir fig. 5).

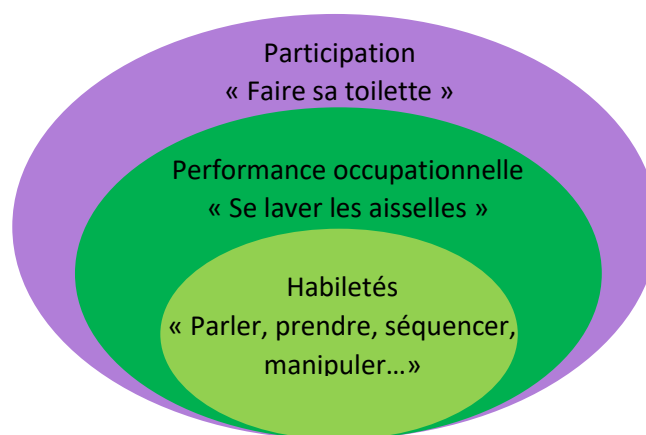


fig. 5 : Schéma représentant les différentes composantes de l'Agir dans le cadre de la réalisation de l'occupation « Toilette » inspiré des travaux de Taylor (2017)

Il existe trois types d'habiletés :

- Les habiletés motrices ;
- Les habiletés procédurales ;
- Les habiletés d'interaction ou de communication (Lachenal-Mokhtari et al., 2020) ;

Selon Kielhofner (2008) et Taylor (2017), les habiletés motrices sont : « les actions observées lorsque la personne interagit avec les objets de la tâche, les déplace et se déplace elle-même dans l'environnement de la tâche. » Les habiletés sont liées aux composantes de l'Être. Plus particulièrement, les habiletés motrices sont liées aux fonctions motrices (Morel-Bracq, 2009). Ces

dernières faisant partie des capacités de performance objectives, elles vont impactées les habiletés motrices (Taylor, 2017).

Le MOH est un modèle conceptuel qui est accompagné de nombreux outils d'évaluation. Parmi eux il y avait le AMPS qui permettait d'évaluer par observation les habiletés motrices et opératoires. Cependant, cet outil n'est actuellement plus disponible à l'achat. Par ailleurs, une grille d'évaluation des habiletés motrices et procédurales basée sur le modèle conceptuel du MTO (Modèle Transactionnel de l'Occupation) est disponible dans l'ouvrage de Anne Fisher et Abbey Marterella (2019).

Nous avons pu constater précédemment que les fonctions motrices font parties des facteurs de risque principaux dans l'apparition d'escarre (Chaboyer et al., 2021). De plus, lorsqu'une escarre apparaît celle-ci limite les capacités motrices ce qui entraîne un cercle vicieux qui peut aggraver le stade de l'escarre et entraîner une dégradation de l'état de santé du patient. Afin de prévenir l'apparition d'escarre, il semble alors primordial d'axer les actions de prévention sur les facteurs de risques. Dans le cadre de ce mémoire l'intervention préventive se fera sur les fonctions motrices partiellement altérées. De plus, elles seraient par le même titre, plus à même de prévenir l'apparition d'escarre chez les patients (Brown et al., 2013). Pour travailler sur les fonctions motrices, la stimulation des habiletés motrices est primordiale. Afin de les stimuler rien de plus naturel que d'utiliser l'outil principal de l'ergothérapeute qui est l'occupation.

4.2.L'occupation, principe fondamental de l'ergothérapie

Selon la World Federation of Occupational Therapists (WFOT, 2023) : « L'ergothérapie a une contribution précieuse à apporter à l'engagement occupationnel car elle affecte la santé et le bien-être des personnes. ». Certaines disciplines comme la science de l'occupation, qui est apparu il y a environ 30 ans en Australie et aux Etats-Unis, est fondée sur des concepts centraux de la profession d'ergothérapeute et tend à mettre en avant le lien entre l'occupation et la santé (Morel-Bracq, 2017). Les occupations se situent au centre de l'intervention thérapeutique de l'ergothérapeute, à la fois comme moyen thérapeutique mais également comme but à accomplir pour le patient (Meyer, 2020). Selon Meyer (2020) : « La centration sur l'occupation consiste à comprendre les patients comme des êtres occupationnels, à s'intéresser à leurs difficultés occupationnelles dans leur vie de tous les jours et à concevoir le pouvoir de l'occupation comme agent de changement. Cette centration conduit à déployer des interventions qui habilent les patients à reprendre, modifier ou créer des occupations et qui leur donnent des moyens de contrôler leurs performances, leur engagement, leur participation ou leurs environnements. »

Comme vu précédemment, de nombreux écrits en ergothérapie mettent en avant l'importance du rôle de l'ergothérapeute, notamment en matière de prévention au développement d'escarres. En tant que spécialiste du positionnement, il prodigue des conseils sur le choix du matériel et sur la manière de s'installer au lit et dans le fauteuil. Les ergothérapeutes ont un rôle primordial en prenant part à un accompagnement pluridisciplinaire (Hynaux & Trouvé, 2009). De par leurs connaissances en biomécanique et en aides techniques, mais également leur approche holistique centrée sur la personne, les ergothérapeutes prennent en compte de multiples facteurs influençant le quotidien des personnes. Ils considèrent, en complément des projets, capacités et limites physiologiques de la personne, des éléments tels que l'environnement et les occupations dans leur approche thérapeutique, laquelle intègre également des mesures préventives. Les valeurs, les objectifs et les habitudes de vie sont également essentiels à prendre en compte lors de l'élaboration d'un projet d'intervention. Cependant, en matière de prévention d'escarres, très peu d'écrits ont cette approche holistique. Beaucoup se basent uniquement sur les dimensions physiques du patient. Or, le plan préventif ne sera pas le même en fonction des capacités et du quotidien du patient. L'ergothérapeute cherche le développement des capacités de la personne à travers l'occupation (Meyer, 2020). L'une de ses fonctions est de faciliter la réalisation des occupations du quotidien (Morel-Bracq, 2017).

En centrant son accompagnement sur l'occupation, l'ergothérapeute considère les patients comme des êtres occupationnels. Il va alors utiliser les occupations quotidiennes comme agent de changement. Les sphères occupationnelles qui sont utilisées font parties des soins personnels et de la productivité, qui sont priorisés aux loisirs lors d'une hospitalisation (Meyer, 2020). Les occupations vont être utilisées dans l'optique de rendre le patient acteur de sa prise en soin, en respectant ses souhaits et non les habitudes des soignants (Purcell et al., 2019 cité par Meyer, 2020). Par exemple, la toilette ne sera plus faite selon la routine des soignants mais selon celle du patient (Meyer, 2020). La répétition des occupations soutient un processus de changement. Ces occupations peuvent être inhabituelles ou abordées de manière inhabituelle (Meyer, 2020). Les occupations proposées par l'ergothérapeute pourront contribuer à la vie future du patient.

Cependant, elles seront créées dans le cadre de l'accompagnement thérapeutique et pourront être utilisées par le patient, à posteriori (Meyer, 2020). Le fait de mobiliser les performances du patient sur des occupations en rapport avec le quotidien actuel et passé a plus de sens pour ce dernier car il les comprend (Purcell et al., 2019 cité par Meyer, 2020). La performance occupationnelle va permettre de travailler sur des problèmes de santé déjà existants mais également de prévenir certains d'entre eux. Particulièrement en ce qui concerne la problématique du développement d'escarres, qui est une problématique majeure rencontrée par le patient et les soignants l'accompagnant. La

prévention des escarres va pouvoir se faire grâce aux occupations (Morel-Bracq, 2017). Notamment en utilisant la performance occupationnelle à travers les habiletés pour renforcer des fonctions motrices altérées chez le patient (Meyer, 2020).

4.3. La privation occupationnelle en milieu hospitalier

Selon les chiffres de l'aide à l'autonomie publiés par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) en 2019, 1 adulte sur 7 serait concerné par une ou plusieurs limitations fonctionnelles, ce qui représente 4,3 millions de personnes en France (Saragoni, 2020). Devant cette évolution, l'un des défis pour notre système de santé consiste à assurer que tous les individus en situation de handicap bénéficient de soins et d'accompagnements continus et cohérents (Bloch et al., 2011 cité par Saragoni, 2020).

Afin de tendre vers un équilibre occupationnel au quotidien, une stabilité entre les rôles occupationnels et les capacités de la personne est nécessaire. Or, lorsqu'un accident, un traumatisme ou une pathologie survient, cet équilibre est rompu. Les capacités motrices de la personne se retrouvent impactées. Une personne qui se fait hospitaliser va voir son quotidien changer durant un laps de temps. Durant son séjour, les rôles occupationnels et statuts sociaux, accompagnés de certains privilèges et responsabilités, que tient habituellement la personne vont être mis en pause ou modifié. Ce changement est parfois définitif pour la personne après son retour à domicile (Meyer, 2020).

Ces modifications sont engendrées par une privation occupationnelle. Selon Meyer (2020) : « Les occupations sont ce que les gens font et la manière dont ils le font, rarement ou habituellement. Elles sont individuelles, partagées, interdépendantes ou collectives. Elles occupent du temps et changent au fil du temps. Elles existent dans l'environnement physique, social et culturel, et organisent la vie et contribuent à la société. » L'environnement est la principale cause de la privation occupationnelle. La performance occupationnelle dans les lieux que fréquente habituellement la personne est facilitatrice car les occupations sont disponibles. Cependant l'environnement hospitalier est réservé aux traitements et aux soins et non à l'occupation. Les espaces communs sont manquants et les soignants mettent en place des routines dans lesquelles ils prennent la main sur des occupations touchant directement le patient. Ce dernier n'est alors pas acteur de sa prise en soin et au début de l'hospitalisation complète il ressent souvent un sentiment d'impuissance, ce qui peut l'amener à adopter une posture passive dans sa prise en soin (Bacqué & Hanus, 2020). Parmi la sphère occupationnelle, les loisirs sont les occupations les moins présentes dans les milieux de soins. Le peu de loisirs proposés, comme regarder la télévision, sont passifs et n'engagent pas les fonctions motrices. L'indépendance et l'autonomie du patient sont alors restreintes limitant la performance occupationnelle.

Les limitations des occupations à l'hôpital notamment en hospitalisation complète sont également basées sur des éléments contextuels comme les règles institutionnelles, les contraintes de gestion et des raisons administratives. Un modèle professionnel prédominant d'origine biomédical, des injonctions demandant des résultats immédiats et une restriction des interventions sont d'autant d'éléments empêchant aux ergothérapeutes de valoriser l'approche occupationnelle en milieu hospitalier (Meyer, 2020 ; Saragoni, 2020).

Nous constatons que les éléments empêchant une approche centrée sur l'occupation proviennent principalement du cadre environnemental.

4.4.La performance occupationnelle, un moyen de prévenir les escarres en agissant sur les habiletés motrices

Nous avons pu constater précédemment que les patients hospitalisés souffrent de privation occupationnelle (Saragoni, 2020 ; Meyer, 2020). Le peu d'occupations proposées sont passives. Les soignants mettent en place des routines ne favorisant pas la participation du patient (Meyer, 2020). De plus, les patients à risque d'escarres sont exposés à plusieurs facteurs de risque. Parmi ces facteurs nous retrouvons l'immobilité (Brown et al., 2013). Centrer la thérapie sur l'occupation peut être un moyen de prévenir l'apparition d'escarres tout en palliant la privation occupationnelle, en favorisant leur émergence et leur diversité au sein de l'hôpital (Morel-Bracq, 2017). Le patient va par la suite développer des capacités à utiliser sa performance occupationnelle en reprenant, modifiant ou créant des occupations (Meyer, 2020).

Utiliser la performance occupationnelle lors d'une intervention thérapeutique demande au patient de solliciter ses habiletés. Les habiletés dépendent notamment des capacités de performance. Or certains patients sont déficitaires en matière d'habiletés dû à leurs fonctions motrices qui sont altérées (Meyer, 2020). Cependant, les occupations assurent et renforcent le bien-être et la santé (WFOT, 2023). Le fait de solliciter des habiletés déficientes lors de performances occupationnelles permet de les renforcer ainsi que, par la même occasion, les fonctions motrices qui font défaut au patient (Meyer., 2020). En effet, les habiletés motrices sont liées à la posture, à la motricité, à la coordination, à la force et à l'effort ainsi qu'à l'énergie physique (Lachenal-Mokhtari et al., 2020). Si l'ensemble de ces paramètres sont travaillés lors de la performance occupationnelle alors elles auront un impact sur les fonctions motrices actuelles du patient (Lachenal-Mokhtari et al, 2020 ; Meyer, 2020 ; Taylor, 2017).

4.5. Modification de l'environnement par et pour la performance occupationnelle

En offrant des ressources et opportunités mais également en créant des conditions exigeantes et contraignantes, l'environnement influence la performance occupationnelle du patient dans la réalisation de ses occupations (Lachenal-Mokhtari et al., 2020).

L'environnement va être modifié de différentes manières par les habiletés à travers la performance occupationnelle du patient. Réciproquement, l'environnement va influencer la performance occupationnelle. Malgré un environnement inhabituel pour le patient, l'ergothérapeute va mobiliser les moyens à sa disposition dans les services d'ergothérapie en hôpital, pour proposer des occupations permettant la stimulation des habiletés du patient (Meyer, 2020).

L'adaptation de l'environnement est essentielle pour favoriser les occupations qui permettront de limiter le risque de développement d'escarres (Morel-Bracq, 2017). Un positionnement adapté, en adaptant l'environnement physique, lors des différentes occupations effectuées par le patient durant la journée est primordiale pour le confort mais également pour prévenir l'apparition d'escarres (Hynaux & Trouvé, 2009).

4.6. La place de la performance occupationnelle dans l'accompagnement en ergothérapie aujourd'hui

Les interventions des ergothérapeutes lors des hospitalisations conventionnelles sont de moins en moins fréquentes et étendues dans le temps. Au lieu de fournir des séances de rééducation sur une période prolongée, les ergothérapeutes interviennent davantage de manière ponctuelle, apportant une expertise clinique spécialisée lors de situations spécifiques plutôt qu'un suivi à long terme pour la rééducation (Saragoni, 2020).

Les ergothérapeutes rencontrent des obstacles contextuels et personnels lors de l'utilisation de l'occupation comme base dans le cadre d'une thérapie. Une pratique fondée sur l'occupation peut être compliquée à appliquer au quotidien. Notamment, dû aux structures de soins qui sont centrées sur le modèle médical. L'ergothérapeute doit souvent demander du soutien et faire preuve de créativité pour s'adapter (Morel-Bracq, 2017).

L'évaluation de l'efficacité des interventions demeure une préoccupation constante pour une profession soucieuse de se baser sur des données scientifiques. En ergothérapie, cette évaluation reste complexe, bien que les approches centrées sur l'occupation montrent des perspectives encourageantes. Les preuves restent cependant, moins concluantes pour les AIVQ et demeurent insuffisantes pour les thérapies basées sur les loisirs, en raison d'un nombre limité d'études disponibles (Meyer, 2020).

Dans le but de promouvoir cette pratique, plusieurs études sur le thème de la science de l'occupation ont été menées, des outils d'évaluation centrés sur l'occupation ont été développés comme la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement et de l'Occupation) (Morel-Bracq, 2017). Par ailleurs, les instituts de formation doivent s'atteler à outiller les futurs ergothérapeutes pour qu'ils puissent promouvoir l'occupation aux patients et aux autres professionnels (Morel-Bracq, 2017; Meyer, 2020). Cette démarche pourrait faciliter la reconnaissance de l'écart entre la pratique occupationnelle et le modèle biomédicale qui est prédominant dans l'univers du soin (Meyer, 2020).

Certains ergothérapeutes manquent de connaissances relatives à l'introduction de l'occupation dans leurs interventions par manque de formation. Cela empêche l'explication aux autres corps de métiers présent à l'hôpital l'importance de la stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle (Lachenal-Mokhtari et al, 2020).

De plus, un déficit d'équipement a été constaté en raison d'un manque d'intérêt et de financement. Les ergothérapeutes sont ainsi contraints d'adopter le modèle institutionnel imposé par les établissements, limitant ainsi l'expression de leur vision propre de la profession (Lachenal-Mokhtari et al, 2020).

La question de recherche formulée au départ était :

En quoi favoriser la performance occupationnelle, en ergothérapie, chez les personnes hospitalisées ayant des fonctions motrices partiellement altérées permet de prévenir l'apparition d'escarres ?

Cette question de recherche a abouti à une hypothèse :

La stimulation des habiletés motrices dans la performance occupationnelle auprès des personnes hospitalisées ayant des fonctions motrices partiellement altérées, permet de prévenir le développement d'escarres en agissant sur les facteurs de risques.

V. Méthodologie d'enquête

5.1. Choix de l'outil utilisé : entretien semi-directif

Afin de pouvoir répondre à ma question de recherche et valider ou invalider mon hypothèse une enquête a été menée. Le choix de l'outil d'enquête s'est porté sur des entretiens semi-directifs. L'entretien est intrusif, spontané et interactif (Guiliez & Tétreault, 2014). Il permettra d'approfondir les connaissances en matière de prévention d'escarres, de rechercher de nouvelles pratiques, de cibler la place de la motricité dans le développement d'escarre et de découvrir des approches différentes concernant la prévention d'escarre au travers de l'occupation. Il tient compte de l'expertise pratique, des connaissances ainsi que de l'expérience des personnes interrogées, notamment le sens que donnent les acteurs à leur pratique (Balard et al., 2016). Le cadre semi-directif de l'entretien permet de favoriser un échange libre, qualitatif sur des thèmes prédéfinis tout en ouvrant la discussion sur des thèmes auxquels l'intervieweur aurait pu ne pas penser (Guiliez & Tétreault, 2014). Par ailleurs, il permet également de guider l'entretien en le ramenant au sujet principal lorsque les réponses de l'interlocuteur risquent de s'éloigner des thèmes de l'étude (Fenneteau, 2015).

5.2. Choix de la population interrogée

Le choix de la population pour le passage d'entretiens s'est porté sur des ergothérapeutes travaillant en milieu hospitalier auprès de personnes adultes en hospitalisation complète. Pour être au plus près de la problématique de ce mémoire, un critère principal d'inclusion était que les ergothérapeutes interviewés devaient accompagner des patients aux fonctions motrices partiellement altérées : des personnes qui ne sont pas totalement immobile (exemple : une personne tétraplégique) ou chez qui le mouvement est encore possible malgré des altérations observées dans certaines fonctions motrices. Les ergothérapeutes devaient aussi avoir rencontré plusieurs patients à risque d'escarres au cours de leur parcours professionnel. Les critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion sont listés dans le tableau ci-dessous (voir tab.I).

L'entretien sera focalisé sur l'expérience et les avis des ergothérapeutes concernant l'impact de la performance occupationnelle sur la prévention d'escarres. Afin de recueillir des points de vue diversifiés, trois ergothérapeutes provenant de trois établissements différents ont été interrogés.

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeutes diplômés d'état • Ergothérapeutes travaillant en milieu hospitalier • Ergothérapeutes intervenant auprès d'une population adulte (patients ayant au minimum 18 ans) • Ergothérapeutes intervenant auprès de patients présentant des fonctions motrices partiellement altérées et à risque d'escarres • Ergothérapeutes intervenant auprès de patients en hospitalisation complète
Critères de non-inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Autres professionnels non-ergothérapeute • Ergothérapeutes ne travaillant pas en hôpital (exemple : EHPAD, maison de retraite...) • Ergothérapeutes intervenant auprès d'enfants • Ergothérapeutes n'ayant jamais accompagné des personnes aux fonctions motrices partiellement altérées et à risque d'escarres
Critères d'exclusions	<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeutes présentant des problèmes médicaux empêchant de participer à l'entretien

tab.I. : Tableau des critères d'inclusion, non-inclusion et exclusion des entretiens semi-directifs

5.3. Construction d'un outil d'enquête

Un guide d'entretien (voir Annexe I) a préalablement été rédigé afin de pouvoir structurer les entretiens. Il est constitué de questions ouvertes permettant à l'interlocuteur d'aborder les différents axes et thématiques précisés dans le cadre conceptuel, l'objectif étant de créer un fil conducteur lors des échanges avec les ergothérapeutes. Le guide permet de diviser l'entretien en trois étapes. La première est la présentation d'usage avec une explication succincte du sujet du mémoire puis un rappel des considérations éthiques est effectué (Guiliez & Tétreault, 2014). La deuxième partie s'intéresse au parcours de l'ergothérapeute. Par la suite, la troisième partie est constituée d'une série de questions qui explorent le sujet des escarres de manière large pour au fur et à mesure se rapprocher des axes thématiques spécifiques du sujet de mémoire. Cette partie s'est inspirée notamment de la grille d'évaluation des habiletés motrices présentée précédemment (Fisher & Marterella, 2019). Quelques fois des points de rappel sont faits entre les questions au cas où les termes utilisés, correspondants aux concepts du MOH, n'étaient pas bien compris par les ergothérapeutes. Le guide d'entretien se clôture par une dernière question demandant à l'ergothérapeute s'il souhaite ajouter quelque chose.

5.4. Caractéristiques et modalités de passation

Avant la rencontre un formulaire a été envoyé à chaque ergothérapeute pour recueillir leur consentement (Guiliez & Tétreault, 2014). Si une rencontre était possible, l'entretien s'effectuait sur le lieu de travail de l'ergothérapeute pour des raisons pratiques, dans une salle fermée, en l'absence d'autres personnes pouvant interférer. Dans le cas contraire l'entretien se faisait en

visioconférence sur un site sécurisé, respectant la loi RGPD (Règlement Général sur la protection des Données), comme ça a été le cas avec le troisième ergothérapeute (Bercy Infos, 2024). Durant la présentation brève du sujet de recherche il est important de préciser que la question de recherche et l'hypothèse n'ont pas été divulguées afin de ne pas influencer les réponses des ergothérapeutes. Au cours de l'entretien, le cadre semi-directif le permettant, des questions pouvaient apparaître lors de l'entretien en fonction de la tournure de l'échange. Cependant, le cadre instauré évitait aux ergothérapeutes de s'éloigner des champs de la recherche. Si l'ergothérapeute avait déjà abordé une question avant même qu'elle ne soit posée, cette dernière était tout de même formulée pour s'assurer qu'il n'avait rien à ajouter.

Le recueil, les modalités de stockage et de conservation des données ont été faits sur des supports sécurisés. Lors de la retranscription ces dernières ont été anonymisées puis seront supprimées dans les deux ans suivant la finalisation de cette étude (Guillez & Tétreault, 2014).

La recherche qui a été effectuée respecte la loi Jardé. Cette recherche n'a pas fait l'objet d'échanges quel qu'ils soient auprès d'une population de patients.

5.5.Modalités d'analyse des données recueillies

Le traitement des informations recueillies reposait sur les 3 principes d'analyse des données : neutralité, fidélité et exhaustivité. Après une retranscription complète des entretiens via un logiciel sécurisé, les thèmes principaux revenant régulièrement dans les données collectées ont été mis en avant grâce à un codage. Pour cela les entretiens ont été analysés plusieurs fois en surlignant les données importantes. Cette démarche a permis de s'imprégner du contenu des entretiens ainsi qu'éviter une interprétation biaisée et l'oubli de certaines données importantes. Par la suite, une interprétation des données surlignées ont été faites afin de comprendre le sens des propos des personnes interrogées. Une analyse par un codage spécifique des données selon les thèmes abordés lors des entretiens permettra l'organisation, la mise en relation et la comparaison des données. L'interprétation et la comparaison des réponses obtenues entre les ergothérapeutes interrogés permettront de mettre en lien les éléments des entretiens et l'hypothèse (Guillez & Tétreault, 2014).

VI. Résultats et analyse de l'enquête

Le système de codage décrit précédemment a permis la classification des données recueillies par thème et sous thème. Chaque entretien est identifié par une colonne du tableau afin de distinguer les déclarations qui y sont mentionnées (voir Annexe V). Pour des raisons d'anonymat les ergothérapeutes interrogés seront désignés par « Ergothérapeute 1 », « Ergothérapeute 2 » et « Ergothérapeute 3 ». La partie résultat a pour but de présenter les réponses des interlocuteurs selon les thèmes et sous thèmes de notre étude. Une analyse des résultats a été réalisée à la fin de chaque

thématique en se basant sur les connaissances exposées dans le cadre conceptuel. On commencera par une exposition des profils des ergothérapeutes interrogés durant cette enquête récupérés à partir des réponses à la première question du guide d'entretien.

6.1. La population interrogée

Trois entretiens semi-directifs d'une durée de trente à trente-sept minutes ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes qui ont été contactés via leur adresse mail (voir Annexes II, III et IV). Deux des ergothérapeutes interrogés (Ergothérapeute 1 et 3), un homme et une femme, m'ont été adressés par mon maître de mémoire. Ils participent à un projet de recherche nommé « PREVAIL : Etude des Propriétés morphologiques, Mécaniques et Vasculaires des tissus mous dans des populations à risque dans le cadre de la prévention des ulcères de pression (escarres) », coordonné par mon maître de mémoire. L'Ergothérapeute 3 est une ancienne tutrice de stage qui a été contactée. Les trois ergothérapeutes qui ont été interrogés travaillent dans un centre hospitalier. L'Ergothérapeute 1 travaille à mi-temps en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) oncologie et en USLD (Unité de Soins Longue Durée). Il accompagne principalement des personnes adultes et âgées souffrant de troubles moteurs et cognitifs. L'Ergothérapeute 2 travaille en SSR gériatrique. L'Ergothérapeute 3 travaille en SSR. Elle s'occupe de patients adultes blessés médullaires ou avec des troubles neurologiques évolutifs ou avec un profil post AVC (Accident Vasculaire Cérébral). Tous les ergothérapeutes interviewés ont déjà participé à l'évaluation et la prise en charge de patients à risque ou ayant présenté des escarres surtout dans le cadre du positionnement au lit et au fauteuil.

Par rapport au parcours professionnel deux des ergothérapeutes interrogés sont diplômés depuis moins de dix ans : depuis 2018 pour l'Ergothérapeute 1 et depuis 2015 pour l'Ergothérapeute 2. L'Ergothérapeute 3 est, quant à elle, diplômée depuis 1986.

Une diversité dans les parcours professionnels a pu être constatée. L'Ergothérapeute 2 a travaillé en SSIAD (service de soins infirmiers à domicile), en hôpital de jour gériatrique avant son poste actuel en SSR gériatrique où elle intervient également en USLD et UGA (Unité Gériatrique Aigue). L'Ergothérapeute 1, le plus récemment diplômé, a directement postulé pour un emploi à mi-temps à l'hôpital entre un SSR oncologie et un USLD. Quant à l'Ergothérapeute 3, qui a toujours travaillé en SSR adulte, elle possède la plus longue expérience à l'hôpital dans ce domaine. Voici un tableau récapitulatif le profil des ergothérapeutes interrogés.

	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Sexe	Masculin	Féminin	Féminin
Lieu d'exercice	SSR oncologie et USLD	SSR gériatrique, USLD et UGA	SSR adulte
Année d'obtention du diplôme	2018	2015	1986

tab.II. : Tableau récapitulant le profil des ergothérapeutes interrogés lors des entretiens

6.2. Présentation clinique et évaluation

6.2.1. Profil du patient et facteurs de risque d'escarres

Les ergothérapeutes interrogés ont eu des réponses similaires en ce qui concerne les facteurs de risques du développement d'escarres. L'absence de mobilité, la pression, la dénutrition, l'humidité des tissus et les cisaillements sont les facteurs de risques qui ressortent le plus dans les entretiens. Le positionnement ressort comme facteur de risque lorsque ce dernier n'est pas contrôlé ce qui entraîne des points d'appuis.

L'Ergothérapeute 1 et l'Ergothérapeute 2 ont mis en avant le profil du patient qui peut également être un risque notamment lorsque la santé de ce dernier se dégrade entraînant une perte de tous les progrès qui ont été acquis jusqu'ici.

L'Ergothérapeute 1 a insisté également sur la place des troubles cognitifs dans l'apparition d'escarres : « sur le plan cognitif, certains patients ne sentent pas le besoin de bouger. Du fait d'une station prolongée cela entraîne des escarres ».

L'Ergothérapeute 2 a mentionné le risque de dépendance au matelas à air que peut développer la peau du patient lorsqu'il est quotidiennement en contact avec ce type de matelas. Cette dépendance peut entraîner des escarres si le patient passe d'un matelas à air à un matelas en mousse viscoélastique. La peau va avoir tendance à s'abîmer car elle n'est plus habituée à reposer sur une surface qui se rapproche de celle d'un matelas standard : « même si le patient se mobilise bien, on parle de risque de dépendance à l'air ».

L'Ergothérapeute 3 a fait ressortir la problématique de l'hygiène de vie qui peut majorer le risque d'escarres et également empêcher sa cicatrisation : « Après, il y a le fait de fumer, qui constitue au risque d'escarre. Le fait de fumer péjore considérablement la cicatrisation ».

De plus, le tableau clinique de chaque patient est unique. Chacun d'entre eux n'ont pas les mêmes capacités ou encore ne rencontrent pas les mêmes problématiques de santé. Certains patients peuvent présenter des caractéristiques pouvant majorer le risque d'escarres.

Les capacités physiques et cognitives fluctuent entre chaque patient. Des facteurs de risque intrinsèques ressortent dans les discours de chaque ergothérapeute.

L'Ergothérapeute 1 et l'Ergothérapeute 2 mettent en avant la dénutrition chez certains patients.

Ergothérapeute 1 : « Est-ce que le patient s'alimente ? Est-ce qu'il mange des trucs assez enrichis ? Est-ce qu'on sent qu'il se dégrade, qu'il perd du poids ? Et là ça donne un terrain à facteur de risque. »

L'humidité est également un facteur de risque intrinsèque qui touche majoritairement les patients incontinents.

Ergothérapeute 2 : « ...l'humidité, le fait qu'il soit souillé longtemps, pas changé. »

Les ergothérapeutes prennent attention aux capacités physiques et cognitives du patient en face d'eux.

Parmi les capacités physiques l'absence de motricité ou encore l'inactivité ressort.

Ergothérapeute 1 : « C'est des patients qui ont des escarres qu'on ne peut pas trop mobiliser activement... Malheureusement. »

Ergothérapeute 2 : « Eh bien, l'inactivité, le patient qui ne se mobilise pas du tout... »

Ergothérapeute 3 : « ...le fait de bouger moins, ne serait-ce qu'un peu, modifie quand même les choses au niveau des appuis. »

Les capacités cognitives sont également un frein à la prévention mise en place par les professionnels de l'hôpital. Certains ont besoin de stimulation pour changer de position ou ne ressentent pas le besoin de changer de position ou encore ne sont pas en capacité de comprendre les conseils prodigués.

Ergothérapeute 1 : « Et pour les patients qui ont des risques d'escarres c'est souvent du coup ces patients qui ont des troubles cognitifs assez avancés et qui vont être beaucoup plus passifs, qui ne vont pas être en mesure de communiquer verbalement ou non verbalement, pas en mesure de se mobiliser et ou pour le coup malheureusement, ils sont un peu plus passifs. »

Les facteurs de risque et le profil du patient ne sont pas les seuls éléments à prendre en compte lors de la prévention d'escarres. D'autres aspects tels que les endroits du corps qui risquent d'être touchés par l'apparition d'une escarre n'entraînent pas les mêmes mesures de préventions déployées.

6.2.2. Localisation des escarres

Plusieurs endroits sur le corps humain sont susceptibles de voir apparaître une escarre s'ils sont exposés à des facteurs de risques. Cependant, des localisations sur le corps humain ressortent plus souvent que d'autres. Les ergothérapeutes parlent souvent d'escarres au niveau du sacrum ou encore des talons. Cependant les ergothérapeutes ne rencontrent pas le même type de difficultés en ce qui concerne le positionnement préventif.

Ergothérapeute 1 : « Quand on parle d'escarres au niveau des talons ça reste quand même quelque chose d'assez simple à posturer pour les patients. Mais escarre sacré ça implique déjà d'avoir un changement de position. »

L'Ergothérapeute 1 s'est attardé sur le coude et sur toute autre escarre qui pourrait apparaître sur des endroits du corps inhabituels. La prévention est moindre à ces endroits du corps car les escarres y sont moins fréquentes.

Ergothérapeute 1 : « Là j'ai en tête, il y avait une patiente par le passé qui avait une escarre du coude. De par en fait, des flexions articulaires qu'elle avait, elle prenait une position vicieuse. Et avait souvent le coude en appui. Et c'était une escarre qui a été très très très très dure à faire cicatriser. »

A contrario les endroits où l'apparition d'escarres est habituelle vont avoir tendance à être surveillés.

Ergothérapeute 3 : « On conseille aussi aux personnes de regarder leur sacrum ou leurs talons régulièrement. »

En dehors des endroits du corps susceptible de voir apparaître des escarres, les ressentis du patient font partis des raisons pour lesquelles la prévention est essentielle.

6.2.3. Impact des escarres sur la qualité de vie du patient

L'impact des escarres sur la qualité de vie des patients est un sujet qui ressort souvent dans les entretiens. La douleur est présente dès l'apparition de l'escarre soit au stade 1.

Ergothérapeute 1 : « ...ça impacte et la qualité de vie du patient parce que c'est forcément douloureux et ça implique des soins en plus. »

Ergothérapeute 3 : « Et les douleurs qui apparaissent, c'est inconfortable. »

Certains ergothérapeutes se spécialisent sur le sujet de la douleur comme l'Ergothérapeute 2 qui fait partie du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur).

Ergothérapeute 2 : « Et du coup j'interviens au CLUD en tant qu'ergothérapeute pour diminuer la douleur, notamment au niveau des escarres. »

Selon l'Ergothérapeute 2 les douleurs ont un impact sur la motricité du patient et sur son installation au repos. Ce dernier sera moins actif et limitera ses activités physiques en raison des douleurs qu'il éprouve.

Ergothérapeute 2 : « Du coup, la plupart du temps, les escarres, ça apporte énormément de douleur au patient, ça freine l'activité parce que le patient va refuser d'aller au fauteuil parce que c'est trop douloureux, le positionnement sur l'escarre, donc au sacrum, aux ischions, ça va apporter trop de douleur, donc le patient est dans le refus d'aller au fauteuil ou alors toute mobilité. Soit le patient, en fait, juste se mobiliser dans le fauteuil, se rehausser, enfin participer à quelque chose, ça lui fait mal, donc voilà. »

Ces propos sont appuyés par l'Ergothérapeute 3 qui affirme que la douleur liée à l'escarre demande aux patients de déployer d'avantage d'efforts : « Et les douleurs qui apparaissent, c'est inconfortable. Parce que les gens doivent faire plus d'efforts pour se relever. »

L'absence ou la diminution de la motricité est un facteur de risque d'escarre. L'absence d'activité physique de la part du patient face à la douleur engendrée par une escarre provoque un cercle vicieux qui peut entraîner l'aggravation de l'escarre ou encore l'apparition d'autres escarres.

Pour prévenir le risque d'escarres, des évaluations de la part de l'ensemble des professionnels de santé sont effectuées au cours de l'hospitalisation du patient.

6.2.4. Evaluer et examiner

Les ergothérapeutes 2 et 3 déclarent que l'hôpital a mis en place un protocole permettant la prévention d'escarres. Le risque d'escarres est censé être évalué systématiquement par des échelles de cotation. Les principales citées lors des entretiens sont les échelles de Braden et de Waterloo. Ces échelles d'évaluation peuvent être utilisées par tous professionnels soignants. Cependant, se sont souvent les infirmiers ou les aides-soignants qui s'en chargent étant le plus souvent en contact avec les patients. Le risque d'escarre doit être réévalué quotidiennement durant la durée d'hospitalisation du patient.

Ergothérapeute 2 : « Le Braden doit être réévalué à la sortie et doit être réévalué après chaque épisode aigu ou tous les mois. »

Parfois, un examen clinique général d'entrée peut être fait passé en remplacement de l'échelle de Braden ou de Waterloo. Les soignants sont particulièrement vigilants face aux patients qui se mobilisent peu selon l'Ergothérapeute 1. Par la suite, ils installent un matelas à air si le patient est à risque d'escarres.

Ergothérapeute 2 : « Le protocole sur l'hôpital, sur le groupe hospitalier, c'est matelas à air si présence d'escarre ou matelas à air si le Braden est en dessous de 12. »

La réévaluation du risque d'escarre vise à déterminer si le matelas à air peut être retiré en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient, ou si, au contraire, certains patients nécessitent la mise en place d'un matelas à air en raison de la dégradation de leur état général.

Différents professionnels vont intervenir après que le patient soit installé. L'ergothérapeute va évaluer les capacités motrices et cognitives du patient.

Ergothérapeute 2 : « ... On apprend aux soignants à évaluer la capacité du patient. Est-ce qu'il a des capacités motrices ?... Est-ce qu'il a des capacités cognitives ? ... C'est construire un soin en mettant le patient au centre et en évaluant ses capacités. »

L'Ergothérapeute 1 explique qu'il utilise des éléments du BME (Bilan Modulaire d'Ergothérapie) car ils peuvent être évalués rapidement, sur un laps de temps de 10 à 15 minutes. Cela évite de fatiguer le patient et permet également à l'ergothérapeute d'optimiser son temps. L'Ergothérapeute 1 confie utilisé uniquement les items qu'il trouve pertinent.

Les ergothérapeutes vont également évaluer les capacités du patient à travers des mises en situation d'activités de la vie quotidienne, en observant et en questionnant le patient sur les difficultés qu'il rencontre.

Ergothérapeute 1 : « Du coup les capacités motrices du patient sont évaluées sur un plan théorique, fonctionnel si le patient pourrait avoir une autonomie, une participation aux AVQ (Activités de la Vie Quotidienne). »

Ergothérapeute 1 : « Effectivement le BME je m'en suis saisi pour reprendre des parties qui m'intéressaient, avoir une vue assez claire sur le patient, ses capacités actuelles là tout de suite dans les AVQ et comment est-ce qu'on peut intervenir. »

Les ergothérapeutes vont focaliser leur observation principalement sur l'évaluation du positionnement des patients au lit et au fauteuil, en tenant compte de leur confort et de la présence éventuelle de douleurs. L'Ergothérapeute 1 observe notamment si le patient passe beaucoup de temps au lit ou au fauteuil.

Ergothérapeute 2 : « Si un patient qui a pas mal aux fesses pour moi, ça veut dire qu'il bouge spontanément, il se réinstalle sur son fauteuil, et du coup il n'y a pas de douleur, donc le risque d'escarre est moins présent. »

Ergothérapeute 1 : « ... Evaluer et éventuellement voire le patient dès son arrivée, comment il est au lit ? Comment il est au fauteuil ? »

Suite à ces évaluations des moyens de prévention vont être déployés par l'ergothérapeute.

6.3.Prévention et traitement

6.3.1. Positionnement et points d'appuis

Chaque ergothérapeute interrogé a souligné que leur principal domaine d'intervention pour prévenir les escarres était le positionnement et l'installation au fauteuil et au lit.

Le positionnement va intervenir principalement sur les points d'appuis exercés sur le corps du patient. Il a pour but de répartir la pression sur l'ensemble du corps pour éviter l'apparition d'escarres.

Plusieurs stratégies sont utilisées. Tout d'abord l'une des règles fondamentales apparaissant dans les protocoles hospitaliers est le changement de position toute les trois ou quatre heures. L'Ergothérapeute 2 nous informe que les soignants en profitent pour le faire à l'heure du repas.

Pour décharger les points d'appuis l'Ergothérapeute 1 préconise d'alterner le positionnement au fauteuil et au lit.

Les ergothérapeutes 1 et 2 insistent sur l'importance de se former aux nouveautés en matière de positionnement. L'Ergothérapeute 1 mentionne qu'il se tient régulièrement informé des avancées dans le domaine du positionnement, récemment il a suivi une formation sur ce sujet. De plus il est important de sensibiliser les autres professionnels intervenants sur le sujet et sur l'importance de l'intervention de l'ergothérapeute. En effet l'Ergothérapeute 1 constate que les soignants ont tendance à le solliciter une fois qu'une rougeur est déjà présente, signalant ainsi une escarre de stade 1, plutôt que de faire appel à lui en prévention. Pour inculquer ses connaissances aux autres soignants l'Ergothérapeute 2 évoque la réalisation de formations rapides sur le terrain auprès des soignants.

Différentes techniques de positionnement existent. Certaines d'entre elles sont mises en place après l'apparition de l'escarre. Par exemple mettre en décubitus latéral le patient qui a une escarre au sacrum. D'autres sont souvent utilisées pour prévenir le risque d'escarre comme la position semi-fowler qui revient souvent dans les discours des ergothérapeutes 2 et 3.

Ergothérapeute 2 : « ...mettre en semi-fowler, en 30 degrés de flexion de hanche et 30 degrés de flexion de genoux et dans ce cas-là pareil, on a une répartition parfaite, donc on n'appuie pas sur le sacrum mais on appuie partout... »

Ergothérapeute 3 : « On a fait des démarches récemment. Les gens, la plupart du temps, étaient en décubitus dorsale quand ils sont hospitalisés. On précommande la position de semi-fowler. Cela réduit considérablement les rougeurs au talon et au sacrum. Cela évite que les gens soient en position semi-assise, ce qui était souvent le cas. Cela évite les cisaillements. Cela évite aussi les pressions. »

Face à la suspicion d'apparition d'escarres à des endroits inhabituels les ergothérapeutes essayent de faire au mieux avec leurs connaissances notamment en essayant différentes idées de positionnement.

Ergothérapeute 1 : « Et aussi ce truc de quand on est sur des escarres qui sont pas un petit peu typique, qu'on a l'habitude de faire, faut qu'on essaye de trouver comment on fait à ce moment-là pour bien posturer. On avance à tâtons entre guillemets. On teste des trucs. On voit si ça passe ou pas. Si c'est bien suivi on essaye de suivre l'évolution de voir comment ça se passe. »

Le positionnement répond aux besoins du patient et doit se baser sur le confort du patient pour éviter au maximum les douleurs.

Ergothérapeute 3 : « Après, chaque ergothérapeute voit son patient d'une façon individuelle et prodigue les conseils nécessaires au positionnement pour éviter l'apparition d'escarres. »

Ergothérapeute 2 : « ...donc en gros voilà on a plein de solutions, plein de coussins de décharge, plein de positionnements, on fait en fonction de la douleur, du souhait du patient, de ses habitudes de vie et de ce qu'il nous dit, vraiment quand on traite l'escarre, on décharge si possible mais c'est la douleur avant tout, le confort du patient avant tout. »

Pour réaliser un positionnement dans les meilleures conditions et de manière efficace les ergothérapeutes utilisent différents matériels de positionnement.

6.3.2. Matériels de prévention

Quand il s'agit de positionner un patient les ergothérapeutes utilisent du matériel de positionnement. Le matériel qui revient le plus souvent au cours des entretiens sont les coussins de positionnement qui peuvent être utilisés au fauteuil et au lit. Il en existe de différent type permettant de positionner les patients de différentes manières. Par exemple, l'Ergothérapeute 2 a mentionné la cale de décubitus ou encore le coussin de décubitus latéral appelé plus communément le coussin en S.

Lors du positionnement les ergothérapeutes vont s'appuyer sur les capacités du patient notamment leur capacité à se mobiliser. L'Ergothérapeute 1 s'assure également que les coussins soient supportés par les patients et les utilisent pour éviter les appuis sur les ridelles du lit.

Ergothérapeute 2 : « ... le patient est en capacité de se mobiliser, là je vais lui dire que c'est à lui de venir se mettre sur le côté, je peux lui donner une cale de décubitus qui est du coup un coussin qui peut venir lui-même se caler dessus, et donc il est plus autonome. »

Le matelas à air est cité plusieurs fois également par les 3 ergothérapeutes mais ce dernier est souvent installé par d'autres soignants tels que les infirmiers.

Des aides techniques ont été citées pour faciliter l'indépendance du patient lors du changement de position. Les ergothérapeutes 1 et 2 ont mentionnés les barres d'appuis notamment les barres latérales de redressement au lit qui s'installe sous le matelas, les guidons de transfert et la potence du lit qui est utilisée pour se redresser. L'utilisation d'un drap de glisse, cité par l'Ergothérapeute 2, permet d'éviter les frottements et cisaillements. L'Ergothérapeute 3 a mentionné le choix et les réglages effectués sur les fauteuils roulant pour les patients qui en ont besoin. L'utilisation de la bascule d'assise permet également de répartir les points d'appuis. Les fauteuils roulants sont également munis de coussins de prévention d'escarres.

Pour que les préconisations soient suivies dans la durée et qu'elles soient comprises par le personnel hospitalier et les patients, les ergothérapeutes 1 et 3 mettent en place des affichages expliquant comment il faut installer le patient et comment il faut disposer les coussins préconisés ou autres matériels.

Ergothérapeute 1 : « ...un affichage en chambre soit avec une photo anonymisée du patient soit avec un dessin et des descriptions pour expliquer quel type de coussin est en place, à quoi ça sert et avoir un indicateur visuel en étant dans la chambre du patient. »

Les ergothérapeutes vont associer au positionnement et à l'utilisation d'aides techniques d'autres moyens de prévention d'escarre notamment en encourageant les patients à se mobiliser à travers leurs habiletés motrices.

6.3.3. Le mouvement

L'ensemble des ergothérapeutes questionnés encouragent leurs patients, s'ils sont en capacités de le faire, de changer régulièrement de position, de décharger les points d'appuis en faisant des push-up, en basculant les fesses de gauche à droite au fauteuil et de se mobiliser le plus possible.

Ergothérapeute 3 : « ...plus les gens seront habitués à bouger et à faire des choses, moins il y aura des escarres. »

Ergothérapeute 1 : « de se mobiliser, d'essayer de sortir du lit, d'essayer de se lever, de marcher un petit peu, d'aller faire des tours dans les couloirs. La bas c'est vraiment d'essayer d'alterner entre l'installation au lit, l'installation fauteuil, pas avoir trop de l'un ou trop de l'autre. »

Ergothérapeute 2 : « ...c'est important de se rehausser au fauteuil, que c'est important de venir se mettre debout dans la journée, et que rester assis toute la journée au fauteuil c'est pas bien... »

Si les patients sont confinés au lit, l'Ergothérapeute 1 les incite à se mobiliser le plus possible. Stimuler le patient à se mobiliser peut être fait de différentes manières. Par exemple en travaillant les transferts ou encore en apprenant l'utilisation des aides techniques préconisées.

Ergothérapeute 1 : « Et si c'est des patients qui restent confinés au lit éventuellement faire des petits mouvements, des petits exercices une fois qu'ils sont au lit pour pas garder les appuis trop prolongés ou changer de position. Essayer de garder un petit peu une activité physique même confiné au lit. »

Ergothérapeute 1 : « ...en stimulant les habiletés motrices du patient on peut venir les rendre plus acteurs du coup de leur mobilisation, de leurs soins, de leur participation aux activités. Et favoriser la performance occupationnelle. »

Pour stimuler le patient à se mobiliser les ergothérapeutes utilisent différentes stratégies.

6.3.4. Stratégies utilisées auprès du patient

La stratégie principale utilisée par les 3 ergothérapeutes est l'encouragement pour stimuler le patient à se mobiliser et à participer à différentes activités quotidiennes au sein de l'hôpital.

Ça peut être en secondant le patient lors d'une tâche qui lui implique de se mobiliser notamment lors de mises en situation selon l'Ergothérapeute 1.

Les ergothérapeutes vont également conseiller le patient en menant des séances d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) et en leur expliquant l'intérêt des conseils prodigués et du matériel préconisé.

Ergothérapeute 2 : « ...on va aussi faire de la prophylaxie, des conseils de l'ETP, l'éducation thérapeutique du patient, pour expliquer aux patients que c'est important de décharger les talons, que c'est important de changer d'appui, que c'est important de venir se mettre sur le côté la nuit, que c'est important de se rehausser au fauteuil, que c'est important de venir se mettre debout dans la journée, et que rester assis toute la journée au fauteuil c'est pas bien... »

La guidance verbale est notamment utilisée par les ergothérapeutes 1 et 2 avec les patients qui ont des troubles cognitifs.

Ergothérapeute 1 : « Ils ont besoin du coup d'un accompagnement verbal, de quelqu'un pour les motiver, pour les soutenir, pour faire la toilette et conserver les capacités qu'ils ont. »

Ergothérapeute 2 : « Et s'ils n'ont pas, au niveau cognitif, l'initiation de le faire, c'est en les stimulant verbalement de le faire régulièrement. Quand tu passes dans les chambres et que tu vois qu'ils ont glissé, de leur dire, rehaussez-vous au fauteuil, reculez dans le fauteuil pour se redresser. »

De plus, inciter le patient à se mobiliser permet d'aider le personnel soignant dans leurs tâches lorsqu'ils interviennent auprès des patients tout en les rendant acteurs de leur prise en soin.

Ergothérapeute 1 : « Spontanément il y a un truc qui correspond à la réalité du terrain. C'est que ça soulage un petit peu les soignants si les patients peuvent participer activement à leur toilette. »

L'une des stratégies est également de communiquer avec l'équipe pluriprofessionnelle pour qu'ils prennent la relève en encourageant le patient à se mobiliser et en donnant d'autres conseils spécifiques à leurs professions.

6.3.5. Autres professionnels intervenants dans la prévention d'escarres

Selon les ergothérapeutes, d'autres corps de métier du médical et paramédical ont un rôle essentiel à jouer dans la prévention d'escarre. Il s'agit d'un travail pluridisciplinaire. Les escarres doivent être prises en compte par l'ensemble des professionnels du milieu hospitalier.

Ergothérapeute 1 « ... on soigne jamais d'escarres tous seul... et que c'est important d'avoir cette pluridisciplinarité, cette collaboration entre les différents corps médicaux, paramédicaux. »

Plusieurs professionnels ont été cités. Parmi eux on retrouve majoritairement les infirmiers et les aides-soignantes qui interviennent quotidiennement auprès des patients lors de leur hospitalisation. Leur rôle est essentiel pour qu'il y est un suivi des préconisations mises en place dans le cadre de la prévention d'escarres. Etant constamment en contact avec les patients elles vont souvent être les personnes qui donneront l'alerte en cas de suspicion d'escarres.

Ergothérapeute 1 : « ...qui se font aussi en lien avec les équipes soignantes, infirmières et aides-soignantes qui sont au plus près des patients pour détecter, révéler les besoins.

...réinvesti même peut-être de façon un petit peu inconsciente mais fait quand même par les équipes aides-soignantes, infirmières de par les soins de la vie de tous les jours... Et investi par les équipes soignantes dans les actes de la vie de tous les jours. »

Ergothérapeute 2 : « ...on intervient immédiatement avec les infirmières, aides-soignants et l'équipe et l'infirmière plaie pour faire du positionnement. »

Ergothérapeute 3 : « Il y a un groupement pour la prévention des escarres au niveau de l'établissement. Après, il y a un ergothérapeute, un infirmier, des aides-soignants. Tout le monde est compliqué dans le risque d'escarre. »

La plupart du temps les infirmiers vont à l'entrée et régulièrement au cours du séjour du patient à l'hôpital évaluer le risque d'escarres grâce à l'échelle de Braden, de Waterloo ou de Norton.

Ergothérapeute 1 : « ...il y a des échelles qui sont remplies à l'arrivée... c'est l'échelle de Norton qui est... qui est vérifiée à l'entrée du patient. »

Ergothérapeute 2 : « Alors, un protocole, normalement, chaque patient qui arrive doit être évalué au niveau du Braden... Le Braden doit être réévalué à la sortie et doit être réévalué après chaque épisode aigu ou tous les mois. En gros, il doit être réévalué régulièrement, donc tous les mois, et puis à chaque épisode aigu. »

Ergothérapeute 3 : « Nous, on a une grosse structure. Il y a des choses qui sont mises en place pour les services infirmiers ou pour les autres services. Il y a une grille d'évaluation du risque d'escarre qui est faite de façon systématique. Nous, on utilise Waterloo compte tenu de la multiplicité des pathologies prises en charge. »

En dehors de la prévention d'escarre, les infirmiers vont avoir un rôle majeur dans les soins apportés aux patients lorsqu'il a une escarre et dans les dispositions à prendre face à la douleur de ce dernier.

Ergothérapeute 2 : « Après, quand ils sont au stade de nécrose, le patient, toute mobilisation fait qu'il a extrêmement mal, mais du coup, on travaille quand même avec l'équipe d'accompagnement de la douleur et l'infirmière plaie pour trouver à la fois un positionnement, dans le cas, c'est plus l'ergo, et à la fois un traitement médical pour soulager la douleur. »

Le médecin joue également un rôle crucial, notamment lorsqu'il observe des patients à mobilité réduite qui demeurent souvent dans la même position pendant de longues heures. À ce moment, il soupçonnera un risque d'escarre, prescrira une intervention de l'ergothérapeute pour positionner le patient, et informera l'équipe pluridisciplinaire.

Ergothérapeute 1 : « Voilà souvent c'est les soignants, aides-soignantes, infirmières, constatent des rougeurs. Les médecins aussi vont faire une prescription sur une demande orale pour que j'intervienne. »

D'autres professionnels de la rééducation interviennent pour réduire le risque d'escarres notamment en faisant se mobiliser le patient.

Ergothérapeute 2 : « Après, les kinés, pareil, tous les professionnels qui gravitent autour de la rééducation, donc kinés, enseignants APA (Activité Physique Adaptée), psychomotrices, eux, ils vont travailler pour que le patient récupère des capacités pour les transferts, pour les déplacements. »

Cependant, certains freins relatifs au système hospitalier peut empirer le risque d'apparition d'escarres plutôt que les prévenir.

6.4. Rôle du patient dans la prise en soin

6.4.1. Activités de la vie quotidienne

Pour stimuler la mobilité chez le patient plusieurs moyens sont déployés. L'occupation est un de ces moyens. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés affirment prioriser la stimulation des capacités motrices du patient à travers l'occupation.

Pour mener à bien cette stimulation ils vont s'appuyer sur les activités de la vie quotidienne particulièrement les soins personnels qui sont les plus accessibles au sein d'une structure hospitalière. L'Ergothérapeute 1 dit intervenir principalement sur les déplacements, le passage aux WC, la toilette, l'habillage et la prise des repas. Principalement lorsqu'un retour à domicile approche, l'Ergothérapeute 1 peut travailler avec certains patients à travers les activités instrumentales de la vie quotidienne.

L'Ergothérapeute 2 dit aider le patient à compenser les capacités motrices qui lui font défaut. Le patient n'a donc pas à effectuer l'occupation entièrement de manière indépendante. Il lui suffit d'effectuer une des tâches appartenant à l'occupation pour mobiliser ses habiletés motrices. La performance occupationnelle est alors utilisée au sein de l'hôpital.

Ergothérapeute 1 : « ...en stimulant les habiletés motrices du patient on peut venir les rendre plus acteurs du coup de leur mobilisation, de leurs soins, de leur participation aux activités. Et favoriser la performance occupationnelle. »

Ergothérapeute 3 : « Les habiletés on va les utiliser en cuisine pour aller chercher un objet dans le placard, une casserole par exemple. »

Selon l'Ergothérapeute 3 il est essentiel de se saisir de toutes les opportunités occupationnelles offertes durant la journée du patient pour stimuler sa mobilité. Par exemple lorsqu'il faut aider le patient à aller jusqu'à la salle commune pour prendre son repas ou alors lors de transferts.

Ergothérapeute 3 : « ... demander aux gens d'être actifs aussi, de bouger, d'être actifs, de réaliser leurs tâches du quotidien. Le fait de réaliser les tâches du quotidien, ça fait bouger. Parce que faire la cuisine, ça fait bouger et ça permet de relâcher les appuis, d'avoir des appuis différents. »

L'Ergothérapeute 3 affirme que le but en utilisant les AVQ comme moyen est que le patient puisse s'imprégner des conseils donnés pour les appliquer dans sa vie quotidienne s'il retourne à domicile.

Par ailleurs, il est essentiel, selon l'Ergothérapeute 2 de prendre en compte les habitudes de vie des patients pour adapter l'intervention thérapeutique.

6.4.2. Participation et influence du patient sur la prise en soin

Le patient est mis au centre de la prise en soin des ergothérapeutes. La parole, les envies, les besoins et les plaintes de ce dernier sont pris en compte pour adapter l'accompagnement et notamment les stratégies et les moyens de préventions mis en place en cas de risque d'escarres.

Ergothérapeute 2 : « on doit aussi faire en fonction des habitudes de vie du patient, c'est-à-dire qu'il y a un patient, si je lui dis on va dormir sur le côté, non, je ne peux pas dormir sur le côté, vous ne pouvez pas dormir sur le côté, dans ce cas-là, s'il a une escarre sacré et une escarre talon, il ne veut pas être sur le côté, en fait on réfléchit ensemble qu'est-ce qu'on peut faire »

Certains patients peuvent être réfractaires aux conseils prodigués.

Ergothérapeute 3 : « Il y a des fois, ça marche pas. Parce que le patient ne respecte pas. Le patient n'a pas forcément compris non plus. Récemment, on a eu un patient qui a été opéré d'un bras. C'est un patient qui bougeait régulièrement. Là, il a été opéré, donc il est un peu bloqué. Il n'a pas la même mobilité. Il ne peut plus se pencher en avant. Et il n'avait pas l'idée d'utiliser sa bascule d'assises, etc. Et il ne comprenait pas que la peau rougissait. C'est impossible. C'est nous qui faisons mal nos réglages. C'était notre faute et pas de la sienne. Ça fait partie des choses que les patients ne comprennent pas. Si ! Ils comprennent, mais ils ne veulent pas admettre, que le fait de bouger moins, ne serait-ce qu'un peu, modifie quand même les choses au niveau des appuis.

Mais c'est quand même frustrant parce que ce jeune, il a une vingtaine d'années, on lui avait conseillé un fauteuil relativement standard pour sa sortie, avec un dossier relativement haut parce qu'il avait une tête haute, etc. Il est parti de chez nous. Donc, il ne voulait pas. Parce que lui il voulait un fauteuil sportif. Donc, avec un dossier bas, pas d'accoudoir, etc... Et là, on est à quelques mois et il a une escarre constituée, il a un dos complètement en travers et il ne veut toujours pas avoir une position correcte au fauteuil. Alors là, on est devant des problèmes insolites. L'esthétique compte plus pour lui que... L'esthétique du fauteuil compte plus que sa santé quelque part.

Ah oui, mais je ne veux pas un fauteuil handicapé, quelque part. Ca dépend un peu des gens, mais si on veut éviter les soucis plus tard, il faut prévenir. Et la prévention, ce n'est pas si simple que ça à faire accepter à certaines personnes. Après, ce n'est pas le cas de tout le monde.»

L'hygiène et les habitudes de vie du patient peuvent compromettre les conseils prodigués jusqu'à exposer le patient à des risques d'apparition d'escarres.

Ergothérapeute 3 : « ... le fait de fumer, ça diminue aussi le choix des fauteuils. Parce que quand on met un coussin à air sur quelqu'un qui fume, on a très peur, on a eu le cas ce matin. On a très peur que ça perce. Et à ce moment-là, le patient ne va pas forcément s'en rendre compte immédiatement et ça va être une catastrophe. »

Aller dans le sens du patient est essentiel pour assurer sa participation aux occupations proposées entraînant la stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle.

Ergothérapeute 2 : « Si je fais participer mon patient avec une potence en soulevant son bassin, c'est lui qui va faire l'effort... du coup, le risque de cisaillement est beaucoup moins important. »

Pour rendre le patient acteur de sa prise en soin et encourager sa participation, les ergothérapeutes déploient différentes stratégies. L'Ergothérapeute 1 dit utiliser un accompagnement verbal pour stimuler les patients au quotidien à se mobiliser. Par ailleurs, les ergothérapeutes 1 et 2 cherchent à stimuler la motivation chez le patient en lui proposant des occupations qui ont du sens pour lui, pour que les conseils qui en découlent puissent être utilisés dans son quotidien, hors de l'hôpital.

Ergothérapeute 1 : « C'est un truc qui je pense aussi est assez ergo, ça va être de donner un petit peu un sens à l'activité et pas juste de « bah voilà on va effectuer le transfert, on va se mettre debout 5 fois pendant 3 secondes à chaque fois », pour avoir un truc assez... comment dire, pas robotique, mais très théorique, très factuel, très rééduco-centré. »

En dehors du profil des patients, de la prise en compte de leurs occupations et de leur participation, d'autres facteurs d'origine environnementaux, basés sur le système hospitalier, peuvent empiéter sur l'accompagnement thérapeutique du patient.

6.5. Défis du traitement

6.5.1. Communication entre soignants

Afin d'assurer une prise en soin optimale basée sur la pluriprofessionnalité les professionnels vont assurer une traçabilité en communiquant entre eux pour informer leurs collègues de l'état de santé du patient ainsi que des préconisations et installations de matériels qui ont été faits. Les échanges

peuvent se faire de manière verbale mais se font surtout par transmission à travers des logiciels informatisés.

Cependant, des discontinuités dans les transmissions peuvent être faites entraînant, sur un court laps de temps, une rupture de traçabilité. Les équipes soignantes peuvent alors passer à côté d'informations importantes pouvant entraîner de graves lésions cutanées chez le patient.

Ergothérapeute 1 : « C'est déjà arrivé qu'on découvre entre guillemets des escarres stade 4 chez des patients, ce qui ne devrait pas arriver normalement... »

Comme dit précédemment la communication peut également être verbale. Par exemple, les aides-soignants et les infirmiers au sein de la structure hospitalière de l'Ergothérapeute 2 ont été informés qu'il faut faire appel à l'ergothérapeute en cas de suspicion d'escarre. L'Ergothérapeute 2 dit également apporter des conseils aux soignants en cas de demande ou si elle observe des mauvaises installations de faites.

D'autres lacunes en rapport avec le système hospitalier ont pu être mises en avant.

6.5.2. Lacunes du système hospitalier

En plus des discontinuités concernant les transmissions que l'Ergothérapeute 1 a pu mettre en avant des discontinuités au niveau des soins des patients ont également été mis en avant. L'ergothérapeute a donné un exemple qui concerné plus le soin, qui pouvait ne pas être assez régulier, après la survenue d'escarre.

Cependant la problématique qui revient le plus souvent dans le discours des ergothérapeutes 1 et 2 est celle des sous effectifs entraînant une limitation de temps de la part des professionnels hospitalier dans l'accompagnement des patients. Les aides-soignants ont un taux de toilette à remplir chaque matin supérieur à la moyenne, ce qui leur laisse moins de temps à accorder aux patients. Dans un souci de temps ils ne vont pas pouvoir stimuler le patient qui n'aura pas l'occasion de faire appel à ses habiletés motrices à travers la performance occupationnelle et donc de diminuer le risque d'escarre en agissant notamment sur le facteur de risque qui est l'immobilité.

Ergothérapeute 1 : « Moins on a de monde, moins on a de temps à accorder aux patients, moins les soins sont bons, plus le patient risque de se dégrader. »

Ergothérapeute 1 : « Même si il y a des patients lourds, si il y a pas assez de personnel, on ne peut pas prendre le temps qu'il faut avec les patients, c'est ça qui arrive des fois. Quand il y a 15 toilettes à faire, forcément les aides-soignantes n'ont pas le temps de faire une toilette complète, de passer le temps qu'il faut ou de bien stimuler la personne. J'ai dit tout à l'heure que ça allège un petit peu

le taff de stimuler les capacités de la personne, mais des fois ça va être de plus faire quelque chose à la va vite parce qu'il y a encore 14 toilettes qui attendent derrières et que à midi c'est l'heure du déjeuner qu'il faut donner aux patients. »

L'Ergothérapeute 2 rapporte que cette restriction du personnel entraine un manque de change fréquent au niveau des protections du patient qui favorise l'humidité qui est un facteur de risque du développement d'escarre. Le fait que l'évaluation du risque d'escarre à l'aide de l'échelle de Braden ne soit pas faite systématiquement peut également faire passer les soignants à côté d'un risque d'escarre. L'Ergothérapeute 2 pointe également le manque de connaissance du personnel soignant en matière de positionnement. Par exemple, si on ajuste une bascule de dossier sur le fauteuil roulant sans bascule d'assise alors le patient va glisser et le risque de cisaillement est plus élevé. Le manque de formation du personnel soignant sur la manutention ou le positionnement malgré les formations « flash » qu'elle propose aux soignants en tant que formatrice TMS.

Ergothérapeute 2 : « ... c'est vrai que si on avait plus de personnel, donc on aurait plus de change de protection, et en plus, le personnel aurait plus de temps pour peut-être emmener les patients jusqu'aux toilettes, emmener les patients jusqu'à la douche. La toilette, elle ne se referait pas au lit. Le patient, il pourrait être accompagné, peut-être en marchant par les soignants jusqu'à la salle à manger. Et là, aujourd'hui, les soignants, c'est à peine s'ils les emmènent en fauteuil roulant jusqu'à la salle à manger. Voilà, donc le manque de personnel fait que nos patients, ils sont peut-être moins stimulés à faire les choses et du coup, à bouger. »

L'Ergothérapeute 2 fait également remontée le terme de « maltraitance ordinaire » de la part des soignants envers les patients.

Ergothérapeute 2 : « Il y a des soignants qui n'aiment pas leur métier, qui ont oublié que le patient est un humain, et du coup, qui sont un peu dans la maltraitance ordinaire, c'est-à-dire qui font à la place du patient, sans chercher à savoir ce que fait le patient, à lui demander de faire, et toi, en tant que soignant, à faire ce que le patient ne peut pas faire. Il y a des soignants qui lavent le patient, comme tu laverai ta voiture, et qui ne font pas participer le patient, qui n'évaluent pas les capacités du patient pour le faire participer au maximum. »

L'Ergothérapeute 3 pointe le manque de matériels adaptés disponible sur l'hôpital. Le fait que les conseils des ergothérapeutes sont parfois moins reconnus que ceux des professionnels commerciaux comme les revendeurs de matériels médicaux. Le fait que les matelas à air ne sont pas forcément changer et remplacer par des matelas viscoélastique de type 2 chez les personnes

ayant retrouvés une mobilité suffisante entraîne un risque de dépendance à l'air pouvant entraîner le développement d'escarres selon l'Ergothérapeute 2.

VII. Discussions des résultats

Ce mémoire a pour objectif d'explorer le lien entre la performance occupationnelle en ergothérapie et la prévention des escarres chez les personnes hospitalisées ayant des fonctions motrices partiellement altérées. L'hypothèse est que la stimulation des habiletés motrices dans la performance occupationnelle auprès des personnes hospitalisées ayant des fonctions motrices partiellement altérées, permet de prévenir le développement d'escarres en agissant sur les facteurs de risques.

7.1. Confrontation entre les informations du cadre conceptuel avec les données récoltées grâce aux entretiens semi-directifs.

Concernant les éléments retrouvés à la fois dans le cadre conceptuel et les entretiens nous avons les facteurs de risques qui sont ressortis notamment l'immobilité, l'évaluation du risque d'apparition d'escarres par l'équipe soignante se fait à travers un examen clinique général et l'utilisation d'échelles de cotation comme celle de Braden (ANAES, 2001 ; Brown et al., 2013 ; Chaboyer et al., 2021). L'ergothérapeute base son intervention préventive sur l'évaluation des capacités du patient, qui comporte l'identification du risque et une observation clinique pouvant être effectuée par tous type de professionnel de santé, ainsi qu'un recueil de données basé sur un échange avec le patient et sur le positionnement au lit et au fauteuil du patient permettant de répartir les points d'appuis et de limiter le risque d'escarres. Le positionnement est un des moyens principaux utilisé par les ergothérapeutes pour prévenir les escarres. Les ergothérapeutes préconisent et installent du matériel de positionnement comme des coussins pour maintenir le patient dans la position souhaité (Hynaux & Trouvé, 2009). Par ailleurs, la performance occupationnelle est utilisée le plus fréquemment possible pour mobiliser le patient par l'intermédiaire de ses habiletés motrices en agissant sur un des facteurs de risque d'escarre qui est l'immobilité (Meyer, 2020 ; Morel-Bracq, 2017). La prévention passe notamment par l'éducation du patient à travers notamment de l'ETP.

Concernant les éléments présents dans le cadre conceptuel mais qui sont absents des résultats de l'enquête ont retrouve la grille d'habiletés motrices provenant du modèle conceptuel MTO qui n'a pas été cité comme étant un outil d'évaluation utilisé par les ergothérapeutes (Fisher & Marterella, 2019). Par ailleurs, la nappe de pression qui est le seul outil technologique en clinique permettant de déterminer le risque d'escarre en se basant sur la pression exercée sur les surfaces du corps n'a pas été non plus cité comme moyen de prévention (Bader & Worsley, 2018). Les ergothérapeutes interrogés n'ont pas explicitement mis en avant une privation occupationnelle au sein de l'hôpital

malgré le fait que l'un des ergothérapeutes ait dit utiliser essentiellement les occupations basées sur la sphère des soins personnels et qu'aucun autre ergothérapeute ait fait référence à une occupation en rapport avec les loisirs (Meyer, 2020).

Des éléments manquant dans le cadre conceptuel mais qui sont ressortis lors des entretiens ont également été découverts. En ce qui concerne le matériel de prévention, les matelas à air sont souvent installés par les infirmiers et aides-soignants plutôt que par les ergothérapeutes car ce sont eux qui font passer les échelles de cotation du risque d'escarre aux patients. Si l'équipe ne réévalue pas et ne change pas assez rapidement le matelas à air chez les patients qui ont retrouvés suffisamment de mobilité, la peau va développer une dépendance à l'air et être à risque de développement d'escarres. Un autre aspect concernant le matériel de positionnement préconisé concerne le rôle des autres professionnels et les affichages créés à leur rencontre. En effet, les aides-soignants et infirmiers vont modifier le positionnement des patients lors des toilettes ou lors du repas pour cela les ergothérapeutes créent des affiches pour leur indiquer comment positionner le matériel mis en place dans la chambre des patients. En ce qui concerne la performance occupationnelle en plus de l'ergothérapeute, les autres professionnels de santé notamment les infirmiers et les aides-soignants vont utiliser la performance occupationnelle au quotidien avec le patient à travers des activités de vie quotidienne lors des soins personnels. En dehors de la performance occupationnelle, les ergothérapeutes ont fait remonter l'importance de choisir une occupation qui est significative pour le patient afin qu'il soit motivé et se sente acteur dans sa prise en soin (Piazza, 2021). Les éléments qui sont souvent ressortis dans les discours des ergothérapeutes lors des entretiens ont été les troubles cognitifs qui ont un impact non négligeable sur l'utilisation de la performance occupationnelle dans la prise en soin. En effet les patients peuvent ne pas comprendre les consignes données qui incitent le patient à se mobiliser. Les troubles cognitifs vont alors limiter la stimulation de certaines habiletés motrices à travers la performance occupationnelle (Dassen et al., 2016). Un autre facteur à prendre en compte également est la douleur. Cette dernière peut entraver une approche basée sur la performance occupationnelle car le patient est trop douloureux à la mobilisation (Jaul, 2010). D'autres aspects non négligeables concernant le système hospitalier ont été mis en avant par les ergothérapeutes interrogés. Un manque d'effectif ne laissant pas la liberté aux soignants de prendre le temps nécessaire pour les besoins de chaque patient, de formations pour sensibiliser les soignants au positionnement et de transmissions pas assez détaillées ou inexistantes sont autant d'éléments entravant la stimulation des habiletés motrices à travers l'utilisation de la performance occupationnelle.

L'objectif de cette recherche était de répondre à la problématique suivante :

En quoi favoriser la performance occupationnelle, en ergothérapie, chez les personnes hospitalisées ayant des fonctions motrices partiellement altérées permet de prévenir l'apparition d'escarres ?

Et de valider ou invalider l'hypothèse énoncée :

La stimulation des habiletés motrices dans la performance occupationnelle auprès des personnes hospitalisées ayant des fonctions motrices partiellement altérées, permet de prévenir le développement d'escarres en agissant sur les facteurs de risques.

Lors de cette recherche, j'ai pu analyser de nombreux résultats, provenant de mes entretiens. Les réponses obtenues concordent pour la plupart avec ce que j'avais découvert dans les études déjà existantes. L'ergothérapeute utilise la performance occupationnelle pour prévenir le risque d'escarres chez les personnes aux fonctions motrices partiellement altérées grâce à la stimulation des habiletés motrices en agissant sur les facteurs de risques d'escarres notamment la mobilité.

7.2. Biais et limites de l'étude

Plusieurs limites et biais ont été constatés au cours de cette recherche. Tout d'abord de nombreuses limites ont pu être constatées dans le choix de l'entretien comme outil d'enquête. Les résultats obtenus sont qualitatifs. Malgré le fait qu'ils aient été traités de manière quantitative les variables obtenues restent de nature qualitative et donc subjective à chaque personne interrogée (Tétreault & Guillez, 2014). Ces données rendent difficile la réalisation d'une étude statistique. De plus, les personnes interviewées pouvaient décider de ne pas répondre à certaines questions ou encore donner des réponses socialement acceptables manquant de spontanéité et d'authenticité. Un biais de subjectivité (à la fois de l'intervieweur et de l'interlocuteur) est donc associé au choix de cet outil. La durée de chaque entretien limite le nombre d'ergothérapeutes pouvant être interrogés et a pour conséquence la constitution d'un échantillon de faible taille qui risque de ne pas être représentatif de la population visée par l'étude. Par ailleurs, comparer les différents entretiens s'est avéré complexe, dû à un manque de standardisation qui laisse place à l'interprétation des questions posées. Contrairement à un entretien directif caractérisé par un cadre précis qui limite le dialogue entre l'étudiant et l'interviewé. Il était difficile de trouver un équilibre entre expliquer le contexte de l'entretien et ne pas donner trop d'information pouvant influencer les réponses de la personne interrogée et créer un biais. En outre, des difficultés d'ordre temporelles ont également été soulevées. Il fallait contrôler le temps consacré à chaque entretien pour éviter que la retranscription soit trop fastidieuse tout en récoltant des informations pertinentes sans s'égarer du sujet principal.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche avait pour objectif d'identifier les intérêts d'un accompagnement ergothérapeutique basé sur la performance occupationnelle pour prévenir le risque d'apparition d'escarres chez des patients aux fonctions motrices partiellement altérées hospitalisés. L'ensemble de ce travail a permis de recueillir des informations sur l'accompagnement des patients proposés par différentes structures hospitalières dans les soins et la prévention des escarres. Les ergothérapeutes ont mis en avant l'importance du positionnement au lit et au fauteuil pour prévenir le risque d'escarres et l'implication de tous les professionnels dans ce processus. De plus, les ergothérapeutes ont insistés sur l'importance de la stimulation motrice chez le patient par l'intermédiaire des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle. Cette recherche a permis de mettre en avant le lien entre la santé et l'activité qui est l'essence même de l'ergothérapie. L'utilisation des activités quotidiennes à travers la performance occupationnelle au quotidien à l'hôpital permet de rendre le patient acteur de sa prise en soin tout en basant l'intervention thérapeutique sur des activités qui sont significatives pour la personne. Les entretiens ont permis un temps d'échange sur les expériences et les connaissances professionnelles de différents ergothérapeutes. Ils ont également permis d'apporter des informations supplémentaires au cadre conceptuel. Par ailleurs, les échanges avec d'autres corps de métier du projet de recherche m'ont permis d'en apprendre plus sur les technologies utilisées en laboratoire et en clinique pour prévenir le risque d'escarres.

Cette approche, si elle est mise en avant par les ergothérapeutes, permet de valoriser la profession, en reconnaissant la place de l'ergothérapeute dans la prévention d'escarres, tout en sensibilisant les autres professionnels du soin à l'importance de la stimulation des habiletés motrices des patients à risque d'escarres. De plus, la mobilisation du patient permettra aux ergothérapeutes et aux soignants de préserver leurs efforts en faisant participer le patient et permettra de renforcer la relation thérapeutique.

Pour ce qui est des perspectives de cette étude, le projet de recherche PREVAIL a proposé une évaluation quantitative de l'impact de la stimulation des habiletés motrices sur la prévention d'apparition d'escarres à l'aide de technologies. Ces dernières permettent de mesurer le risque d'apparition d'escarres chez des patients hospitalisés ayant des fonctions motrices partiellement altérées. Cette évaluation s'appuiera sur la grille dédiée à l'évaluation des habiletés motrices basée sur le modèle conceptuel du MTO créé par [Anne Fisher et Abbey Marterella \(2019\)](#).

Bibliographie

- Allaert, F. A., Barrois, B., & Colin, D. (2018). Prevalence, Characteristics and Risk Factors of Pressure Ulcers in Public and Private Hospitals Care Units and Nursing Homes in France. *Hospital Practice*, 46(1). <https://doi.org/10.1080/21548331.2018.1418139>.
- Albaret, J., Andrieux, M., Ille, A., & Thon, B. (2016). Processus cognitifs et apprentissage des habiletés motrices. *Revue de neuropsychologie*, 8(2), 87-92. <https://doi.org/10.1684/nrp.2016.0380>
- ANAES. (2001). *Prévention et Traitement des Escarres de l'Adulte et du Sujet Agé*. Conférence de consensus, Paris, France. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271996/fr/prevention-et-traitement-des-escarres-de-l-adulte-et-du-sujet-age
- Baaijens, F. P. T., Ceelen, K. K., Mulders, J. L. J., Nicolay, K., Oomens, C. W. J., Stekelenburg, A., & Strijkers, G.J. (2008). Validation of a Numerical Model of Skeletal Muscle Compression With MR Tagging: A Contribution to Pressure Ulcer Research. *Journal of Biomechanical Engineering*, 130(6). <https://doi.org/10.1115/1.2987877>
- Bacqué, M. & Hanus, M. (2020). Chapitre II - Qu'est-ce que le deuil ?. In M. Bacqué (ed.) *Le deuil* (p.20-25). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Bader, D. L., & Worsley, P. R. (2018). Technologies to monitor the health of loaded skin tissues. *BioMedical Engineering OnLine*, 17(40). <https://doi.org/10.1186/s12938-018-0470-z>
- Bader, D. L., Gefen, A., Oomens, C. W., & Van Nierop, B. (2008). Strain-time cell-death threshold for skeletal muscle in a tissue-engineered model system for deep tissue injury. *Journal of Biomechanics*, 41(9), 2003-2012. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2008.03.039>
- Balard, F., Fournier, C., Kivits, J., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.
- Barrière, A., & Eblé, P. A. (2020). Installation posturale et mobilité en décubitus. *ErgOTHérapies*, 76, 17-26.

- Bercy Infos. (2024, février 9). *Le règlement général sur la protection des données (RGPD), mode d'emploi*. economie.gouv.fr. <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/reglement-general-protection-donnees-rgpd#>
- Beyrie, A. (2013). *Des frontières du corps aux frontières de l'identité : l'expérience d'une vie au quotidien avec des incapacités motrices majeures* [Thèse de sociologie]. Université Rennes 2.
- Black, J. M., Edsberg, L. E., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(6). 585-597. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000281>
- Brienza, D. M., Cuddigan, J., Gefen, A., Haesler, E., & Kottner, J. (2021). Our contemporary understanding of the aetiology of pressure ulcers/pressure injuries. *International Wound Journal*, 19(3), 692-704. <https://doi.org/10.1111/iwj.13667>
- Brown, J., Coleman, S., Closs, S. J., Defloor, T., Farrin, A., Gorecki, C., Halfens, R., Nelson, E. A., Nixon, J., & Schoonhoven, L. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development : Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019>
- Chaboyer, W., Gillespie, B. M., Latimer, S., McInnes, E., Sladdin, I., Thalib, L., Walker, R., & Whitty, J. A. (2021). Repositioning for pressure injury prevention in adults : An abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Nursing Studies*, 120. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103976>
- Clarke, E. A. 1974. What Is Preventive Medicine?. *Canadian Family Physician*, 20(11), 65-68.
- Coloplast Professional. (2024, février 20). *Comprendre l'escarre en 8 points clés*. Coloplast Professional. <https://www.coloplastprofessional.fr/bibliotheque/Connaissance/informations/type-de-plaies/prevention-et-prise-en-charge-des-escarres/comprendre-lescarre-en-8-points-cles/>

- Dassen, T., Lohrmann, C., & Schüssler, S. (2016). Care dependency and nursing care problems in nursing home residents with and without dementia: a cross-sectional study. *Aging Clin Exp Res*, 28, 973–982. <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0298-8>
- EPUAP., NPIAP., & PPPIA. (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline : The International Guideline 2019*. Emily Haesler.
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : Entretien et questionnaire* (3^e ed). (L. topos, Éd.) Dunod.
- Fields, B., Muntefering, C., & Reffstrup Christensen, J. (2023). Going Beyond Management and Maintenance: Occupational Therapy's Role in Primary Prevention for Adults at Risk of Obesity. *The American Journal of Occupational Therapy*, 77(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050154>.
- Fisher, A.G., & Marterella, A., (2019). *Powerful practice : A model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, CO : Center for Innovative OT Solutions.
- Giesbrecht, Ed. (2006). Pressure Ulcers and Occupational Therapy Practice: A Canadian Perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 56-63. <https://doi.org/10.2182/cjot.05.0011>.
- Guillez, P., & Tétreault, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la- Neuve : De Boeck-Solal.
- Hérisson, Ch., Rabourdin, J. P., & Ribeyre, J. P., Simon, L. (1989). L'alitement du vieillard. In J. P. Rabourdin, & J. P. Ribeyre (ed.), *Rééducation en gériatrie* (p.102-107). Masson.
- Hynaux, I., & Trouvé, E. (2009). Prévenir et soigner les escarres. In I. Hynaux, E. Trouvé (ed.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (p.243-265). Solal.
- Izard, M.-H. (2013). 2 - Rééducation/Réadaptation. In M.-C. Morel-Bracq (ed.) *Expériences en ergothérapie : Vingt sixième série* (p.136-144). Sauramps Médical.

- Izard, M.-H. (2007). Aide à la prévention des escarres et impact économique : « Expérience dans la prise en charge des plaies de pression à l'hôpital local d'Uzès ». In T. Castillo (ed.) *Expériences en ergothérapie : Vingtième série* (p.203-211). Sauramps Médical.
- Jaul, E. (2010). Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies. *Drugs Aging*, 27(4), 311-25. <https://doi.org/10.2165/11318340-000000000-00000>.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation* (4^e ed). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.
- Lachenal-Mokhtari, F., & Marrière, S. (2020). Avec le MOH, « j'ergonne » toujours ! Ou comment les approches psychodynamique et en science de l'occupation peuvent s'enrichir. *ErgOTHérapies*, (77), 57-65.
- Lecours, A., & Therriault, P.-Y. (2018). Development of Preventive Behavior at Work: Description of Occupational Therapists' Practice. *Work (Reading, Mass.)*, 61(3), 477-88. <https://doi.org/10.3233/WOR-182811>.
- Le Figaro Santé. (2014, février 19). *Escarres*. Le Figaro Santé. <https://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/escarres/quel-traitement>
- Luthringer-Kauffmann, N. (2023). Ergothérapie et pratique centrée sur l'occupation. *ErgOTHérapies*, (90).
- Masson, E. (2024, mai 14). *Impact des escarres à l'hôpital : Prévalence, codage et coût de la prise en charge au CHU de Rouen*. EM Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/1333324/impact-des-escarres-a-l-hopital-prevalence-codage>
- Mervis, J. S., & Phillips, T. J. (2023, décembre 27). *Escarres*. Le Manuels MSD version pour le grand public. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutan%C3%A9s/escarres/escarres>
- Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgOTHérapies*, (77), 37-44.
- Mordier, B. (2013). Construire sa vie avec un handicap moteur. *Dossiers Solidarité et Santé*, (38), 3-11.

- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Comment la science de l'occupation peut-elle aider les ergothérapeutes à enrichir leur pratique dans le domaine de la prévention des escarres ? *ErgOTHérapies*, (67), 23-30.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). Modèles généraux en ergothérapie. In M.-C. Morel-Bracq (ed.), *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (p.69-78). Solal.
- OMS. (2023, octobre 21). *Sécurité des patients*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Peirce, S. M., Rodeheaver, G. T., & Skalak, T. C. (2000). Ischemia-reperfusion injury in chronic pressure ulcer formation : a skin model in the rat. *Wound repair and regeneration : The international journal of tissue repair and regeneration*, 8(1), 68-76. <https://doi.org/10.1046/j.1524-475x.2000.00068.x>
- Piazza, T. (2021). L'ergothérapie signifiante. Sens de la pratique professionnelle fondée sur l'occupation pour les ergothérapeutes en service de soins de suite et de réadaptation adulte. *ErgOTHérapies*, 80, 43-52.
- Ryan, J. M. (2006). TEAMWORK Keeps the Pressure Off: The Role of the Occupational Therapist in the Prevention of Pressure Ulcers. *home Healthcare now*, 24(2), 97.
- Saragoni, A. (2020). Parcours de soins, de santé, de vie et ergothérapie : quels enjeux ? *ErgOTHérapies*, (77), 7-14.
- Taylor, R. (2017). *Kielhofner 's Model of Human Occupation : Theory and application* (5^e ed). Wolters Kluwer.
- Université Laval. (2024, mars 10). *Modèle de l'Occupation Humaine*. Université Laval. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-l'occupation-humaine/>
- WFOT. (2023, décembre 30). *About Occupational Therapy*. WFOT. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien	1
Annexe II : Retranscription de l'entretien n°1 auprès de l'Ergothérapeute 1	4
Annexe III : Retranscription de l'entretien n°2 auprès de l'Ergothérapeute 2.....	14
Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°3 auprès de l'Ergothérapeute 3	21
Annexe V: Tableau de codages des données recueillies lors des entretiens	28

*Annexe I : Guide d'entretien***Guide d'entretien :**

Bonjour, merci d'avoir accepté cette demande d'entretien. Je m'appelle Annaëlle Moreau, je suis actuellement en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'institut de formation de l'ADERE (Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie). Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche je m'intéresse au lien qu'il y a entre l'utilisation de la performance occupationnelle dans la pratique de l'ergothérapeute et la prévention primaire du développement d'escarre chez des personnes aux fonctions motrices partiellement altérées. Par exemple, un patient qui aurait des difficultés à changer de position dû à une gêne articulaire importante. Les patients aux incapacités motrices graves ne seront pas abordés dans le cadre de cet entretien. Par exemple, une personne tétraplégique ne pouvant plus mouvoir aucun des membres de son corps est considéré comme ayant des incapacités motrices graves.

Considérations éthiques :

- Lecture et signature du formulaire de consentement en deux exemplaires.
- Rappel de l'enregistrement de l'entretien. Les données récoltées seront conservées puis exploitées avant d'être détruites. Les informations recueillies seront anonymisées et confidentielles.
- Aucun jugement, quel qu'il soit, ne sera porté sur les réponses données. Le participant est libre de ne pas répondre à certaines questions. Il peut également, s'il le souhaite, ajouter des éléments qu'il juge pertinent.
- L'entretien peut être interrompu à n'importe quel moment si le participant en ressent le besoin.
- Le participant peut demander à se retirer du projet de recherche à tout moment.

Avant de débiter l'entretien, avez-vous des questions ?

Questions :

1. Dans un premier temps, pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?
2. Les escarres sont-elles une problématique que vous rencontrez souvent chez les personnes que vous accompagnez durant leur hospitalisation ? Si oui, en quoi est-elle une gêne dans l'accompagnement des patients ?
3. Pour vous, quels sont les facteurs de risques qui influencent le développement d'escarres ?
4. L'hôpital a-t-il un protocole de prévention d'escarres ? Si oui, votre avis en tant qu'ergothérapeute influence t'il les démarches mises en place ?

5. En tant qu'ergothérapeute, intervenez-vous auprès des patients pour prévenir le risque d'escarres ? Si oui, comment prévenez-vous leur apparition ?
6. Avez-vous été confronté à un ou plusieurs patients avec lesquels les mesures de prévention habituelles ne suffisaient pas ? Pouvez-vous me donner des exemples de certaines situations ?
7. Y aurait-il d'autres moyens que ceux que vous utilisez actuellement que vous aimeriez mettre en place pour prévenir l'apparition d'escarres ? Pourquoi ?
8. Comment rendez-vous le patient acteur de sa prise en soin dans le cadre de la prévention d'escarres ?
9. Connaissez-vous le terme « performance occupationnelle » et à quoi fait-il référence ?

Rappel ou explication du terme « performance occupationnelle » : Selon le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) la « performance occupationnelle » est le fait d'accomplir une tâche qui relève d'une occupation. Par exemple l'occupation « faire sa toilette » peut donner lieu à la tâche « se laver les bras ».

10. Quelle est la place de la performance occupationnelle dans votre pratique d'ergothérapeute ? Est-elle, selon vous utilisée par d'autres professionnels de santé ?
11. Sensibilisez-vous les autres professionnels à l'importance de l'inclusion de la performance occupationnelle lors de la prise en soin des patients ? Si oui, comment ?

La performance occupationnelle va faire appel à des habiletés. Ces dernières correspondent aux plus petites actions effectuées pour accomplir une tâche. Nous retrouvons parmi elles les habiletés motrices. Selon Kielhofner (2008) et Taylor (2017), les habiletés motrices sont : « les actions observées lorsque la personne interagit avec les objets de la tâche, les déplace et se déplace elle-même dans l'environnement de la tâche ».

12. La stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle a-t-elle sa place dans la prévention d'escarres ? Pourquoi ?
13. Entraîner le patient à positionner son corps, soutenir une performance ou encore aller chercher, tenir, se mouvoir et déplacer des objets lors d'occupations quotidiennes peut-il permettre de prévenir l'apparition d'escarres ? Pourquoi ?

J'entends par positionnement du corps par exemple contrôler l'équilibre, maintenir une position assise ou debout ou encore positionner les différents membres du corps d'une certaine manière qui faciliterait la réalisation de l'activité par la personne.

J'entends par aller chercher et tenir les objets, par exemple le fait de pencher le tronc pour atteindre un objet.

J'entends par se mouvoir et déplacer les objets le fait de marcher ou encore déplacer l'objet sur une surface plane.

J'entends par soutenir la performance le fait de maintenir un rythme adapté tout au long de l'activité ou encore le fait de terminer la tâche sans manifestation de fatigue physique.

14. Quelles méthodes envisagez-vous ou utilisez-vous pour encourager les patients à utiliser leurs habiletés motrices ?
15. La stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle est-elle encouragée dans les hôpitaux ? Y a-t-il, selon vous, des limites à sa mise en place dans le cadre de la prévention d'escarres ?

*Annexe II : Retranscription de l'entretien n°1 auprès de l'Ergothérapeute 1***Entretien n°1 :**

Etudiante: Alors dans un premier temps, est-ce que vous pouvez me présenter votre parcours professionnel ?

Ergothérapeute 1: Je suis diplômé d'un bac scientifique, ensuite de base j'avais pour projet de, pour objectif de devenir maïeuticien. Et donc pour ça, j'ai essayé de faire une PACES, une première année commune aux études de santé, qui c'est pas très très bien passée, je me suis rendu compte que c'était pas un rythme qui me convenait. Et donc vers la fin de ma première année, j'ai cherché à... d'autres professions vers lesquelles m'orienter éventuellement pour changer un petit peu de parcours professionnel. En cherchant toujours dans le médical, paramédical je suis tombé sur l'ergothérapie, qui me semblait être une profession intéressante, sur les objectifs qu'on pouvait avoir, le rapport aussi aux personnes, tout ça, ça me paraît assez...euh... assez complet. Et donc vers la fin de l'année PACES, j'ai commencé à travailler pour les concours d'ergothérapie. J'en ai passé 2 pour l'**** et pour l'****, et j'ai réussi à avoir celui de l'****. J'ai pu du coup enchaîner avec cette formation et du coup diplômée depuis juin 2018. Suite à ça je... juste avant j'avais passé mon entretien pour ce poste à l'hôpital. Du coup une fois que j'ai l'entretien qui s'est bien passé, du coup une fois que j'ai eu mon diplôme. J'ai pu convenir avec les cadres de démarrer prise de poste en octobre 2018. Et du coup, depuis octobre 2018, je travaille sur l'hôpital à mi-temps entre un service de SSR oncologie et ce service de soins longue durée. Voilà. Assez... Assez direct comme parcours.

Etudiante : C'est bien. Et euh... Du coup les escarres c'est une problématique que vous rencontrez souvent chez les personnes que vous accompagnez durant leur hospitalisation ? Et si oui, en quoi est-elle une gêne dans l'accompagnement des personnes ?

Ergothérapeute 1 : c'est quelque chose qui est très fréquent. Plus sûr euh... pour le coup sur le SLD que sur le SSR onco mais forcément de par les capacités des personnes. On va dire que sur le SSR onco ça va être plus un petit peu par euh... par prévention entre guillemets, mais vu qu'on a des patients qui se mobilisent quand même un petit peu plus, qui ont plus de capacités que les profils qu'on peut retrouver en SLD, ou on a plus des troubles cognitifs, moteurs assez avancés. Et euh... mais donc effectivement sur le SLD, c'est une grosse partie de mon travail effectivement et qui se fait tous seul, qui se font aussi en lien avec les équipes soignantes, infirmières et aides-soignantes qui sont au plus près des patients pour détecter, révéler les besoins. Donc effectivement, de voir s'il y a des escarres qui apparaissent, des rougeurs, voilà, quel stade c'est. En amont, quelle mesure préventive on peut mettre en place par le positionnement, par les coussins, etc... Une fois que c'est en place, comment est-ce qu'on peut intervenir, comment est-ce qu'on peut mobiliser et que mettre en place pour favoriser cette cicatrisation, sur le court, moyen et long terme, pour le bien-être du patient ? Parce que du coup ça impacte et la qualité de vie du patient parce que c'est forcément douloureux et ça implique des soins en plus. Et pour les soignants aussi qui du coup ont des choses en plus à faire pour le patient. Des pansements à surveiller. Un positionnement éventuellement à suivre. Donc voilà, une escarre ça rajoute pas mal de problématiques effectivement à la prise en charge des patients. Tout à fait.

Etudiante : Et pour vous, c'est quoi les facteurs de risque qui influencent le développement d'escarres ?

Ergothérapeute 1 : les facteurs de risque, c'est multifactoriel l'apparition d'escarres, ça va être au niveau de... comment est le patient déjà sur un plan moteur physique, sur comment il se mobilise. Est-ce qu'il passe beaucoup de temps au lit, fauteuil. Déjà, l'idée c'est de réussir à faire sortir un petit peu les patients du lit, alterner les 2 positions et si il passe beaucoup de temps au lit, adapter au niveau du

matelas. Pour être dans cette prévention d'escarre, ça reste aussi sur le plan de la diététique, de l'alimentation. Est-ce que le patient s'alimente ? Est-ce qu'il mange des trucs assez enrichis ? Est-ce qu'on sent qu'il se dégrade, qu'il perd du poids ? Et là ça donne un terrain à facteur de risque. Et...hmm... Qu'est ce qu'il y a d'autre ? Si j'essaie de reprendre il y a ça et ouais ! Au niveau de l'installation fauteuil pareil, est-ce que c'est souvent des patients qui peuvent se mobiliser, se déplacer ou est-ce qu'au contraire ils passent beaucoup de temps au fauteuil ? Pareil à ce moment-là du coup mettre en place peut être des mesures préventives, des coussins pour limiter les risques d'apparition d'escarres. Et je crois que c'est surtout ça que j'ai en tête, faut surtout surveiller des patients qui se mobilise peu. Aussi il y a l'idée sur le plan cognitif, de patient qui euh... qui ne sentent pas le besoin de se bouger. Parce qu'une escarre s'est fait d'une station prolongée. Et on est chez des patients qui soit ne peuvent plus physiquement beaucoup se bouger, ou qui aussi ne sentent plus le besoin de se bouger. Parce que spontanément, quand on est installé longtemps dans une mauvaise position, on sent qu'on a besoin de se remettre un petit peu en place parce que ça commence à être douloureux. Et on a des patients qui n'ont peut-être plus aussi cette sensibilité. Ou cette capacité à sentir que la position est inconfortable et qu'il faut bouger un petit peu. Et voilà, ils peuvent aussi être à risque d'avoir une station prolongée qui va créer une escarre. Au niveau diététique des patients qui perdent en poids, qui mangent plus de choses assez enrichies et qui... D'avoir une condition physique un peu plus altérée, un peu plus précaire, qui peut favoriser au risque d'apparition d'escarres. C'est ça les grands... les grands que j'ai en tête.

Etudiante : Les grandes lignes.

Ergothérapeute 1 : C'est ça.

Etudiante : Alors, l'hôpital a-t-il un protocole de prévention d'escarres ? Et si oui, votre avis en tant qu'ergothérapeute influence-t-il les démarches mises en place ?

Ergothérapeute 1 : Hum... je dirais pas forcément de protocole à proprement parlé. Je sais quand même que pour certains patients, patientes, il y a des échelles qui sont remplies à l'arrivée. C'est ce que j'ai revérifié avec justement le projet PREVAIL, qui est en cours. Si je ne dis pas de bêtises c'est l'échelle de Norton qui est... qui est vérifiée à l'entrée du patient. Pour évaluer un petit peu le risque qu'il peut y avoir. Et souvent surtout sur le SLD. Je vais peut-être plus axer du coup... plutôt que le faire sur les 2 services axé sur le SLD. C'est là où on rencontre le plus de cas d'escarres. En tout cas sur le SLD on récupère en fait souvent pas mal de patients qui viennent d'autres services du coup. Vue que, voilà, on est sur du SLD donc sur des patients qui sont en fin de vie, sur de l'hébergement à long terme. Et donc ça arrive souvent qu'on récupère des patients qui viennent d'autres services, notamment de l'hôpital. Du coup on peut avoir une traçabilité de comment ça s'est passé pour le patient. Et du coup de connaître déjà les risques d'escarres qu'ils présentaient. Et comme ça, ça permet dès l'entrée du patient, de mettre du bon matériel en place. Et notamment là le truc où moi j'interviens pas trop. Et ce qui est plus simple en même temps, c'est justement la mise en place du matelas anti escarre. Ou spontanément voilà, si on sait que ça a été mis en place sur le service d'avant et qu'on sait que c'est un patient à risque, dès que le patient rentre, le matelas anti-escarres est mis en place à titre préventif. Après comme je te disais, en termes de pure protocole, j'en ai pas en tête, ça va plus être du coup ensuite à l'entrée du patient. Évaluez comment ça se passe dans les premiers jours. Voilà, il y a comment est-ce qu'il est au lit, comment est-ce qu'il est au fauteuil ? Est-ce qu'il peut être installé ? Et comment est-ce que c'est au niveau diététique ? Comment est-ce qu'il se nourrit ? Et ça va être éventuellement moi, j'interviens plus euh... sur voilà dès que... comment dire... évaluer et éventuellement voire le patient dès son arrivée, comment il est au lit ? Comment il est au fauteuil ? Si je vois qu'il y a des besoins en positionnement qui peuvent être, même sans forcément au niveau des escarres, au niveau du confort, avec un patient qui peut pencher sur le côté, c'est les coussins pour bien caler, éviter l'appui sur les barrières de lit. Mais après, moi je vais plus, intervenir au moment où on constate une rougeur, un début d'escarre. On va me le signaler. A ce moment-là moi je dois intervenir

pour mettre en place un positionnement. Mais voilà, si on doit parler plus de protocole, ça va être effectivement les transmissions d'un service à l'autre, évaluation de l'arrivée du patient et mise en place de matériel, qui avait déjà été mis en place par le passé.

Etudiante : D'accord. Alors... En tant qu'ergothérapeute, est-ce que vous intervenez auprès des patients pour prévenir le risque d'escarres ? Et si oui, comment vous prévenez son apparition ? Du coup j' imagine que vous n'avez rien à rajouter vis à vis...

Ergothérapeute 1 : C'est ça ouais ! Répéter un peu ce qui a déjà été dit avant de... Voilà souvent c'est les soignants, aides-soignantes, infirmières, constatent des rougeurs. Les médecins aussi vont faire une prescription sur une demande orale pour que j'intervienne. Moi je vais aller ensuite voir le patient. Mettre en place le positionnement qui me paraît le plus adapté, avec tous les coussins, tout le matériel qu'on a disposition sur le SLD et aussi, un truc que j'ai pas dit jusque-là, c'est souvent de... Si possible, essayez de sensibiliser les équipes. Laisser toujours une transmission. On a un logiciel qui s'appelle *****. Ou on peut laisser des transmissions par profession. Voilà pour que ça puisse être consulté par tout le monde. Et je laisse toujours une transmission la dessus pour la traçabilité, pour la consulter si nécessaire. Et aussi un affichage en chambre soit avec une photo anonymisée du patient soit avec un dessin et des descriptions pour expliquer quel type de coussin est en place, à quoi ça sert et avoir un indicateur visuel en étant dans la chambre du patient. Il y a une photo. Euh... Une fois que le soin du patient est fini, parce qu'au moment des soins forcément on retire les coussins de positionnement qui sont mis en place. Euh... Pour les soignants ensuite ils peuvent remettre en place cette euh... Ce qui est préconisé pour euh... Voilà. Comprendre ce qui est mis en place, pourquoi, à quoi ça sert, et voilà. Pour que tout le monde puisse bien positionner le patient et pas juste moi quand je suis présent sur mes temps de mi-temps.

Etudiante : Alors, est-ce que vous avez été confronté à un ou plusieurs patients avec lesquels les mesures de prévention habituelles ne suffisaient pas ? Et est-ce que vous pouvez, du coup, me donner des exemples de certaines situations ? Si ça vous vient à l'esprit.

Ergothérapeute 1 : Oui ! Oui! C'est déjà arrivé. C'est comment dire. C'est pas en fait que seulement les mesures préventives qui n'ont pas suffi, ça peut être aussi des fois que il y a des... Un peu de discontinuité au niveau des transmissions, au niveau des soins, des choses qui sont pas transmises d'équipe à d'autres. C'est déjà arrivé qu'on découvre entre guillemets des escarres stade 4 chez des patients, ce qui ne devrait pas arriver normalement, mais c'est déjà arrivé par le passé effectivement. Qu'à un moment dans la transmission on lise "Découverte d'une escarre stade 3 ou 4 au niveau sacré pour le patient". Donc la voilà, je sais pas si on peut dire que les mesures préventives ont pas suffi, mais en tout cas effectivement, on s'est déjà retrouvé avec des cas graves d'escarres qui peuvent ensuite compliquer les soins et favoriser le déclin de la situation du patient. Donc oui c'est déjà arrivé par le passé. La deuxième partie de la question du coup c'était ?

Etudiante : C'était est-ce que vous pouvez me donner un exemple ? Est-ce qu'il y a un exemple de situation ? Est-ce qu'il y a un patient type qui vous viens à l'esprit ? Ou... Vous avez rencontré vraiment des difficultés...?

Ergothérapeute 1 : Euh ben... On a pas mal de difficultés. Ben souvent on rencontre un peu des difficultés dès que c'est des escarres au niveau sacré. Euh... Parce que c'est des escarres qui sont les plus durs à positionner et à faire cicatriser. Quand on parle d'escarres au niveau des talons ça reste quand même quelque chose d'assez simple à posturer pour les patients. Mais escarre sacré ça implique déjà d'avoir un changement de position. Et là c'est beaucoup plus dur à... Comment dire ? Déjà à le mettre en place parce que c'est un positionnement plus lourd, aussi ça implique de mettre en place de plus gros coussins. De les mettre d'une certaine façon pour bien posturer le patient. Et ensuite surtout d'alterner toute les 3-4 heures pour bien décharger de chaque côté. Donc 1, faut mettre ça en

place. 2 que ce soit supporté par le patient, ce qui n'est pas forcément garanti. Et 3 que ce soit bien ensuite suivi par les équipes et surtout sur la durée. Parce que voilà, quand tu dois faire en sorte d'aider à la cicatrisation d'une escarre stade 3, 4, qui est un stade assez avancé, ça se compte en mois le temps que ça va prendre à... A bien récupérer, à bien résorber, dans l'idéal. En cas compliqué aussi c'est les escarres qui apparaissent à des, à des endroits pas inhabituel mais voilà qui ne rentre pas dans les grands... Dans les grandes escarres. Là j'ai en tête, il y avait une patiente par le passé qui avait une escarre du coude. De par en fait, des flexions articulaires qu'elle avait, elle prenait une position vicieuse. Et avait souvent le coude en appui. Et c'était une escarre qui a été très très très dure à faire cicatrifier. Ça me faisait rire un peu jaune. Parce que j'avais un repère temporel et je sais que l'escarre a pris deux ans à cicatrifier simplement au niveau du coude. Euh... Parce que c'était difficile à positionner, pas forcément suivi etc... Et donc ça a été un travail de longue haleine. Et donc la dame s'en est sortie, heureusement, depuis cette escarre. Et là actuellement, là maintenant, on a un patient qui est très très difficile à posturer au fauteuil et au lit. Qui marche avec une camptocormie, je crois. Et voilà qui avait du coup, quand il se mettait debout en fait une marche très voutée spontanément. Qui a fait des chutes à répétition et ensuite qui s'est dégradé et qui passe son temps au fauteuil. On a testé tous les types de fauteuil parce que ça convenait pas. Il chutait avec, il se mettait en danger, il prenait des positions vicieuses. Et donc là on a trouvé une position lit, fauteuil plutôt adaptée mais il se mettait spontanément beaucoup sur un côté du coup il a une escarre au niveau du grand trochanter droit. Et là c'est... *soupir* c'est pas facile à posturer à ce moment-là. Euh... Et ça a été pas mal du coup de... Et aussi ce truc de quand on est sur des escarres qui sont pas un petit peu typique, qu'on a l'habitude de faire, faut qu'on essaye de trouver comment on fait à ce moment-là pour bien posturer. On avance à tâtons entre guillemet. On test des trucs. On voit si ça passe ou pas. Si c'est bien suivi on essaye de suivre l'évolution de voir comment ça se passe. Aux dernières nouvelles l'escarre du patient s'améliore petit à petit visiblement. Mais voilà c'est un peu les grands cas qui sont un peu plus difficile et ou éventuellement des mesures préventives n'ont pas suffi. Ou voilà les transmissions n'ont pas forcément permis de bien détecter un besoin qu'il y avait. Ou des cas un peu plus atypique que d'ordinaire.

Etudiante : Ok. Est-ce qu'il y aurait d'autres moyens que ceux que vous utilisez actuellement que vous aimeriez mettre en place pour prévenir l'apparition d'escarres ? Pourquoi ?

Ergothérapeute 1 : Euh... C'est une bonne question ! Mais je pense que déjà ça passe par une bonne sensibilisation. Euh... comment dire ? Déjà par les équipes pluridisciplinaires un bon suivi, une bonne compréhension. Des mesures préventives qui doivent être mises en place. Que ce soit au niveau positionnement, au niveau diététique aussi. Parce que encore une fois on soigne pas une escarre tous seul. De mon point de vu, de mon expérience subjective sur le service euh... ce qui est déjà mis en place par les équipes c'est un meilleur suivi, une meilleure transmission pour ne pas se retrouver de nouveau avec des découvertes d'escarres stade 3 ou 4. Ça se passe effectivement par des soins fait régulièrement, des pansements changés, une bonne transmission de « là j'ai observé ça pendant la toilette ». Essayer d'agir le plus tôt possible pour éviter que ça s'aggrave et ne pas arriver à un stade trop avancé. D'autres mesures de prévention ? Il y aurait peut-être à réfléchir de ma part la dessus mais je pense sur mon poste, sur mes qualités, mes capacités d'ergo, je pense que j'interviens déjà au mieux que je puisse. Ça pourrait être invité à réflexion mais la tout de suite je ne vois pas d'autres choses à mettre en place. Euh... mais ça pourrait être une meilleure communication pluridisciplinaire, meilleur suivi des patients, transmission des choses qui peuvent être observées. Surtout par les équipes qui voient les patients au jour le jour et qui peuvent être plus à même de détecter des besoins que nous on ne voit pas forcément en tant que rééducateur.

Etudiante : Comment rendez-vous le patient acteur de sa prise en soin dans le cadre de la prévention d'escarres ?

Ergothérapeute 1 : Ça pour le coup sur le SLD ça va être un petit peu difficile vu que on a des patients, comme je vous disais au début, qui sont cognitivement... qui pour la majorité ont des troubles cognitifs et pour la plupart qui sont avancés. Ce qui fait qu'on des profils ou... bah pour les patients qui se mobilisent assez bien du coup il y a moins de risque d'apparition d'escarres. Il y en a toujours, on ne va pas dire qu'il y en a pas mais moins de risque d'apparition d'escarres et du coup moins le besoin d'intervenir auprès d'eux. Et pour les patients qui ont des risques d'escarres c'est souvent du coup ces patients qui ont des troubles cognitifs assez avancés et qui vont être beaucoup plus passifs, qui ne vont pas être en mesure de communiquer verbalement ou non verbalement, pas en mesure de se mobiliser et ou pour le coup malheureusement, ils sont un peu plus passif. Mais pour le coup, si on est un peu plus sur le SSR onco ou les patients ont plus de capacités... Pour les patients ou on a pu constater des rougeurs au talon ça va être de s'ils le peuvent, de se mobiliser, d'essayer de sortir du lit, d'essayer de se lever, de marcher un petit peu, d'aller faire des tours dans les couloirs. La bas c'est vraiment d'essayer d'alterner entre l'installation au lit, l'installation fauteuil, pas avoir trop de l'un ou trop de l'autre. Et si c'est des patients qui restent confinés au lit éventuellement faire des petits mouvements, des petits exercices une fois qu'ils sont au lit pour pas garder les appuis trop prolongés ou changer de position. Essayer de garder un petit peu une activité physique même confiné au lit. C'est ça qui me vient en tête. C'est vrai que le SLD c'est un peu plus compliqué. C'est des patients qui ont des escarres qu'on ne peut pas trop mobiliser activement... Malheureusement.

Etudiante : Connaissez-vous le terme « performance occupationnelle » et à quoi fait-il référence ?

Ergothérapeute 1 : « Performance occupationnelle » tel que je l'entends et je pense que tu pourras me corriger si je me trompe, ça va être dans l'idée d'investir une activité pour retrouver un sens à l'occupation. J'ai l'impression d'enfoncer les portes ouvertes mais du coup d'avoir une prise en charge de rééducation ou de réflexion là-dessus pour retrouver une autonomie aux gestes de la vie quotidienne et passer par le spectre de la performance pour évaluer ça et participer plus sur des trucs qui sont signifiants, significatifs pour la personne.

Etudiante : C'est un terme qui est utilisé par le MOH, le Modèle de l'Occupation Humaine. En fait il y a l'Être, la personne qui va agir et dans l'Agir il y a ce qu'on peut appeler un entonnoir donc il y a « la participation occupationnelle » c'est l'engagement du patient, en dessous il y a « la performance occupationnelle », du coup c'est le fait d'accomplir une tâche qui relève d'une occupation. Par exemple l'occupation « faire sa toilette » peut donner lieu à la tâche « se laver les bras », ça va être « une performance occupationnelle ». Je ne sais pas si c'est plus clair ?

Ergothérapeute 1 : Oui, oui ! Bah surtout qu'on a été reformé sur le MOH récemment. Mais c'est vrai qu'à force de ne pas l'appliquer on perd forcément un petit peu les termes.

Etudiante : D'où la prochaine question en rapport avec le terme « performance occupationnelle ». Quelle est la place de la performance occupationnelle dans votre pratique d'ergothérapeute ? Est-elle, selon vous utilisée par d'autres professionnels de santé ?

Ergothérapeute 1 : Au niveau du SLD encore une fois ça reste compliqué. Je vais me répéter encore une fois mais de par le profil des patients mais effectivement ceux qui sont encore en capacité de se mobiliser on encourage à participer autant que possible aux AVQ, activités de la vie quotidienne dans la mesure de leurs capacités. Et pour le coup c'est quelque chose qui est surtout investi bah par les soignants qui sont plus proche des patients pour les gestes, les actes de la vie quotidienne que ce soit la toilette, l'habillage etc... Si on prend sur le SSR onco, oui, pour le coup c'est investi par d'autres professionnels parce que bah, moi en tout cas j'interviens peu. Sur ce qui est justement les grandes sphères des AVQ que j'ai en tête et que j'évalue principalement c'est marche, passage aux WC, toilette, habillage et prise des repas. Et donc ça va être effectivement...

Etudiante : Ca va être... Excusez-moi je vous ai coupé.

Ergothérapeute 1 : Je vous en prie.

Etudiante : Ca va être surtout les soins personnels du coup ?

Ergothérapeute 1 : C'est ça ! Tout à fait. Dans un premier temps et puis après si on voit avec, notamment les patients de SSR onco il y a potentiellement un retour à domicile. Là éventuellement accès plus sur les activités instrumentales avec des mises en situation etc... Dans un premier temps c'est plus axé sur les AVQ personnelles vu que c'est ce qui intéresse les patients et ce qui est évalué sur l'hôpital directement. A ce moment-là ça peut être surtout réutilisé, réinvesti même peut-être de façon un petit peu inconsciente mais fait quand même par les équipes aides-soignantes, infirmières de par les soins de la vie de tous les jours. D'accompagner le patient à la douche, de faire participer à sa toilette, faire participer au repas même si elle a besoin d'un petit peu d'aide. Sur le SLD aussi il y a un petit peu d'aide au repas si nécessaire, autant que possible c'est de faire manger les patients sans aide. Si on est sur le côté de la nutrition par rapport à la prévention du risque d'escarres. Mais voilà je pense qu'on peut retrouver un petit peu de ça la dedans encore plus sur la sphère des soins personnels de par le profil des patients qu'on a. Et investi par les équipes soignantes dans les actes de la vie de tous les jours. Je crois que ça répond un peu à la question.

Etudiante : Oui. Et juste j'aimerais éclairer quelque chose. Quand vous utilisez le terme « participer ». Donc si on part sur un profil de patient comme vous dite qui n'a pas de gros troubles cognitifs, avec qui on peut communiquer facilement. Quand vous entendez « participer » c'est quoi exactement ?

Ergothérapeute 1 : Par exemple quand c'est au niveau de faire sa toilette c'est de voilà réaliser la toilette du haut du corps, réaliser la toilette du bas du corps. Si on dit qu'il faut une aide partielle à la toilette ça veut dire que la personne peut réaliser une partie de sa toilette seule et a besoin d'une aide pour d'autres zones ou souvent c'est plus difficile à accéder comme descendre jusqu'à venir toucher les pieds ou au niveau du dos aussi qui est une zone qui n'est pas facile à accéder. Ou pour des patients pour qui la toilette est faite au lit ça va être de se mobiliser, de ce posturer sur les côtés pour pas être que sur un côté.

Etudiante : Ce serait lui indiquer, lui demander de faire certaines...

Ergothérapeute 1 : Exactement ! Certaines tâches. Parce qu'il y a aussi des patients, on voit ça sur le SSR onco, des patients qui ont la capacité motrice de tous faire tous seul mais qui si on les laisse tous seul ne feront pas. Ils ont besoin du coup d'un accompagnement verbal, de quelqu'un pour les motiver, pour les soutenir, pour faire la toilette et conserver les capacités qu'ils ont.

Etudiante : Ok. Et oui ça répond à ma question.

Ergothérapeute 1 : Très bien.

Etudiante : Est-ce que vous sensibilisez les autres professionnels à l'importance de l'inclusion de la performance occupationnelle lors de la prise en soin des patients ? Si oui, comment ?

Ergothérapeute 1 : Pour le coup je dirais que je sensibilise plus sur le positionnement, la prévention, plus que sur la partie performance occupationnelle. Pour être transparent. C'est-à-dire que, une mini formation que je fais depuis quelque mois, que j'ai refait récemment, c'est sur le positionnement lit et sur quel type de fauteuil. Quels sont les modèles de coussin qui existent ? Chaque type de coussin à quoi ça sert ? Ou est-ce que ça va ? Et pourquoi est-ce qu'on le met en place ? Quel est son rôle ? En plus des affichages qui sont en places. Mais voilà c'est quelque chose que j'essaie de réactualiser pour

que ce soit clair pour tous les soignants, et comprendre les limites visuellement. On monte dans une chambre, je vois qu'il y a tel type de coussin, ah bah ça j'ai pu voir, je sais que ça sert à ça et en plus il y a l'affichage pour vérifier si nécessaire. Sur la performance occupationnelle par contre je pense que je ne sensibilise pas vraiment. J'ai pas d'exemple en tête particulier ou j'ai pu intervenir la dessus ou discuter avec les équipes de ça. Jusque-là en tout cas ça a été plutôt sur prévention, positionnement, mise en place de coussin. Tel que j'essaie de me le représenter ça aurait été plus de redire des trucs que les soignants font spontanément. De dire ah bah si le patient peut se laver, l'accompagner à la salle de bain. Normalement c'est déjà fait par les équipes au quotidien. Après il y a peut-être du coup un axe à trouver, quelque chose de plus à pouvoir dire, spécifique ergo la dessus, mais en tout cas la jusque-là non.

Etudiante : Du coup, de ce que j'entends, la performance occupationnelle ça se fait naturellement ?

Ergothérapeute 1 : C'est plutôt ça ouais.

Etudiante : Les professionnels de santé ont tendance à s'adapter aux patients et à partir sur leurs capacités motrices ?

Ergothérapeute 1 : C'est ça.

Etudiante : Et naturellement de leur demander de participer, enfin de faire la tâche demandée.

Ergothérapeute 1 : Ouais. Spontanément il y a un truc qui correspond à la réalité du terrain. C'est que ça soulage un petit peu les soignants si les patients peuvent participer activement à leur toilette. Tous les patients lourds qu'on a, qui nécessite une toilette complète au lit ou c'est les soignants qui font la totalité de la tâche voilà. S'il y a des patients qui peuvent se mobiliser et participer activement à la toilette, à l'habillage etc... Là ils vont plutôt essayer de favoriser ça, parce que ça va les soulager un petit peu au niveau de la charge de travail, tout simplement.

Etudiante : Dans le MOH on retrouve également le terme habiletés. Ces habiletés correspondent aux plus petites actions effectuées pour accomplir une tâche. On retrouve parmi elles les habiletés motrices notamment. C'est sur elles que je vais me concentrer du coup. Selon Kielhofner et Taylor, les habiletés motrices sont : « les actions observées lorsque la personne interagit avec les objets de la tâche, les déplace et se déplace elle-même dans l'environnement de la tâche ». Est-ce que ça va comme explication ?

Ergothérapeute 1 : Ouais tout à fait ! C'est encore assez frais le MOH vu qu'on l'a refait récemment.

Etudiante : Bah super. Mes prochaines questions seront sur les habiletés motrices.

Ergothérapeute 1 : Ok.

Etudiante : La stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle a-t-elle sa place dans la prévention d'escarres ? Pourquoi ?

Ergothérapeute 1 : Oui ! Tout à fait ! A mon sens je le vois surtout sur le SSR onco ou là pour le coup je peux faire passer des bilans plus complets. Du coup je peux évaluer un petit peu ça chez les patients à leur entrée. J'essaie toujours de faire passer un petit bilan et d'évaluer. Du coup les capacités motrices du patient sont évaluées sur un plan théorique, fonctionnel si le patient pourrait avoir une autonomie, une participation aux AVQ. Et oui du coup, en stimulant les habiletés motrices du patient on peut venir les rendre plus acteurs du coup de leur mobilisation, de leurs soins, de leur participation aux activités. Et favoriser la performance occupationnelle.

Etudiante : Est-ce que vous pouvez me donner des exemples d'évaluation que vous utilisez pour...

Ergothérapeute 1 : Le truc tous bête c'est de faire passer sur un temps de 10, 15 minutes pour pas trop fatiguer le patient. C'est assez variable. Mais ça va être tout bêtement de venir toucher différentes parties du corps. Enfin, je vais dire à la personne « je fais les gestes et j'aimerais que vous les reproduisiez comme face à un miroir ». Et du coup à ce moment-là on va partir de la tête aller au maximum des amplitudes avec les bras. Venir chercher les épaules, dos, etc... Puis après venir descendre et aussi bouger un petit peu les jambes, monter de genoux, les tendre, pour croiser les jambes, s'il y a des difficultés à venir les toucher comme c'est au niveau des pieds. Je trouve ça assez simple déjà à faire pour le patient, assez court, et ça permet déjà de se rendre compte si il y a des grosses limitations ou pas au niveau fonctionnel pour le patient. Et évaluer en même temps au niveau de la motricité fine.

Etudiante : C'est un des items du BME ?

Ergothérapeute 1 : Oui. Tout à fait. Voilà.

Etudiante : C'est simple à faire passer et c'est assez parlant au niveau des mouvements demandés parce que c'est des choses qu'on fait dans la vie quotidienne.

Ergothérapeute 1 : C'est ce que je trouve en tout cas. Ça va faire 6 ans que je bosse sur ces deux services et notamment sur le SSR onco. Je trouve que c'est plus efficace pour effectivement voir tout de suite si il y a des difficultés on les voit spontanément. Et on peut voir ce qu'on peut mettre en place comme technique de compensation ou de trucs auxquels il faut faire attention au niveau des soins et voilà. Je trouve ça assez représentatif.

Etudiante : Et puis c'est vite fait passé entre guillemets. Pour le patient mais même pour vous j'imagine. Vous avez pas non plus une heure à consacrer à une évaluation.

Ergothérapeute 1 : C'est ça et puis... après bon là on n'a pas beaucoup de patient sur le SSR onco mais à un moment quand ont été avec plus de patients. Passer une heure si c'est juste pour faire passer des items, ça n'a pas trop d'intérêts. Effectivement le BME je m'en suis saisi pour reprendre des parties qui m'intéressaient, avoir une vue assez clair sur le patient, ses capacités actuelles là tout de suite dans les AVQ et comment est-ce qu'on peut intervenir. Être au plus proche de ses besoins et de façon assez efficace. Après ça pourrait être enrichi d'autres trucs, je dis pas que s'est gravé dans le marbre et qu'il n'y a pas matière à se repositionner sur ce qu'on fait. En tout cas je crois que ça fonctionne plutôt bien comme évaluation.

Etudiante : Et Entrainer le patient à positionner son corps, soutenir une performance ou encore aller chercher, tenir, se mouvoir et déplacer des objets lors d'occupations quotidiennes peut-il permettre de prévenir l'apparition d'escarres ? Pourquoi ?

Ergothérapeute 1 : Tout à fait ! Ça pour le coup au début on disait qu'on ferait plus sur le SLD mais finalement là je pense plus au SSR, on a des patients avec un peu plus de capacités et de possibilités de se mobiliser. Oui du coup, souvent ce que je peux faire en terme de prise en charge avec les patients ça va être un travail de rééducation des transferts, de mobilisation, d'utilisation d'aides techniques etc... A ce moment la oui, de les faire se mobiliser régulièrement, de travailler. Là j'ai l'exemple d'un patient qui est sorti récemment. Qui est arrivé et qui avait beaucoup de difficultés à sortir du lit, à s'installer au fauteuil et à se lever. Il y a eu tout un travail de fond de rééduquer les transferts, d'avoir les bons réflexes pour se mobiliser, pour se verticaliser. Parallèlement, la mise en place d'aides techniques, une barre d'appui au niveau du lit pour se mobiliser plus facilement, sortir du lit en

autonomie. Ensuite, travailler le transfert. Quelles sont les bonnes positions ? Comment les adopter ? Ensuite une fois qu'on est debout, tenir la station debout, faire un petit peu de travail moteur une fois debout pour amener vers la rééducation de la marche. Ensuite en collaboration, en parallèle avec la kiné, mise en place d'une aide technique adaptée. Utilisation adaptée de cette aide technique. Et voilà, on a récupéré un patient qui à sa sortie peut se déplacer en autonomie avec un déambulateur 4 roues. Je pense qu'on a pu aussi prévenir le risque d'apparition d'escarres par cette mobilisation, de le sortir du lit régulièrement. Je ne sais plus si on avait mis en place des coussins au fauteuil pour favoriser son confort mais ça aurait pu être fait aussi éventuellement. Donc ouais je pense que c'est un tout effectivement.

Etudiante : D'accord. Quelles méthodes envisagez-vous ou utilisez-vous pour encourager les patients à utiliser leurs habiletés motrices ? Du coup je pense que ça va reprendre ce que vous avez dit.

Ergothérapeute 1 : Oui. Là où je peux compléter un peu, c'est que ça dépend aussi de la motivation, des profils des patients. Là pour le patient que je viens de citer dans l'exemple, c'est un patient qui vraiment étaient très volontaire, qui a bien investi les divers prises en charge de rééducation, qui était très motivé à charbonner pour faire des efforts, pour se mobiliser, tout ça. Voilà typiquement si je prends l'exemple d'une autre patiente sur le SSR onco qui est pour le coup beaucoup plus dur à faire mobiliser, qui est assez ambivalente dans son discours entre différents soignants, et qu'on trouve au lit toujours à « j'suis très fatiguée, je me sens pas capable » et qui a beaucoup perdu en capacité, qui passe beaucoup de temps au lit où il risque d'y avoir un risque d'apparition d'escarre. Là on sait récemment qu'il y a eu un cas, ce weekend, elle a pu être mise au fauteuil et sortir parce que sa famille venait et ses petits-enfants. Ça l'a motivé du coup à sortir. Ça va être plus de dire « bah madame T si vous voulez passer plus de temps au fauteuil, plus sortir, c'est tout à fait possible mais ça passe aussi par la rééducation, par la prise en charge ». C'est un truc qui je pense aussi est assez ergo, ça va être de donner un petit peu un sens à l'activité et pas juste de « bah voilà on va effectuer le transfert, on va se mettre debout 5 fois pendant 3 secondes à chaque fois », pour avoir un truc assez... comment dire, pas robotique, mais très théorique, très factuel, très rééduco-centré. Alors que si on va plus sur la démarche « bah on va essayer d'aller sur le fauteuil pour se réhabituer comme ça vous pourrez passer plus de temps au fauteuil quand votre famille viendra vous voir et éventuellement sortir dans le jardin » etc... Plus réaxer sur quelque chose qui est liée à l'occupation, à quelque chose qui va motiver la patiente, la personne et à être plus du coup actrice de sa prise en charge, la motiver quoi.

Etudiante : D'où le spectre du MOH ou il y a la participation en tout premier. Ce serait plus ce thème-là, le fait de s'engager dans quelque chose qui a du sens.

Ergothérapeute 1 : Voilà ! C'est la mot que je recherchais, avoir du sens, c'est ce que j'ai dit tout à l'heure, ce qui est significatif pour la personne, même si on va sur des prises en charge de rééducation motrice, c'est vrai qu'on a souvent tendance, même moi actuellement je vois faire par des jeux, des trucs qui n'ont pas trop de sens, ou là le discours est plus de faire le parallèle sur des gestes dans le quotidien qui ont du sens pour la personne. Cette idée ou on a un peu du mal à faire valoir une prise en charge ergo, il y a cette idée de retrouver du sens, de retrouver quelque chose de qualité de vie, quelque chose de concret pour la personne à réinjecter dans son quotidien.

Etudiante : Dernière question. La stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle est-elle encouragée dans les hôpitaux ? Y-a-t-il, selon vous, des limites à sa mise en place dans le cadre de la prévention d'escarres ?

Ergothérapeute 1 : Si il y a des limites... Je dirais que c'est une problématique plus générale, ça va être plus au niveau du personnel présent et du temps que le personnel peut accorder aux patients. Parce qu'encore une fois on peut mettre sur le plan théorique plein de choses en place bien pour la prise en charge du patient, son accompagnement, sa stimulation, son positionnement. Après si sur le terrain,

c'est le cas actuellement, si on n'a pas assez d'effectif sur place, assez de personnes, notamment sur le SLD. C'est découpé en 4 secteurs avec à chaque fois à peu près une vingtaine de patients. Si on se retrouve sur chaque secteur avec 1 infirmière et deux aides-soignantes pour vingt patients, forcément ça va être un peu plus compliqué à ce moment-là de bien soigner entre guillemet. Ou du moins de prendre le temps de faire les choses comme il faut pour chaque patient individuellement. Donc ouais, je dirais que ça va être plus être ça. Un manque d'effectif, un manque de personnes ça va être un cercle vicieux. Moins on a de monde, moins on a de temps à accorder aux patients, moins les soins sont bons, plus le patient risque de se dégrader. Dans un contexte où on n'a pas assez de personnel je dirais que ça peut être ça le frein majoritaire. Si les aides-soignantes, les infirmières sont en sous-effectif. Même si il y a des patients lourds, si il y a pas assez de personnel, on ne peut pas prendre le temps qu'il faut avec les patients, c'est ça qui arrive des fois. Quand il y a 15 toilettes à faire, forcément les aides-soignantes n'ont pas le temps de faire une toilette complète, de passer le temps qu'il faut ou de bien stimuler la personne. J'ai dit tout à l'heure que ça allège un petit peu le taff de stimuler les capacités de la personne, mais des fois ça va être de plus faire quelque chose à la va vite parce qu'il y a encore 14 toilettes qui attendent derrière et que à midi c'est l'heure du déjeuner qu'il faut donner aux patients. Il y a pas assez de monde quoi. C'est ça qui me vient en tête principalement au niveau des limites de stimuler cette performance occupationnelle. Et il y a quelque chose d'autre qui me vient en tête. Plus sur le SSR onco, avec des patients qui ont des cancers, des maladies qui peuvent quand même évoluer assez rapidement, c'est que des fois on a beau essayer de stimuler un patient, d'un coup il va se dégrader de façon assez brutale. On se retrouve assez limité sur ce qu'on peut proposer en termes de mobilisation, de rééducation et en termes de participation. Il n'y a malheureusement pas grand-chose que l'on puisse faire à ce moment-là à par assurer le confort autant que possible. Ça va dépendre de la personne, de son état, de ses capacités. Des fois il faut se rendre compte qu'un patient se dégrade et qu'il n'y a pas grand-chose de plus qu'on puisse faire. A part l'accompagner vers cette fin de vie. Je sors peut-être un petit peu du cadre de la question.

Etudiante : Non c'est super. Merci. Je ne sais pas si vous avez des choses à rajouter ?

Ergothérapeute 1 : Non je pense que c'était assez complet. Tel que c'était déroulé l'entretien ça permettait bien d'être du côté macro pour petit à petit aller plus vers le micro. C'était assez intéressant. Si je peux finir sur un beau message c'est que, comme ce que j'ai dit, mais c'est hyper important de le répéter. C'est qu'on soigne jamais d'escarres tous seul en tout cas et que c'est important d'avoir cette pluridisciplinarité, cette collaboration entre les différents corps médicaux, paramédicaux. C'est en communiquant, en mettant en place, en suivant, en échangeant entre différents professionnels qu'on est plus à même, du coup, d'assurer une bonne prise en charge pour le patient et de limiter le risque d'apparition d'escarres. Favoriser la participation occupationnelle et la performance occupationnelle et la qualité de vie au quotidien.

Etudiante : Merci.

fin de l'entretien

*Annexe III : Retranscription de l'entretien n°2 auprès de l'Ergothérapeute 2***Entretien n°2 :**

Etudiante : Dans un premier temps, est-ce que vous pouvez me présenter votre parcours professionnel ?

Ergothérapeute 2 : Alors j'ai fait mes études de 2012 à 2015 en ergo. Je suis partie en Inde travailler avec des enfants en ergothérapie et donc du coup j'ai commencé à travailler en 2016. Là j'ai travaillé dans un SAAD, SSIAD, dans une équipe mobile Alzheimer. J'étais ergo donc je faisais des évaluations et j'étais aussi un peu coordonnatrice. C'est moi qui faisais les plannings des ASG pour la stimulation cognitive. Donc ça j'ai fait ça pendant six mois. Et ensuite je suis arrivée à Paris et j'ai fait 3-4 ans en hôpital de jour gériatrique où j'ai fait des bilans moteurs et cognitifs d'autonomie, enfin le bilan modulaire en ergothérapie. Et j'ai fait également des groupes de stimulation cognitive et prévention chute quotidiennement en hôpital de jour avec des patients à risque de chute et avec des troubles cognitifs. Et là ça fait trois ans que je travaille en SSR gériatrique. J'ai fait un peu du SLD, donc unité soins longue durée avec beaucoup de positionnement et un peu du GA, l'unité gériatrique aiguë, plus du positionnement. Et donc là en SSR gériatrique on fait des installations, positionnements, prévention escarre, prévention position vicieuse, de la rééducation motrice principalement post AVC ou orthopédique au niveau du membre supérieur. Je fais des préparations retour à domicile, intégration d'aide technique, etc. Voilà.

Etudiante : Est-ce que les escarres c'est une problématique que tu rencontres souvent chez les personnes que tu accompagnes durant leur hospitalisation ? Et si oui, en quoi est-elle une gêne dans l'accompagnement des patients ?

Ergothérapeute 2 : Alors, j'ai oublié de dire, je suis aussi référente au CLUD, donc c'est le comité local de lutte contre la douleur. Et du coup j'interviens au CLUD en tant qu'ergothérapeute pour diminuer la douleur, notamment au niveau des escarres. Et parce que je suis référente aussi manutention, donc aussi au niveau de la manutention qui peut amener de la douleur si on manutentionne mal les patients. Donc votre question c'est, est-ce que je rencontre des escarres ?

Etudiante : Oui, est-ce que c'est une problématique que vous rencontrez souvent ?

Ergothérapeute 2 : Donc, on en a tout le temps. J'ai envie de dire qu'à l'hôpital c'est des patients qui arrivent avec des escarres, principalement. Nos patients arrivent souvent avec des escarres, principalement talons, sacrum. Donc nous on intervient si ils arrivent des urgences, je vois les patients souvent en UGA, on intervient immédiatement avec les infirmières, aides-soignants et l'équipe et l'infirmière plaie pour faire du positionnement. Donc là on vient, en plus du matelas à air, on vient décharger les escarres et il y a quelques escarres qui se forment à l'hôpital et dans ce cas-là, pareil, on intervient sur l'installation au fauteuil, sur l'installation au lit pour décharger au maximum. Et après le reste de la question...

Etudiante : C'était en quoi étais-ce une gêne dans l'accompagnement des patients ?

Ergothérapeute 2 : Du coup, la plupart du temps, les escarres, ça apporte énormément de douleur au patient, ça freine l'activité parce que le patient va refuser d'aller au fauteuil parce que c'est trop douloureux, le positionnement sur l'escarre, donc au sacrum, aux ischions, ça va apporter trop de douleur, donc le patient est dans le refus d'aller au fauteuil ou alors toute mobilité. Soit le patient, en fait, juste se mobiliser dans le fauteuil, se rehausser, enfin participer à quelque chose, ça lui fait mal, donc voilà.

Etudiante : A tous les stades, ça lui fait mal ou pas ?

Ergothérapeute 2 : Souvent on découvre une escarre, par exemple, au talon, au stade 1, juste la rougeur, parce que le patient se plaint de douleur, donc oui. Après, quand ils sont au stade de nécrose, le patient, toute mobilisation fait qu'il a extrêmement mal, mais du coup, on travaille quand même avec l'équipe d'accompagnement de la douleur et l'infirmière plaie pour trouver à la fois un positionnement, dans le cas, c'est plus l'ergo, et à la fois un traitement médical pour soulager la douleur.

Etudiante : Pour vous, c'est quoi les facteurs de risque qui influencent le développement d'escarre ?

Ergothérapeute 2 : Eh bien, l'inactivité, le patient qui ne se mobilise pas du tout, la malnutrition, la dénutrition, l'humidité, le fait qu'il soit souillé longtemps, pas changé.

Etudiante : Est-ce que l'hôpital a un protocole de prévention d'escarre ? Et si oui, votre avis en tant qu'ergothérapeute, influence-t-il les démarches mises en place ?

Ergothérapeute 2 : Alors, un protocole, normalement, chaque patient qui arrive doit être évalué au niveau du Braden. Ça, c'est en théorie. Le Braden doit être réévalué à la sortie et doit être réévalué après chaque épisode aigu ou tous les mois. En gros, il doit être réévalué régulièrement, donc tous les mois, et puis à chaque épisode aigu. En pratique, on a changé de logiciel de dossier médical partagé et dossier infirmier. Avant, c'était un autre truc. Et en fait, depuis, ça fait un an et demi, c'est très peu fait. Donc, c'est plutôt un examen clinique général qui fait que les soignants mettent un matelas à air. On est censé réévaluer, du coup, pour supprimer le matelas à air quand le patient n'est plus à risque, c'est le protocole. Et ensuite, les soignants ont quand même une petite base de formation, donc ils savent positionner le patient. Et ensuite, ils savent également faire appel à l'ergothérapeute pour le positionnement. Donc, je pense que l'ergothérapeute est ensuite dans le protocole. Enfin, ce n'est pas écrit genre il faut faire appel, mais c'est de s'associer et ils savent qu'ils doivent faire appel à un ergothérapeute s'il y a une escarre pour le positionnement. Et ils mettent le matelas à air à n'importe quel stade. Le protocole sur l'hôpital, sur le groupe hospitalier, c'est matelas à air si présence d'escarre ou matelas à air si le Braden est en dessous de 12. Mais à l'hôpital, il est mis, je pense, suite à un examen clinique. Donc, si on évalue en regardant le patient ou en connaissant le patient qu'il est à risque d'escarre, ils le mettent en place. Donc, c'est assez systématique finalement, à l'arrivée, si le patient ne se mobilise pas et qu'il est dénutri, matelas à air. Donc, ils n'utilisent pas trop le bradel. Par contre, l'évaluation pour retirer le matelas à air, là, il est moins bien fait. Vraiment, on a des patients qui se mobilisent, qui sont indépendants dans les transferts, qui sont toujours sur un matelas à air.

Etudiante : Et ça ne présente pas un risque, justement, que ce soit plus à risque d'escarre que de prévention d'escarre ?

Ergothérapeute 2 : Alors, on n'est pas à risque d'escarre, on est à risque de dépendance. C'est-à-dire que, du coup, le patient va s'abîmer plus facilement sur un matelas en mousse viscoélastique si on l'a laissé trop longtemps sur l'air. Parce qu'en fait, le corps s'est habitué à avoir de l'air, et du coup, si on repasse sur un matelas en mousse viscoélastique, on dit qu'il est devenu dépendant à l'air, et du coup, il va s'abîmer même sur de la mousse. Alors que la mousse viscoélastique est une prévention primaire. Même si le patient se mobilise bien, on parle de risque de dépendance à l'air. Évidemment, ce n'est pas tous les patients qui restent trop longtemps sur l'air vont s'abîmer sur un matelas en mousse viscoélastique, mais c'est juste que le risque de s'abîmer sur un matelas en mousse viscoélastique est plus important s'il a passé beaucoup plus de temps sur l'air. Parce qu'il a moins l'habitude, parce que le corps sait que s'il a un appui sur de l'air, il va pas trop s'abîmer, et du coup, d'un coup, il retrouve quelque chose de plus dur. Même si c'est mou, le corps va s'abîmer quand même. Le risque est plus

important. Et souvent, quand il rentre à la maison, il rentre sur un matelas standard. Donc on passe de l'air à un matelas standard, alors que la mousse viscoélastique est entre les deux.

Etudiante : Et en tant qu'ergothérapeute, vous intervenez auprès des patients pour prévenir le risque d'escarres ? Si oui, comment vous prévenez leur apparition ?

Ergothérapeute 2 : Après nous, on peut, en plus de faire du positionnement, on peut aussi expliquer aux patients, quand les patients sont bien cortiqués, par exemple si le patient a une escarre stade 1 au talon ou au sacrum, et qu'il ne supporte pas mon coussin S parce que le coussin S est trop englobant, et que le patient est en capacité de se mobiliser, là je vais lui dire que c'est à lui de venir se mettre sur le côté, je peux lui donner une cale de décubitus qui est du coup un coussin qui peut venir lui-même se caler dessus, et donc il est plus autonome. Donc on fait du positionnement pour les patients plus dépendants, mais on va aussi faire de la prophylaxie, des conseils de l'ETP, l'éducation thérapeutique du patient, pour expliquer aux patients que c'est important de décharger les talons, que c'est important de changer d'appui, que c'est important de venir se mettre sur le côté la nuit, que c'est important de se rehausser au fauteuil, que c'est important de venir se mettre debout dans la journée, et que rester assis toute la journée au fauteuil c'est pas bien, que n'importe qui peut avoir mal aux fesses, et que du coup c'est important de juste soulager ses fesses, ou s'ils sont en capacité de se mettre debout, mais juste faire un push-up c'est bien, se rehausser dans le fauteuil c'est bien, basculer les fesses à gauche à droite c'est bien. En plus du positionnement on peut donner des conseils.

Etudiante : Du coup même avant qu'il y ait une escarre, quand vous voyez par exemple que c'est un patient qui peut se mobiliser, et que vous voyez qu'il y a risque après, alors vraiment c'est vers le stade 1 ?

Ergothérapeute 2 : Alors on n'est pas forcément sur un stade 1, mais le patient se plaint d'une douleur au niveau du sacrum, au niveau des ischions, et on sait que c'est des zones à risque, et on sait que l'inaction, donc on a nos petits patients qui sont dans le fauteuil et qui ne bougent pas beaucoup spontanément, parce qu'ils peuvent pas marcher tout seul, mais en fait ils peuvent se mettre debout, donc on leur réexplique que le fait de juste se soulever les fesses en push-up, ou de se mettre debout une minute, ou de changer des points d'appui, ou de se rehausser, parce qu'en fait ils vont se plaindre de la longueur de l'installation au fauteuil, parce qu'ils peuvent pas marcher tout seul, mais en fait voilà, juste le fait de glisser sur le sacrum, on sait que c'est un risque d'escarre, et du coup on les prévient avant même l'apparition, mais il y a déjà une douleur, mais du coup on n'est pas sûr, je pense, on n'est pas sur un stade 1, mais on a une douleur, et un patient qui bouge pas beaucoup, donc on les prévient en amont. Mais c'est souvent suite à une douleur. C'est un patient qui a pas mal aux fesses pour moi, ça veut dire qu'il bouge spontanément, il se réinstalle sur son fauteuil, et du coup il n'y a pas de douleur, donc le risque d'escarre est moins présent.

Etudiante : Avez-vous été confrontée à plusieurs patients avec lesquels les mesures de prévention habituelles ne suffisaient pas ? Est-ce que vous pouvez me donner des exemples de certaines situations ?

Ergothérapeute 2 : Écoutez, là dernièrement j'ai un patient qui a une escarre stade 4 au sacrum, donc qui dit escarre sacrée, on vient mettre le patient en décubitus latéral, en trois quarts, pour décharger le sacrum, et là à chaque fois le patient, en fait, il levait son bassin et il se remettait sur le dos. Il était finalement plus confortable sur le dos, il arrivait à faire des ponts, donc à soulever son bassin pour se soulager, donc la position trois quarts que je lui proposais ne lui convenait pas parce qu'il revenait sur le dos, et finalement il n'était pas si douloureux que ça sur le dos. Donc dans ce cas-là, en fait, on va dans le sens du patient, c'est son confort avant tout, le soin d'escarre de toute façon en stade 4, on n'arrive pas à cicatriser, on est sur un soin de confort, c'est prévention douleur. Pareil, on avait essayé

avec ce monsieur de l'installer au fauteuil, la position au fauteuil était douloureuse, il le supportait parce qu'il avait la motivation d'aller voir sa femme, mais je n'arrivais pas à décharger comme l'escarre au sacrum était très gros, je ne pouvais pas décharger le sacrum au point de soulager la douleur, les médicaments ne soulageaient pas la douleur, donc lui supportait le fauteuil, il le disait, il avait le temps de voir sa femme et donc moi j'ai demandé aux équipes et aux médecins qu'il ne soit pas levé tous les jours. Donc oui, on ne peut pas toujours soulager, on ne peut pas toujours décharger l'escarre, on doit aussi faire en fonction des habitudes de vie du patient, c'est-à-dire qu'il y a un patient, si je lui dis on va dormir sur le côté, non, je ne peux pas dormir sur le côté, vous ne pouvez pas dormir sur le côté, dans ce cas-là, s'il a une escarre sacré et une escarre talon, il ne veut pas être sur le côté, en fait on réfléchit ensemble qu'est-ce qu'on peut faire, je ne vais sûrement pas lever les jambes pour décharger les talons parce que du coup je vais majorer l'escarre sacré, le mieux c'est de mettre le patient en décubitus dorsal strict, dans ce cas-là il y a une très bonne répartition des appuis, il n'y a pas une décharge des escarres mais il y a une répartition des appuis, déjà le risque est minimisé ou alors il y a d'autres solutions encore, c'est de mettre en semi-fowler, en 30 degrés de flexion de hanche et 30 degrés de flexion de genoux et dans ce cas-là pareil, on a une répartition parfaite, donc on n'appuie pas sur le sacrum mais on appuie partout, donc c'est pas une décharge mais on répartit, donc en gros voilà on a plein de solutions, plein de coussins de décharge, plein de positionnements, on fait en fonction de la douleur, du souhait du patient, de ses habitudes de vie et de ce qu'il nous dit, vraiment quand on traite l'escarre, on décharge si possible mais c'est la douleur avant tout, le confort du patient avant tout.

Etudiante : Est-ce qu'il y aurait d'autres moyens que ceux que vous utilisez actuellement, que vous aimeriez mettre en place pour prévenir l'apparition des escarres et pourquoi ?

Ergothérapeute 2 : Indépendamment de moi, je pense que si nos patients étaient changés plus régulièrement en fait, avant les patients étaient changés une fois le matin, une fois l'après-midi, une fois le soir, il y avait au moins trois changes la journée plus un la nuit, on était à quatre changes et en fait aujourd'hui avec la restriction de personnel les patients ils sont changés le matin pour la toilette et ils sont changés dans l'après-midi pour le coucher et donc en fait ils macèrent littéralement dans leurs selles et leurs urines donc au niveau du Braden, l'humidité, en fait on est très très mauvais là-dessus et donc ça c'est vraiment hyper important, c'est ça qui fait que je pense qu'on a de plus en plus d'escarres, après le changement de position il est respecté parce qu'on doit changer de position toutes les 3-4 heures, donc en fait toutes les 3-4 heures le patient est changé de position pour les repas donc là normalement le patient change de position. On essaye de mettre en place des formations auprès du personnel soignant pour expliquer qu'il y a des positions qui majorent le risque d'escarres, notamment les positions qui font glisser au fauteuil quand on a juste une bascule de dossier mais pas de bascule d'assise, le patient il est comme sur un toboggan et on sait que glissement, cisaillement, frottement, en fait ça majore aussi les escarres et donc en fait il faudrait faire plus de formations je pense à l'équipe soignante et faire plus de change de protection pour éviter qu'ils restent dans leur protection souillée et dans ce cas là pour le coup à leur défense c'est plutôt une majoration du personnel. Et ensuite est-ce qu'on pourrait mettre en place d'autres choses ? C'est vrai que si on avait plus de personnel on aurait peut-être plus de patients qui seraient invités aux animations, on a la chance d'avoir une art thérapeute donc il y a pas mal d'activités en plus de la rééducation donc les patients ils sont invités quand même à se mobiliser plus qu'en EHPAD je pense et encore je ne veux pas critiquer certains EHPAD mais voilà c'est vrai que si on avait plus de personnel, donc on aurait plus de change de protection, et en plus, le personnel aurait plus de temps pour peut-être emmener les patients jusqu'aux toilettes, emmener les patients jusqu'à la douche. La toilette, elle ne se referait pas au lit. Le patient, il pourrait être accompagné, peut-être en marchant par les soignants jusqu'à la salle à manger. Et là, aujourd'hui, les soignants, c'est à peine s'ils les emmènent en fauteuil roulant jusqu'à la salle à manger. Voilà, donc le manque de personnel fait que nos patients, ils sont peut-être moins stimulés à faire les choses et du coup, à bouger.

Etudiante : Et comment vous rendez le patient acteur de sa prévention dans le cadre de la prévention d'escarres ?

Ergothérapeute 2 : C'est ce que je disais tout à l'heure, c'est en leur donnant des conseils, en les stimulant à soit se verticaliser, soit à bouger sur le fauteuil, à se rehausser. Et s'ils n'ont pas, au niveau cognitif, l'initiation de le faire, c'est en les stimulant verbalement de le faire régulièrement. Quand tu passes dans les chambres et que tu vois qu'ils ont glissé, de leur dire, rehaussez-vous au fauteuil, reculez dans le fauteuil pour se redresser.

Etudiante : Est-ce que vous connaissez le terme performance occupationnelle et à quoi fait-il référence ?

Ergothérapeute 2 : Je veux bien que vous me le rappeliez quand même, parce que c'est vraiment un terme que je ne connais pas.

Etudiante : Selon le MOH, le modèle de l'occupation humaine, la performance occupationnelle, c'est le fait d'accomplir une tâche qui relève d'une occupation. Par exemple, l'occupation faire sa toilette peut donner lieu à la tâche de se laver les bras. C'est un peu comme un entonnoir. On découpe l'activité en plein de tâches. En fait, dans le MOH, vous avez la participation occupationnelle. Donc ça, c'est plus l'engagement du patient dans son occupation. En dessous, vous avez la performance occupationnelle. Donc là, c'est le fait de faire l'occupation, mais en plusieurs tâches. Et en dessous, vous avez les habiletés motrices. Mais ça, j'y reviendrai. Quelle est la place de la performance occupationnelle dans votre pratique d'ergothérapeute ? Est-elle, selon vous, utilisée par d'autres professionnels de santé ?

Ergothérapeute 2 : Alors, moi, je suis en gériatrie, donc j'utilise plus le modèle du PPH. Plus on va faire participer le patient dans les activités de la vie quotidienne, plus il va être acteur. Si je vous donne un exemple, si je fais travailler mon patient pour un rehaussement au lit, je peux le glisser. Donc, avec le drap de glisse, on annule entre nous le frottement, mais on sait très bien qu'au quotidien, on n'utilise pas le drap de glisse. Donc, il y a frottement et glissement. Donc, il y a risque d'escarre. Si je fais participer mon patient avec une potence en soulevant son bassin, c'est lui qui va faire l'effort. Donc, déjà, on va le rééduquer. Enfin, je veux dire, on va l'aider à garder ses capacités motrices. Donc, ça, c'est une chose. Et en plus, s'il nous aide à participer, eh bien, du coup, le risque de cisaillement est beaucoup moins important. Si le patient peut le faire, mais qu'il ne sait pas faire, je peux juste le guider, c'est lui qui va le faire. Et du coup, il va se décharger. Comme je disais tout à l'heure, si le patient est au fauteuil assis, il se laisse glisser parce que cognitivement, il ne sait pas qu'il faut se rehausser, il n'a pas l'initiative de le faire. Si je lui dis de faire, donc c'est lui qui travaille, c'est lui qui fait les choses, eh bien, pareil, il va se rehausser, il va le faire tout seul. Et donc, dans ce cas-là, le risque d'escarre, parce qu'il n'est pas mobile, diminue. Donc, en gros, c'est plutôt en sollicitant sa participation que, du coup, on réduit le risque d'escarre.

Etudiante : La performance occupationnelle, est-elle, selon vous, utilisée par d'autres professionnels de santé ?

Ergothérapeute 2 : Oui. Eh bien, tout dépend des professionnels. C'est les soignants qui sont au plus près du patient, qui connaissent le mieux le patient, et du coup, c'est les soignants qui font tous les transferts, etc., qui invitent le patient à se bouger, à aller aux toilettes, à aller dans la douche, etc. Et du coup, j'ai envie de te dire, c'est soignants dépendants. Il y a des soignants qui n'aiment pas leur métier, qui ont oublié que le patient est un humain, et du coup, qui sont un peu dans la maltraitance ordinaire, c'est-à-dire qui font à la place du patient, sans chercher à savoir ce que fait le patient, à lui demander de faire, et toi, en tant que soignant, à faire ce que le patient ne peut pas faire. Il y a des soignants qui lavent le patient, comme tu laverai ta voiture, et qui ne font pas participer le patient,

qui n'évaluent pas les capacités du patient pour le faire participer au maximum. Et ça... Moi, je le vois en formation de manutention. En fait, on apprend à construire un soin de manutention, c'est-à-dire qu'on apprend aux soignants à évaluer la capacité du patient. Est-ce qu'il a des capacités motrices ? Oui. Est-ce qu'il a des capacités cognitives ? Oui. Du coup, on lui dit, rehaussez-vous. S'il a des capacités motrices, mais pas de capacités cognitives, on va décomposer la tâche, on va lui dire verbalement, penchez-vous en avant, prenez appui sur vos accoudoirs, poussez sur les jambes, levez les fesses, reculez les fesses. Et donc là, on va compenser ce qu'il ne sait pas faire, mais on va lui faire participer sur le plan moteur. Et inversement, si le patient n'a pas les capacités motrices, mais qu'il a les capacités cognitives, c'est lui qui va nous guider et qui va nous dire qu'il veut se mettre debout, mais j'ai besoin que vous m'aidiez à gauche. On va l'aider à gauche et lui, il va faire à droite, mais il peut le faire. Et donc, ça, c'est vraiment aider, c'est construire un soin en mettant le patient au centre et en évaluant ses capacités. Enfin, on l'aide, nous, humainement, ou une aide technique, parce que du coup, on peut très bien donner un guidon de transfert automatique, donc pas les pivotants, mais ce qui reste, une vraie barre d'appui aux patients pour qu'ils fassent le transfert. Il y a des soignants qui se considèrent comme étant dans la rééducation, à aider le patient, à faire en sorte que le patient participe au maximum, et il y a des soignants qui font leur taf parce qu'ils n'ont pas le temps et ils vont plus vite et ils bousculent le patient plus que de l'aider, et c'est la maltraitance ordinaire. Après, les kinés, pareil, tous les professionnels qui gravitent autour de la rééducation, donc kinés, enseignants APA, psychomotes, eux, ils vont travailler pour que le patient récupère des capacités pour les transferts, pour les déplacements. Et donc, tout ça, ça va aider à la performance occupationnelle dans les activités de la vie quotidienne et prévenir le risque d'escarres. Plus le patient se mobilise, plus le risque d'escarres diminue.

Etudiante : Alors, sensibilisez-vous les autres professionnels à l'importance de l'inclusion de la performance occupationnelle lors de la prise en soin des patients ? Si oui, comment ?

Ergothérapeute 2 : Je suis formatrice TMS. Donc, on formalise, enfin, on apprend lors de soins de manutention à faire participer le patient au maximum. Ça, je le fais en formation à la journée ou en petite formation flash. Et quelquefois, je m'insère dans les fins de toilette au moment du transfert. Donc, pareil, je peux donner des petits conseils aux soignants. Ou alors, si l'installation, ça ne va pas, c'est catastrophique, là, clairement, je rappelle, je refais une formation sur le terrain. Il ne faut pas mettre le patient dans cette position parce qu'il y a un risque de glissement. Qui dit risque de glissement, dit risque de cisaillement. Donc, en fait, c'est des petites formations flash au quotidien. Mais je n'ai pas trouvé la méthode, je n'ai pas trouvé le moyen d'informer sans vexer. Tu vois ce que je veux dire ? En fait, elles sont dans leur taf et c'est compliqué de ne pas les vexer. Mais du coup, on fait des petites formations flash ou alors, on travaille ensemble. C'est-à-dire que les soignants vont me dire « il y a un escarre », OK, je vais intervenir. On revoit ensemble, on fait des échanges. Ça passe plus ou moins bien, en fonction de la circonstance, et du soignant, il y en a qui s'entraînent et s'entraînent avec tes conseils et pas d'autres. Donc, ça, c'est au quotidien, plus les formations flash qui sont organisées régulièrement et les formations de manutention à la journée qui vont devenir normalement obligatoires pour chaque soignant qui arrive sur l'hôpital. Pour leur donner les aides techniques à la manutention, le but, c'est de vraiment éviter que les soignants se fassent mal. En fait, ça leur donne des billes pour utiliser le patient comme moyen. Le patient, il est là pour se rééduquer. Et vous, plus le patient en fait, moins vous en faites. Donc c'est tout bénéf. Et surtout, plus le patient en fait au quotidien avec les rééducateurs et les soignants, plus il va récupérer. Donc, sur le long terme, encore plus. Plus il en fait, moins vous en ferez. Franchement, il faut savoir être flemmard. Plus tu fais faire au patient, plus tu te tournes les pouces.

Etudiante : Du coup, comme je vous disais, la performance occupationnelle, va faire appel à des habiletés. Donc, ces dernières, elles correspondent aux plus petites actions effectuées pour accomplir une tâche, donc qui est dans la performance occupationnelle. Et on retrouve parmi elles les habiletés motrices. En fait, c'est les actions observées lorsque la personne interagit avec les objets de la tâche

ou se déplace, se déplace elle-même dans l'environnement de la tâche. La stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle a-t-elle sa place dans la prévention d'escarres ? Pourquoi ?

Ergothérapeute 2 : C'est ce que je disais tout à l'heure. En fait, si le patient a des troubles cognitifs, moi souvent j'apporte la stimulation. Je vais découper l'activité, parce que le patient il ne sait peut-être pas faire. Et du coup, je vais moi découper l'activité. Donc, je vais lui dire de se pencher en avant, d'attraper les accoudoirs. En fait, on va le stimuler pour faire les étapes de l'activité. Et si besoin, je vais l'aider pour se verticaliser. Peut-être qu'il est en capacité de se pencher, d'avancer les fesses, d'attraper les accoudoirs, et la verticalisation est la dernière étape la plus difficile. Et donc là, je vais apporter une aide. Mais tout le reste, il l'aura fait. En fait, juste en se penchant, en attrapant les accoudoirs, on décharge le sacrum. Au fur et à mesure, plus on répète ce genre de choses, plus le mouvement est intégré par le patient, et plus il va venir le faire après spontanément.

Etudiante : Entraider le patient à positionner son corps, soutenir une performance, ou encore aller chercher, tenir, se mouvoir, se déplacer, déplacer les objets lors d'occupations quotidiennes, peut-il permettre de prévenir l'apparition d'escarre ?

Ergothérapeute 2 : Oui. Dès que le patient bouge. Enfin, si on parle d'un patient, même au fauteuil ou au lit, dès qu'il est amené à se pencher en avant, on décharge le sacrum, on change les points d'appui. Tout ce qui va amener à changer les points d'appui, prévenant l'apparition de l'escarre et aide à la guérison des escarres. Donc oui, dès que le patient va se bouger, juste se pencher à gauche pour ramasser un objet au sol ou attraper un objet sur la table il va changer les points d'appui et donc prévenir les escarres ou aider à la cicatrisation.

Etudiante : Quelle méthode envisagez-vous ou utilisez-vous pour encourager les patients à utiliser leurs habiletés motrices ?

Ergothérapeute 2 : L'éducation thérapeutique, et puis la stimulation cognitive, l'apprentissage, enfin le réapprentissage ou la ré autonomisation dans les mouvements de la vie quotidienne.

Etudiante : La stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle est-elle encouragée dans les hôpitaux ? Y a-t-il, selon vous, des limites à sa mise en place dans le cadre de la prévention d'escarre ?

Ergothérapeute 2 : Franchement, manque d'effectifs, manque d'effectifs et manque d'effectifs motivés, mais ça c'est parce que l'effectif est épuisé. Trop de charges. Et du coup, y en a qui ont... On peut oublier qu'on a des humains qui ont des capacités.

Etudiante : OK. Merci.

Fin de l'entretien

*Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°3 auprès de l'Ergothérapeute 3***Entretien n°3 :**

Etudiante : Ok, alors pour débiter, dans un premier temps, est-ce que vous pouvez me présenter votre parcours professionnel ?

Ergothérapeute 3 : Ben oui, je suis ergothérapeute depuis 1986, donc j'ai travaillé toujours en Soins de Suite et de Réadaptation. Donc j'ai pris en charge des patients AVC, des patients alités, des patients avec des troubles neurologiques évolutifs, des patients blessés médullaires aussi. Là, je suis en même temps sur une activité de positionnement au fauteuil roulant et au lit de nos patients et des patients qui viennent de l'extérieur, et donc en partie, je suis des patients à l'hôpital. Voilà. Donc j'ai fait plusieurs formations concernant le positionnement, concernant la neurologie, etc.

Etudiante : D'accord. Et les escarres sont-elles une problématique que vous rencontrez souvent chez les personnes que vous accompagnez durant leur hospitalisation ? Et si oui, en quoi est-elle une gêne dans l'accompagnement des patients ?

Ergothérapeute 3 : Oui, on en rencontre régulièrement, plus ou moins en fonction des pathologies, effectivement. Alors bien sûr que c'est une gêne, d'une part parce que ça peut limiter l'assise, ça peut avoir des interruptions pour la rééducation, des temps d'assise limités. C'est une gêne aussi parce qu'on ne peut pas positionner les gens comme ils le veulent ou comme ils le peuvent. Enfin, entre les problèmes respiratoires, urinaires, etc., c'est quelquefois un petit peu compliqué de positionner les personnes. Et oui, c'est une gêne très importante.

Etudiante : Pour vous, quels sont les facteurs de risque qui influencent le développement des escarres ?

Ergothérapeute 3 : Ah, les facteurs de risque, il y en a beaucoup. Effectivement, en fonction de l'état générale de la personne, déjà. Si la personne... On a le cas souvent de gens qui sont hospitalisés pour une infection urinaire, qui sont affaiblis, qui ont de la fièvre. Alors, à l'hôpital, effectivement les patients ne sont pas à même de demander qu'on les positionne ou qu'on ait du matériel efficace à l'hôpital, ce qui n'est pas forcément fait parce que les soignants traitent la pathologie pour laquelle le patient est arrivé, mais pas la pathologie d'origine du patient, donc auquel il faudrait du matériel le plus adapté. Ça, c'est important. Ça s'est une chose. Après, il y a les facteurs à domicile, hospitalisés, le matériel quand même, la spasticité. Quand il y a une spasticité, ça provoque du cisaillement. Le fait de ne pas bouger, ça provoque des pressions constantes qui peuvent augmenter le risque d'escarres. C'est ce qui fait partie des causes.

Etudiante : Est-ce que l'hôpital a un protocole de prévention d'escarres ? Et si oui, votre avis en tant qu'ergothérapeute influence-t-il les démarches mises en place ?

Ergothérapeute 3 : Oui, on a un protocole au niveau de l'hôpital. Nous, on a une grosse structure. Il y a des choses qui sont mises en place pour les services infirmiers ou pour les autres services. Il y a une grille d'évaluation du risque d'escarre qui est faite de façon systématique. Nous, on utilise Waterloo compte tenu de la multiplicité des pathologies prises en charge. Après, il y a la clinique qui fait qu'on modifie les choses. Et en fonction, on met un matelas ou un autre. Après, il y a un ergothérapeute qui fait partie de ce groupement. Il y a un groupement pour la prévention des escarres au niveau de l'établissement. Après, il y a un ergothérapeute, un infirmier, des aides-soignants. Tout le monde est impliqué dans le risque d'escarre. Après, il y aurait d'autres choses éventuellement à voir. Ce n'est pas que le matelas qui entre en jeu. Il y a aussi la position au lit. On a fait des démarches récemment.

Les gens, la plupart du temps, étaient en décubitus dorsale quand ils sont hospitalisés. On précommande la position de semi-fowler. Cela réduit considérablement les rougeurs au talon et au sacrum. Cela évite que les gens soient en position semi-assise, ce qui était souvent le cas. Cela évite les cisaillements. Cela évite aussi les pressions. On fait des choses que l'on laisse petit à petit avec des petits flyers que l'on met, que l'on explique aux patients et aux soignants.

Etudiante : En tant qu'ergothérapeute, intervenez-vous auprès des patients pour prévenir le risque d'escarres ? Et si oui, comment prévenez-vous leur apparition ?

Ergothérapeute 3 : Bien sûr. On a des groupes d'éducation thérapeutique. Ce n'est pas formulé en éducation thérapeutique. On voit les problèmes urinaires, par exemple, etc. Chez les blessés médullaires, c'est de façon systématique. Quand il y a 3 ou 4 personnes qui sont présentes ou à peu près du même niveau, on fait des séries de points sur l'urinaire, le positionnement, etc. Après, chaque ergothérapeute voit son patient d'une façon individuelle et prodigue les conseils nécessaires au positionnement pour éviter l'apparition d'escarres. Le fait de bouger, de bien s'alimenter, de dormir pas n'importe où, etc. Quand il y a vraiment eu un souci, on les voit régulièrement en clinique de positionnement. On est un et demi à travailler sur la clinique de positionnement. Donc, l'un ou l'autre, quand il y a des soucis, on voit les personnes et on relate. On a aussi un livret qui relate un peu ça, qui met l'accent sur les dangers, sur les conditions à tenir pour éviter l'apparition d'escarres.

Etudiante : Et ce livret, vous le mettez en libre-service dans les salles d'attente ou vous les donnez aux patients dès que vous les voyez ?

Ergothérapeute 3 : On les donne aux patients.

Etudiante : D'accord. Est-ce que vous avez été confronté à un ou plusieurs patients avec lesquels les mesures de prévention habituelles ne suffisaient pas ? Pouvez-vous me donner des exemples de certaines situations, si c'est le cas ?

Ergothérapeute 3 : Il y a des fois, ça marche pas. Parce que le patient ne respecte pas. Le patient n'a pas forcément compris non plus. Récemment, on a eu un patient qui a été opéré d'un bras. C'est un patient qui bougeait régulièrement. Là, il a été opéré, donc il est un peu bloqué. Il n'a pas la même mobilité. Il ne peut plus se pencher en avant. Et il n'avait pas l'idée d'utiliser sa bascule d'assises, etc. Et il ne comprenait pas que la peau rougissait. C'est impossible. C'est nous qui faisons mal nos réglages. C'était notre faute et pas de la sienne. Ça fait partie des choses que les patients ne comprennent pas. Si ! Ils comprennent, mais ils ne veulent pas admettre, que le fait de bouger moins, ne serait-ce qu'un peu, modifie quand même les choses au niveau des appuis. Après, il y a le fait de fumer, qui constitue au risque d'escarre. Le fait de fumer péjore considérablement la cicatrisation. Ça, c'est sûr. Ça, c'est un problème très compliqué aussi. On a du mal à résoudre.

Etudiante : Oui, parce que c'est une dépendance. J'imagine que les patients, ils ne se mettent pas du jour au lendemain à arrêter de fumer parce qu'ils ont une escarre ?

Ergothérapeute 3 : Non.

Etudiante : Dommage.

Ergothérapeute 3 : C'est dommage parce que le fait de fumer, ça diminue aussi le choix des fauteuils. Parce que quand on met un coussin à air sur quelqu'un qui fume, on a très peur, on a eu le cas ce matin. On a très peur que ça perce. Et à ce moment-là, le patient ne va pas forcément s'en rendre compte immédiatement et ça va être une catastrophe.

Etudiante : Ah oui, je n'avais pas cette notion, c'est intéressant.

Ergothérapeute 3 : Ah oui, on se la pose régulièrement parce qu'on en a régulièrement... Bon, pour les housses abîmées, ce n'est pas très grave. Mais bon, ça peut aller plus loin. Je ne sais pas si j'ai répondu entièrement à la question.

Etudiante : Oui. Est-ce que vous pouvez me donner des exemples de certaines situations ? Vous m'avez donné la situation d'un patient qui fume et aussi celui qui n'applique pas vos conseils. Donc je ne sais pas si vous avez d'autres idées.

Ergothérapeute 3 : Oui, il y a d'autres choses aussi. Il y a des patients qui ont certes des escarres ou un risque d'apparition d'escarres et qui ont aussi des déformations au niveau du dos. Et c'est quelque fois... J'ai l'exemple d'un patient jeune, paraplégique. Alors, ce n'est peut-être pas dans vos coordonnées, ce que vous recherchez comme patient. Mais c'est quand même frustrant parce que ce jeune, il a une vingtaine d'années, on lui avait conseillé un fauteuil relativement standard pour sa sortie, avec un dossier relativement haut parce qu'il avait une tête haute, etc. Il est parti de chez nous. Donc, il ne voulait pas. Parce que lui il voulait un fauteuil sportif. Donc, avec un dossier bas, pas d'accouder, etc. Donc, ce jeune avec son revendeur, ça ne se passe pas bien parce qu'évidemment, il a un fauteuil bas, il n'arrive pas à tenir dessus. Et là, on est à quelques mois et il a une escarre constituée, il a un dos complètement en travers et il ne veut toujours pas avoir une position correcte au fauteuil. Alors là, on est devant des problèmes insolites. L'esthétique compte plus pour lui que... L'esthétique du fauteuil compte plus que sa santé quelque part.

Etudiante : En fait, l'esthétique du fauteuil sportif apporte un côté plus stylé pour lui qu'un fauteuil que vous lui avez conseillé, qui pourrait être beaucoup plus adapté à ses besoins, si j'ai bien compris.

Ergothérapeute 3 : Tout à fait. Tout à fait. Mais là, c'est difficile à faire comprendre. On a plusieurs personnes dans les pathologies évolutives, comme les SEP, c'est pareil. Ah oui, mais je ne veux pas un fauteuil handicapé, quelque part. Ca dépend un peu des gens, mais si on veut éviter les soucis plus tard, il faut prévenir. Et la prévention, ce n'est pas si simple que ça à faire accepter à certaines personnes. Après, ce n'est pas le cas de tout le monde. Mais pour ce jeune, c'est un peu dramatique parce que là, il va se faire opérer d'une escarre constituée. Qu'il choisisse à l'issue de ça quelque chose de raisonnable. Peut-être qu'il va évoluer, j'espère pour lui.

Etudiante : J'espère que ça ira.

Ergothérapeute 3 : Oui, tout à fait.

Etudiante : Y aurait-il d'autres moyens que ceux que vous utilisez actuellement, que vous aimeriez mettre en place pour prévenir l'apparition d'escarres et pourquoi, si c'est le cas ?

Ergothérapeute 3 : Pour moi, on est vraiment dans les hôpitaux généraux. Je pense que chacun est formé à sa spécialité. Je ne suis pas formée en neurologie, mais les gens qui reçoivent en neurologie sont plus formés que moi à l'hôpital. Mais il n'y a pas cette vigilance forcément dans les hôpitaux. On pense aussi que le fait d'avoir un matelas à air, ça va suffire. Et ça ne suffit pas, il n'y a pas que ça. C'est pas n'importe quel matelas à air. Après, il y a un problème de revendeurs, de marques commerciales qui font du coursing. A un moment donné, chez nous, les gens avaient des matelas à air de très bonne qualité, et donc il était hors de question de mettre les gens en semi-fowler. C'était incompatible parce que les revendeurs ont dit aux professionnels que c'était pas possible, alors que les deux font leur office. Les deux compatibles, c'est très bien. Mais on a mis du temps, les commerciaux avaient plus de poids que nous quelque part. Je pense qu'il faudrait un pictogramme parce que les talons et les sacrums à

l'hôpital, c'est quand même récurrent. Après, on récupère. En maison de retraite également. Là, on est allé voir des gens dans les maisons de retraite. Il y a des maisons de retraite qui sont bien équipées, avec des lits et tout, qui vont bien. Mais il y a des maisons de retraite où il n'y a qu'un dossier relevable. Ils ont besoin de relever le dossier. Et là, ça peut être une catastrophe aussi. Et les douleurs qui apparaissent, c'est inconfortable. Parce que les gens doivent faire plus d'efforts pour se relever.

Etudiante : Mais du coup, quand vous avez des matelas à air, vous ne pouvez pas mettre un semi-fowler, où c'était vraiment ces matelas à air...

Ergothérapeute 3 : Si, on peut mettre en semi-fowler. C'est possible. Les deux sont compatibles. C'est parce qu'on avait du mal à s'intégrer aux soignants.

Etudiante : Et la pose des matelas, enfin le choix du matelas, c'est vous, tout de suite, qui le faites en tant qu'ergothérapeute ? Ou c'est d'abord aide-soignante ou infirmière grâce à l'échelle de Waterloo ?

Ergothérapeute 3 : Oui. Ce sont les soignants. Les matelas. Chez nous, l'organisation, c'est les soignants. Quand les gens commencent à être autonomes, etc., quelquefois, ça peut-être nous qui demandons à avoir une catégorie inférieure, pour faciliter les transferts, pour faciliter le mouvement, pour faciliter le retournement aussi la nuit.

Etudiante : Ok. Merci. Comment rendez-vous le patient acteur de sa prise en soin dans le cadre de la prévention d'escarre ?

Ergothérapeute 3 : On lui fait faire des exercices. C'est sûr. On lui montre comment bouger, bouger dans le fauteuil, se décaler d'une fesse sur l'autre, se pencher en avant, se soulever si c'est possible, se lever, se mettre debout si c'est possible, parce que tout dépend aussi. La position de son fauteuil. C'est important aussi de ne pas être entourageant. Moi, j'appelle ça comme ça une position inclinée et en conclive. Avoir, quand même, un fauteuil bien réglé, faire la vigilance par rapport au réglage du fauteuil et demander aux gens d'être actifs aussi, de bouger, d'être actifs, de réaliser leurs tâches du quotidien. Le fait de réaliser les tâches du quotidien, ça fait bouger. Parce que faire la cuisine, ça fait bouger et ça permet de relâcher les appuis, d'avoir des appuis différents. De réaliser les tâches du quotidien, ça fait bouger. De faire la sieste. Quand on a un fauteuil électrique et qu'on en a deux, ça permet de changer de support aussi tout au long de la journée. Quand on a la possibilité de changer, de se mettre sur le dos, sur le canapé un moment, de faire une sieste dans la journée. Il peut y avoir plusieurs choses comme ça. On leur demande de bouger et on expérimente avec eux aussi. Il y a un point aussi qui est important pour éviter l'apparition d'escarres, c'est lors des transferts. Quand les gens utilisent une planche de transfert, ne pas cogner contre la planche de transfert, éviter les cisaillements avec les planches de transfert, lors du transfert. En voiture aussi. Parce qu'il y a des gens qui ont leur propre voiture, et en voiture ils pensent que tout va bien. Ce n'est pas le cas. Le problème aussi avec les supports, c'est les fauteuils de douche. Quand les gens vont à la selle aussi, pour les fauteuils roulants de douche, tout dépend du temps qu'ils restent dans cette position et sur quel support. On conseille aussi, soit si c'est rapide, tout va bien. Sinon, des protections, des outils à mettre en place à ce niveau-là. On conseille aussi aux personnes de regarder leur sacrum ou leurs talons régulièrement. Ou faire prendre des photos par une tierce personne pour voir où on en est. Surtout si on n'a pas la sensibilité au niveau des fesses ou des talons.

Etudiante : Est-ce que vous connaissez le terme performance occupationnelle et à quoi il fait référence ?

Ergothérapeute 3 : Oui, c'est un terme canadien. Voilà. Je n'ai jamais utilisé ces bilans-là. Pour ma part. Dans mon groupe, on utilise le rendement occupationnel, la performance occupationnelle. Moi, je ne peux pas vraiment en parler.

Etudiante : Ce n'est pas grave. C'est juste un terme du MOH, du modèle de l'occupation humaine. C'est juste pour mettre au clair qu'on puisse parler de la même chose. La performance occupationnelle, c'est le fait d'accomplir une tâche qui relève d'une occupation. Par exemple, l'occupation faire sa toilette peut donner lieu à la tâche se laver les bras. Ça m'amène à des questions qui sont en rapport avec cette performance occupationnelle. La première, c'est quelle est la place de la performance occupationnelle dans votre pratique d'ergothérapeute ? Est-elle, selon vous, utilisée par d'autres professionnels de santé ?

Ergothérapeute 3 : Pour le soignant aussi. Si vous voulez aussi, la personne, quand elle est devant son lavabo, c'est un travail d'équipe quand même. De même qu'en kinésithérapie, le fait de se lever, d'aller chercher un objet, c'est aussi... Oui, bien sûr. Je pense que c'est... L'ensemble des personnes, être acteur, aller chercher son matériel de sondage, aller se mettre à table pour son repas, s'installer... Oui, c'est pas uniquement nous. Nous on prépare les gens, on va utiliser ce qu'ils ont, mais après, ils l'utilisent quand même. Heureusement.

Etudiante : Est-ce que vous sensibilisez les autres professionnels à l'importance de l'inclusion de la performance occupationnelle lors de la prise en soin des patients ? Et si oui, comment ?

Ergothérapeute 3 : Alors, on est en centre de rééducation, donc normalement, les personnes doivent aussi réaliser des tâches. Donc le but, c'est pas que les aides-soignants fassent tout, c'est aussi de les inclure en disant... Bon, c'est pas toujours facile, parce qu'il y a des périodes un peu transitoires où il y a besoin et qu'il faut pas des conflits. Mais oui, le but, que ce soit pour les infirmiers, pour les transferts, enfin, les transferts à la toilette, l'habillage, il y a... Oui, oui, on essaie que les gens soient le plus autonomes possible. Pour la déambulation, pareil. Et on a des brancardiers, quelquefois, ils vont jusqu'à l'ascenseur en marchant avec le patient, et après, ils sont brancardés dans l'autre partie. Voilà. Chacun y met un peu du sien, je pense qu'on est quand même dans une dynamique de rendre la personne la plus autonome possible et donc d'utiliser le plus ses capacités.

Etudiante : OK. La performance occupationnelle, elle va faire appel à des habiletés. Donc, en fait, ces dernières, elles correspondent aux plus petites actions effectuées pour accomplir une tâche. Donc, nous retrouvons parmi elles les habiletés motrices. Donc, les habiletés motrices, c'est les actions observées lorsque la personne interagit avec les objets de la tâche. Par exemple, les déplace et se déplace elle-même dans l'environnement de la tâche. Comme vous disiez tout à l'heure, par exemple, vous en avez parlé, vous disiez, par exemple, en kiné, aller chercher l'objet tel, ça, c'est une habileté. Se pencher, marcher, attraper, des choses comme ça. Voilà. Ça, c'est des habiletés motrices. Donc, moi, je m'intéresse aux habiletés motrices. Il y en a plein d'autres. Il y a les habiletés opératoires ou autres. Mais moi, bon, je me suis concentrée sur les habiletés motrices. Est-ce que c'est assez clair, déjà, ce qu'est une habileté dans votre tête ou pas ?

Ergothérapeute 3 : Oui. Les habiletés on va les utiliser en cuisine pour aller chercher un objet dans le placard, une casserole par exemple.

Etudiante : Ça fait partie, du coup, oui, de l'agir de la personne, ce qu'elle fait, en fait. C'est dans l'entonnoir du MOH, c'est vraiment tout au fond, en fait, c'est l'habileté, c'est les toutes petites actions. Ensuite, il y a la performance occupationnelle, donc ce que fait la personne. Et au-dessus, il y a la participation, donc l'engagement de la personne dans son activité. Donc, c'est le plus petit axe, en fait,

l'habileté. Voilà. Du coup, la stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle a-t-elle sa place dans la prévention des escarres et pourquoi, selon vous ?

Ergothérapeute 3 : Oui, parce que plus les gens seront habitués à bouger et à faire des choses, moins il y aura des escarres. Normalement, c'est quand même dans la mesure du possible. Effectivement, c'est pas possible pour tout le monde. Mais oui, effectivement. La personne qui fait sa cuisine, elle va bouger en permanence par la force des choses. Elle va se pencher pour aller chercher quelque chose de plus bas. Elle va pencher d'un côté, de l'autre, ce qui fait que ça va améliorer. Elle va faire des exercices sans se dépenser. Le but, c'est pas de faire des exercices, c'est de les utiliser dans le quotidien. Que ce soit valide après et que ce soit autorisé.

Etudiante : Et du coup, entraîner le patient à positionner son corps, soutenir une performance ou encore aller chercher, tenir, se mouvoir et déplacer des objets lors d'occupations quotidiennes, peut-il permettre de prévenir l'apparition des escarres et pourquoi ? Vous y avez répondu, je pense, mais est-ce que vous avez envie de rajouter quelque chose ?

Ergothérapeute 3 : Quand tout va bien, ça va. Le problème, c'est quand il y a un pépin, quand il y a une maladie, ne serait-ce qu'une grippe. La personne ne sait plus comment se comporter. Et là, c'est là où il y a le risque d'apparition des escarres. C'est ça les accidents. Effectivement, oui. Mais l'énigme, c'est quand on ne peut plus faire.

Etudiante : Du coup, oui, quand elle a une grippe, par exemple, elle est plus affaiblie, elle va moins pouvoir mettre en place tous ces types de préventions que vous lui avez conseillé, c'est ça ?

Ergothérapeute 3 : Oui, c'est ça. Votre état général, vous êtes moins bien oxygéné, vous bougez moins parce que forcément, vous êtes un peu ra-plat-plat. Et c'est là où il faut être beaucoup plus vigilant et peut-être utiliser, quand on a un fauteuil avec des bascules d'assise, utiliser la bascule d'assise. Mais ça, c'est difficile à mettre en place quand les gens sont habitués à bouger beaucoup. Et on sait bien que les escarres peuvent apparaître très vite, en 24 heures, 48 heures, quand on n'est vraiment pas bien. Donc, le retournement au lit, le veiller, s'hydrater, alors on prévient, on prévient les patients, mais à mettre en place, ce n'est pas facile. Quand l'incident arrive, quel que soit l'incident, peut-être une fracture, une grippe ou je ne sais quoi, c'est vrai que la personne n'est pas forcément à même de réfléchir à ce qu'il faut faire. Parce qu'on est surpris par ce qui arrive. Donc, on prévient, on dit oui, surtout si vous avez quelque chose, faites attention de vérifier d'autant plus.

Etudiante : Et j'imagine qu'en plus, si elles sont seules chez elles, c'est autre chose, parce que encore si elles ont un proche ou une tierce personne pour s'occuper d'elles, elles vont penser à ça, mais pas celles qui sont seules.

Ergothérapeute 3 : Voilà.

Etudiante : J'ai d'autres questions, mais je pense que vous y avez répondu également, mais au cas où ça vous rappellerait quelque chose. Quelle méthode envisagez-vous ou utilisez-vous pour encourager les patients à utiliser leur habileté motrice ?

Ergothérapeute 3 : Toutes les activités du quotidien. Les activités de rééducation, les activités du quotidien. Essayez d'intégrer le maximum.

Etudiante : Vous m'avez parlé aussi du fait de l'encourager, des choses comme ça. Est-ce que la stimulation des habiletés motrices à travers la performance occupationnelle est-elle encouragée dans

les hôpitaux ? Y a-t-il, selon vous, des limites à sa mise en place dans le cadre de la prévention des escarres ?

Ergothérapeute 3 : Nous, on sollicite et on encourage. Je ne sais pas. Nous, on va être vigilants et encourager. En service de soins intensifs, par exemple, ils n'ont pas les mêmes préoccupations et c'est normal. Et puis, nos patients ne sont pas dans le même état non plus. On a un service de soins intensifs où ils ne peuvent pas faire les mêmes choses que nous et pas les mettre dans les mêmes conditions que nous. Et c'est évident. Ils font ce qu'ils peuvent. Il y a des fois, ils n'ont pas la connaissance pour encourager les gens. Je pense que c'est les deux.

Etudiante : D'accord. Merci. J'ai fini mon entretien. Je ne sais pas si vous avez quelque chose à rajouter ?

Ergothérapeute 3 : Non, c'est tout. Merci.

Etudiante : Merci à vous. Bonne journée.

Ergothérapeute 3 : Bon courage pour la suite.

Etudiante : Merci à vous aussi.

Fin entretien

Annexe V: Tableau de codages des données recueillies lors des entretiens

Axes thématiques	Sous-thèmes	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Présentation clinique et évaluation	Profil du patient	Capacités du patient	Utiliser les capacités du patient "s'il est en capacité de se mobiliser je vais lui dire que c'est à lui de se mettre sur le côté"	Etat général de la personne
		Conserver les capacités	Oublie des capacités du patient	Fumer
		capacités actuelles du patient	Inactivité	Patient qui n'applique pas les conseils
		Profil du patient	patient qui ne se mobilise pas du tout	Déformation au niveau du dos
		Etat du patient	malnutrition	Pathologie évolutive
		diététique	dénutrition	Maladie: grippe
		Alimentation	humidité	Accidents/incidents
		Déplacer	ne peuvent pas marcher	Urinaire
		Troubles cognitifs		Patient qui n'applique pas les conseils
		Ne peuvent plus bouger		
		Problèmes de sensibilité		
		Passivité		
		Pas de communication verbale et non verbale		
		Confiné au lit		
	Limitation fonctionnelle			
	Dégradation du patient			
	Avoir une vue assez clair sur le patient			
	Facteurs de risque d'escarres	mobilité	Inactivité	Etat général de la personne
		diététique	patient qui ne se mobilise pas du tout	Cisaillement
		Alimentation	malnutrition	Spasticité
		Déplacer	dénutrition	Ne pas bouger/bouger moins
		Troubles cognitifs	humidité	Pressions constantes
		Ne peuvent plus bouger	souillé longtemps	Fumer
		Problèmes de sensibilité	pas changé	Patient qui n'applique pas les conseils
		Passivité	Dépendance à l'air	Déformation au niveau du dos
		Pas de communication verbale et non verbale	Inaction	Position incorrecte au fauteuil
		Confiné au lit	glisser sur le sacrum	Pathologie évolutive
		Appuis prolongés	ne peuvent pas marcher	Acceptation de la prévention par les patients
		Limitation fonctionnelle	Rester assis toute la journée au fauteuil	Maladie: grippe
		Dégradation du patient	Glissement	Accidents/incidents
		Profil du patient	Cisaillement	Planche de transfert
	Etat du patient	Frottement	Urinaire	
	Capacités du patient	Transferts		
	Localisation des escarres	Sacrée	Sacrum	Talon
		Talon	Talon	Sacrum
		Endroits inhabituels	Ischion	
		Coude		
	Impact des escarres sur la qualité de vie du patient	Douleurs	Douleurs+++++	Limitation des temps d'assise
		Soins en plus	Freine l'activité	Douleurs
		Inconfort	Mobilité	Inconforts
		Echelle de Braden	Braden	Grille d'évaluation du risque d'escarre (Waterloo)
		Evaluer l'installation au lit/fauteuil	Braden évalué à la sortie, après chaque épisode aiguë ou tous les mois	

	Examiner/Evaluer	Evaluer le confort	Réévaluer régulièrement	
		Evaluation à l'arrivée du patient	Examen clinique général	
		Evaluer la motricité fine	Réévaluer pour supprimer le matelas à air	
		Bilan		
		Voir si il y a des difficultés	Construire un soin en mettant le patient au centre et en évaluant ses capacités	
	Positionnement	Alterner les positions	Prévenir position vicieuse	Position au lit
		Positionnement	Positionnement	Position semi-fowler
		Sensibiliser les équipes sur positionnement, la prévention	Base de formation pour les soignants pour le positionnement et faire appelle à l'ergothérapeute	
		Alterner entre installation au lit, l'installation fauteuil, pas avoir trop de l'un ou trop de l'autre	Mettre le patient en decubitus latéral en 3/4 pour décharger le sacrum	
		Positionnement à suivre	Mettre le patient en décubitus dorsal strict	
			Semi-fowler	
			Changement de position toute les 3-4h pour les repas	
			Rester assis toute la journée au fauteuil	
			Intervention sur l'installation fauteuil/lit	
			Positionnement	
	Points d'appuis	Appuis prolongés	Changer d'appuis	
		Alterner toute les 3-4 heures pour bien décharger de chaque côté	Décharger	
		Pas être que sur un côté	Soulager ses fesses	
			Faire un push-up	
			Basculer les fesses de gauche à droite	
			Changer points d'appuis	
			Bonne répartition des appuis	
			Répartition des appuis	
			Changer les points d'appuis	
			Décharger	
Matériels de prévention	Coussins	Matelas à air	Matelas	
	Matelas	coussins	Flyer	
	Mise en place de matériels	cale de décubitus: coussin ou le patient peut lui-même se caler dessus	Fauteuil roulant	
	Type de fauteuil	Coussins de positionnement	livret	
	Utilisation d'aides techniques	Drap de glisse	Réglage fauteuils	
	Mise en place d'aides techniques	Barre d'appui	Choix fauteuil roulant	
	Une barre d'appui au niveau du lit pour se mobiliser plus facilement	Potence		
	Coussins au fauteuil			
	Affichage en chambre: photo anonymisée du patient, dessin et des descriptions pour expliquer quel type de coussin est en place, à quoi sa sert et avoir un			

Prévention et traitement		indicateur visuel en étant dans la chambre du patient		
	Le mouvement	mobilité	Venir se mettre debout dans la journée	Ne pas bouger/bouger moins
		Se mobiliser	Faire mobiliser le patient	Bouger
		Essayer de se lever	Mobilité	Mouvement
		De marcher	Rehausser au fauteuil	Être actif
		Faire des tours dans les couloirs		Se décaler d'une fesse sur l'autre, se pencher en avant, se soulever si c'est possible, se lever, se mettre debout
		Faire des petits mouvements		Retournement
		Changer de position		Se lever, aller chercher un objet
		Garder une activité physique même confiné au lit		Aller se mettre à table pour son repas, s'installer
		Mobiliser ou encourager à participer autant que possible aux AVQ		Se décaler
		Capacités motrices évaluées sur un plan théorique, fonctionnel		se pencher
		Mobilisation		se soulever
		De les faire se mobiliser régulièrement, de travailler		se lever
		D'avoir les bons réflexes pour se mobiliser		se mettre debout
		Travail moteur		Retournement
			Se lever	
			Se pencher	
			Retournement	
			aller chercher	
	Stratégies utilisées auprès des patients	Comprendre ce qui est mis en place, pourquoi, à quoi sa sert	conseils ETP	Prévenir les patients
		Mises en situation	conseils	Encourager le patient
		Accompagner à la salle de bain	Stimuler verbalement	
		être au plus proche de ses besoins	Utiliser le patient comme moyen	
		Accompagnement	Expliquer aux patients	
		Accompagner le patient à la douche	Aider	
		Aider	Aider le patient à se verticaliser	
		Aider à garder ses capacités motrices		
		Guider		
	Autres professionnels intervenants dans la prévention d'escarres	Equipe soignante	Infirmière	Infirmier
		Infirmière	Aides soignants	Aides soignant
		Aides soignantes	L'équipe	Soignants
		Soignants	Infirmière plaie	Kinésithérapie
		Médecins	Equipe d'accompagnement de la douleur	Brancardier
"On ne soigne pas une escarre tous seul"		Les soignants+++	Service de soins intensifs	
Les équipes de soignants		Kinésithérapeute		
Autres professionnels		APA		
Kinésithérapeute	Psychomotricien			
	Toilette	En fonction des habitudes de vie du patient	Tâche du quotidien	
	Habillage			
	Prise des repas			
	Passage aux WC			
	Marche		s'installer	

Rôle du patient dans la prise en charge	Activités de la Vie Quotidienne	Soins personnels	Faire participer le patient dans les activités de la vie quotidienne	Aller se mettre à table pour son repas
		Activités instrumentales		Retourner au lit
		AVQ personnelles		Toutes les activités du quotidien
		Réaliser toilette du haut du corps		activité de rééducation
		Réaliser toilette du bas du corps		Aller chercher un objet
		Faire participer à la toilette, repas		Faire la cuisine
		Faire manger sans aide		
	Participation	Motiver	Faire participer le patient	
		Soutenir	Solliciter la participation	
		Participation (sens++++, motivation, volontaire, actrice de sa prise en charge, significatif, concret)	Faire participer sur le plan moteur	
		Faire participer activement les patients pour soulager les soignants/charge de travail		
		Motivation		
	Influence du patient sur la prise en soin	patient acteur	Aller dans le sens du patient	
			Faire en fonction de ce que dit le patient	
		Patient acteur		
		Se faire guider par le patient		
Défis du traitement	Communication entre soignants	Transmissions d'un service à l'autre	S'associer avec aide soignants	Travail d'équipe
		Traçabilité	Conseils soignants	
		Un bon suivi	Echangeant avec soignants	
		Communication pluridisciplinaire		
		Collaboration entre les différents corps médicaux/paramédicaux		
		Pluridisciplinarité		
		échanger entre différents professionnels		
		Transmissions faites régulièrement		
		Communiquer avec autres professionnels		
	Lacunes du système hospitalier	Discontinuité au niveau des transmissions	Change moins le patient	Manque de matériels adaptés
		Discontinuité au niveau des soins	Restriction du personnel	Coursing fait par les commerciaux
		Pas forcément suivi	Pas assez de formations	Problème de commercialisation par les revendeurs
		Personnels présent	Pas assez de personnel	Pas assez de pictogrammes d'explication
		Temps que le personnel peut accorder au patient	Manque de temps	Impact des revendeurs majoritaire à celui des ergos
		Pas assez d'effectif sur place	Manque de personnel	Pas de connaissances
		Manque de personnel	Maltraitance ordinaire	
		Sous effectif	Manque d'effectif motivé	
		Pas prendre le temps qu'il faut avec le patient	Effectif épuisé	
			Trop de charge	