



**IReSP**

Institut pour la Recherche  
en Santé Publique

## **Rapport final de recherche**

Developing and implementing meaningful activities facilitators in short-stay geriatric unit to prevent geriatric hospital complication – A feasibility study

Etude MAYFAIR

*AAP SIP 2021 – Obtention de la subvention en novembre 2023*

Thomas Gilbert, Mathilde Marchal, Stéphanie Tripoz dit Masson et  
Stéphanie Poupon Bourdy

31 août 2025

Soutenu par : [Insérer nom du.es financeur.s]





# TABLE DES MATIERES

<b>NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS</b> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>I. PARTIE SCIENTIFIQUE</b> .....	<b>5</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>8</b>
<b>Synthèse longue</b> .....	<b>10</b>
<b>1 - Contexte</b> .....	<b>11</b>
<b>2 - Objectifs</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 - Phase 1</b> .....	<b>14</b>
<b>Objectifs secondaires :</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2 - Phase 2</b> .....	<b>14</b>
<b>Les objectifs secondaires :</b> .....	<b>14</b>
<b>3 - Méthodologies utilisées</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1 - Critères de jugement</b> .....	<b>15</b>
<b>Critère de jugement principal (Phase 2)</b> .....	<b>15</b>
<b>Critères de jugement secondaires</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2 - Organisation générale</b> .....	<b>16</b>
3.2.1 - Calendrier prévisionnel de l'étude .....	<b>16</b>
3.2.2- Schéma général et tableau récapitulatif .....	<b>16</b>
3.2.2- Déroulement et état d'avancement du projet.....	<b>17</b>
<b>4 - Les principaux résultats obtenus</b> .....	<b>17</b>
<b>4.1 - Rapport analyse qualitative Phase 1– Etat des lieux MAYFAIR</b> .....	<b>17</b>
<b>Ressources humaines et charge de travail</b> .....	<b>17</b>
<b>Occupations, interactions et stimulation intellectuelle des patients</b> .....	<b>18</b>
<b>Besoins spécifiques des patients hospitalisés</b> .....	<b>18</b>
<b>Relations et interactions humaines</b> .....	<b>19</b>
<b>Perceptions de l'implémentation des MAFs dans les services de gériatrie aiguë en France</b> .....	<b>20</b>
<b>4.2 – Etat des lieux de la Phase 2</b> .....	<b>21</b>
<b>4.3 – Poursuite et fin d'étude</b> .....	<b>22</b>
<b>5 - Perspectives de recherches</b> .....	<b>22</b>
<b>6 - Apports potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche</b> .....	<b>22</b>
<b>Rapport scientifique complet</b> .....	<b>27</b>
<b>II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>28</b>



## I. PARTIE SCIENTIFIQUE

---



## Résumé

### **Implémenter des aides de vie hospitalières en court séjour gériatrique pour prévenir la survenue de complications gériatriques associées à l'hospitalisation : Etude de faisabilité.**

#### **Etude MAYFAIR**

Dr Thomas Gilbert, Mathilde Marchal, Stéphanie Tripoz dit Masson et Stéphanie Poupon Bourdy

#### **CONTEXTE**

Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables vis-à-vis des effets indésirables de l'hospitalisation, pouvant compromettre leur autonomie fonctionnelle. L'apparition de confusion, la perte de mobilité ou la dénutrition sont en grande partie liées au contexte de l'hospitalisation elle-même, qui engendre des situations de stress pour les patients se surajoutant à la pathologie aiguë : changement du cadre habituel de vie, manque d'interactions humaines et rassurantes, manque de mobilité lié à la pathologie ou provoqué par l'utilisation de barrières voire de contentions. Ces complications gériatriques peuvent être prévenues ou atténuées. Des programmes impliquant l'intervention auprès des patients hospitalisés de volontaires ou de professionnels dédiés ont été développés, notamment dans des services de court séjour gériatrique au Royaume-Uni ou en Australie. Ces « auxiliaires de vie hospitalière » (AVH, ou « *Meaningful activities facilitators* ») ont pour mission de prévenir ou limiter ces effets délétères des hospitalisations sur les personnes âgées notamment par la stimulation à l'alimentation et à la marche, et par la pratique d'activités sociales en lien avec les habitudes de vie du patient. Ayant bénéficié d'une formation spécifique, elles sont intégrées dans l'équipe soignante et interviennent auprès de patients à risque. Leur intégration a montré une réduction de l'incidence et de la durée des épisodes confusionnels, du recours aux psychotropes, et du recours à la contention. Notre hypothèse est que la mise en place « d'auxiliaires de vie hospitalière » (AVH) dans des services de court séjour gériatrique permettra de réduire l'incidence des complications gériatriques associées à l'hospitalisation.

#### **OBJECTIFS**

Notre objectif était d'étudier la faisabilité et l'acceptabilité de l'intégration d'AVH dans les équipes de soins de 2 services de court séjour gériatrique en France. Nous avons évalué les adaptations à proposer au modèle des AVH pour qu'il soit pertinent dans notre contexte du point de vue des patients, de leurs proches et des professionnels, et étudié l'effet de cette intervention sur la survenue de complications et le fonctionnement des équipes, son implémentation et ses coûts.

#### **MÉTHODOLOGIE**

Le projet s'est déroulé en 2 étapes guidées par les recommandations du *Medical Research Council* (MRC) pour le développement et l'évaluation des interventions complexes en santé. Etape 1 : Adaptation de l'intervention des AVH à notre contexte, associant revue de la littérature, observation non participante, entretiens semi-dirigés et ateliers de co-construction. Etape 2 : Etude de faisabilité quasi expérimentale de type « avant- après » dans 2 services de court séjour gériatrique sur 320 patients : période « avant » sur 4 mois (inclusion de 160 patients hospitalisés - groupe contrôle), recrutement et formation de 2 AVH, implémentation de l'intervention, période « après » sur 4 mois (inclusion de 160 patients hospitalisés - groupe intervention). Les patients sont inclus lors de leur admission en court-séjour et suivis le temps du séjour. Les données collectées concernaient la survenue de complications lors du séjour, la qualité de vie au travail des professionnels, et en période « Après », l'acceptabilité et la fidélité de l'intervention de l'AVH, du point de vue des AVH, des professionnels et des patients/proches. Ces critères seront recueillis par suivi de l'activité de l'AVH (carnet de bord, dossiers médicaux) et entretiens semi dirigés. L'impact de l'intégration de l'AVH sur le fonctionnement, la cohésion d'équipe et la collaboration sera étudié.

#### **PRINCIPAUX RÉSULTATS**

La phase 1 s'est déroulée à partir de de l'été 2023 et s'est terminée en juin 2024. L'étude qualitative de cette phase a eu pour finalité d'adapter l'intervention des AVH à notre contexte, associant revue

de la littérature, entretiens semi-dirigés, observation non participante, et ateliers de co-construction. Cette première phase de l'étude a permis de construire le modèle logique de l'intervention de l'AVH adapté à notre contexte, en vue de sa mise en œuvre au cours de la phase 2. Un profil de poste AVH type a pu être finalisé à l'issue de cette phase

La phase 2 a pu débuter en décembre 2023 avec les inclusions de patients en période contrôle. La période contrôle a duré pendant 4 mois jusqu'en avril 2024

Le recrutement des AVH prévu dans notre projet a pu alors être initié en janvier 2025. Deux personnes correspondant à nos critères de sélection ont pu être recrutées pour 6 mois d'avril 2025 à septembre 2025. La période intervention de la phase 2 a pu démarrer en avril 2025 avec l'inclusion de patients bénéficiant de l'intervention des AVH.

#### **APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS**

Les résultats de cette étude nous permettront de définir si l'intervention d'AVH est faisable et acceptable dans le contexte français, et le cas échéant de proposer un modèle d'intervention adapté. Les résultats nous permettront de proposer la phase 3 des recommandations du Medical Research Council (MRC), évaluation multicentrique comparative randomisée en clusters les stratégies d'implémentation.

## Abstract

Developing and implementing meaningful activities facilitators in short-stay geriatric unit to prevent geriatric hospital complication – A feasibility study.

Dr Thomas Gilbert, Mathilde Marchal, Stéphanie Tripoz dit Masson et Stéphanie Poupon Bourdy

### CONTEXT

Older people are particularly vulnerable to adverse effects of hospitalization, which can compromise their functional autonomy. The onset of confusion, loss of mobility or malnutrition is largely related to the context of hospitalization itself, which creates stressful situations for patients in addition to the acute pathology: change in the usual living environment, lack of human and reassuring interactions, lack of mobility related to the pathology or caused by the use of barriers or restraints. These geriatric complications can be prevented. Programs involving the intervention of volunteers or dedicated professionals with hospitalized patients have been developed. These "Meaningful Activities Facilitators" (MAF) have the task of preventing or limiting the deleterious effects of hospitalization on the older people, in particular by stimulating eating and walking, and by practicing social activities in line with the patient's lifestyle habits. This system has been set up in geriatric short-stay wards in the United Kingdom, where MAFs, who received specific training, are integrated into the care team and work with patients at risk. The integration of these MAFs has shown a reduction in the incidence and duration of delirium episodes, the use of psychotropic drugs, and the use of restraint. A study currently underway in Australia aims to reduce hospital-acquired complications through a program of mobilization, nutrition, and engagement of patients in constructive activities (the "Eat, Walk, Engage" program) implemented by a trained MAFs. Our hypothesis is that the implementation of MAFs in geriatric short-stay wards will reduce the incidence of geriatric complications associated with hospitalization

### OBJECTIVES

Our objective was to study the feasibility and acceptability of integrating MAFs into the care teams of two geriatric short-stay services in France. We evaluated the adaptations to be proposed to the MAF model to make it relevant in our context from the point of view of patients, their relatives and professionals, and we studied the effect of this intervention on the occurrence of complications and the functioning of the teams, its implementation and its costs.

### METHODS

The project was carried out in 2 phases guided by the Medical Research Council's (MRC) recommendations for the development and evaluation of complex health interventions. Phase 1: Adaptation of the MAFs intervention to our context, combining literature review, non-participant observation, semi-structured interviews, and co-construction workshops. Phase 2: Feasibility testing : A quasi-experimental feasibility "before and after" study was conducted in two geriatric short-stay services on 380 patients: "before" period over 4 months (inclusion of 160 hospitalized patients constituting the control group), recruitment and training of 2 MAFs, implementation of the intervention, "after" period over 4 months (inclusion of 160 hospitalized patients constituting the intervention group). The patients were included at admission and followed up during the hospital stay. The data collected concerned the occurrence of complications during the stay, the quality of life at work of the professionals, and in the "after" period, the acceptability and fidelity of the MAFs intervention, according to the point of view of the MAFs, the professionals and the patients/relatives. These criteria are currently being collected through monitoring of the MAFs activity (logbook, medical records) and semi-structured interviews. The impact of the integration of the MAFs on the functioning, team cohesion and collaboration will be studied.

### MAIN RESULTS

Phase 1 took place from summer 2023 to June 2024. The qualitative study in this phase aimed to adapt the AVH intervention to our context, combining a review of the literature, semi-structured interviews,

non-participant observation, and co-construction workshops. This first phase of the study enabled us to build a logical model for the AVH intervention adapted to our context, with a view to its implementation during phase 2. A typical AVH job profile was finalised at the end of this phase.

Phase 2 began in December 2023 with the inclusion of patients in the control period. The control period lasted for four months until April 2024.

The recruitment of AVHs planned in our project was then initiated in January 2025. Two people matching our selection criteria were recruited for six months from April 2025 to September 2025. The intervention period of phase 2 began in April 2025 with the inclusion of patients benefiting from the AVH intervention.

#### **OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS**

[The results of this study will enable us to define whether the AVH intervention is feasible and acceptable in the French context, and if so to propose a suitable intervention model. The results will enable us to propose phase 3 of the Medical Research Council (MRC) recommendations, a multicentre randomised controlled trial clustering implementation strategies....



## Synthèse longue

### **Implémenter des aides de vie hospitalières en court séjour gériatrique pour prévenir la survenue de complications gériatriques associées à l'hospitalisation : Une étude de faisabilité - ETUDE MAYFAIR**

#### **Dr. Thomas GILBERT, M.D., PhD**

Médecin gériatre, MCU-PH  
Service universitaire de médecine gériatrique Hospices civils de Lyon,  
Groupement Hospitalier Sud  
Université Lyon 1, Equipe Reshape INSERM U1290

Appel à projets de recherche 2021 sur les Services, interventions et politiques favorables à la santé

#### **Investigateurs associés**

Dr Antoine GARNIER-CRUSSARD  
Service de Court Séjour Gériatrique – unité 3C Hospices Civils de Lyon, Hôpital des  
Charpennes

#### **Scientifiques associés**

Dr Sandrine TOUZET Pôle de santé publique  
Service de médecine et santé au travail  
Hospices Civils de Lyon Université Lyon 1, UMRESTTE UMR T9405 Lyon, France

Candice MONTREDON

Interne en DES de médecine gériatrique Service universitaire de médecine gériatrique  
Hospices Civils de Lyon, Groupement Hospitalier Sud

#### **Supervision méthodologique**

Dr. Julie HAESEBAERT  
Pôle de santé Publique, Unité de recherche sur les services de santé  
Hospices Civils de Lyon  
Université Lyon 1, Equipe Reshape INSERM U1290

#### **Responsable des analyses statistiques**

Dr Muriel RABILLOUD, Benjamin RICHE  
Pôle de Santé Publique, Service de Biostatistique-Bioinformatique  
Hospices Civils de Lyon

#### **Responsable de la coordination de l'étude :**

Mme Stéphanie POUPON -BOURDY  
Pôle de santé Publique, Service de recherche et épidémiologie cliniques  
Hospices Civils de Lyon



### **Psychologue social**

Mme Mathilde MARCHAL

Pôle de santé Publique, Service de recherche et épidémiologie cliniques

Hospices Civils de Lyon

### **Responsable de l'investigation de l'étude :**

Mme Karine GOLDET, Chef de projet, Mme Stéphanie TRIPOZ-DIT-MASSON, ARC

CRC vieillissement

Hospices Civils de Lyon

« Modalité du projet » **Projet pilote** « Modalité du projet »

### **Messages clés du projet**

- Etat des lieux du contexte actuel en unité gériatrique avec revue de la littérature, entretiens et observation de terrains.
- Construction d'un modèle logique de l'intervention d'une AVH en service de court séjour gériatrique
- Finalisation d'un profil de poste de l'AVH
- Implémentation réussie de l'intervention

## **1 - Contexte**

D'après les projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 65 ans ou plus va passer à près de 19,6 millions en 2060, leur poids augmentant de 18,4% aujourd'hui pour atteindre plus d'une personne sur quatre en 2060. C'est un défi démographique de grande ampleur notamment pour les hôpitaux, car le taux de recours à l'hôpital augmente très fortement au-delà de 65 ans, doublant par rapport aux plus jeunes pour la tranche des 65-74 ans, triplant pour les 75-84 ans et quadruplant au-delà (1). En 2015, plus d'un tiers des séjours hospitaliers en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) concernaient des patients de plus de 65 ans, cette catégorie contribuant le plus à expliquer une croissance globale du nombre d'hospitalisations (1). En 2017, plus de la moitié des patients âgés de plus de 75 admis aux urgences étaient hospitalisés en MCO (2).

Les personnes âgées sont par ailleurs particulièrement exposées au risque d'effets néfastes liés à l'hospitalisation elle-même et pouvant compromettre leur autonomie fonctionnelle (2). Ces complications iatrogènes comprennent notamment le risque de confusion, de perte de mobilité ou de dénutrition [ (3) (4)]. L'incidence cumulée d'au moins une complication parmi confusion, chutes, dénutrition, escarres, incontinence ou déclin fonctionnel pourrait concerner 44% des patients âgés hospitalisés (5).

L'incidence de la confusion chez les personnes âgées hospitalisées concerne entre 11 et 50 % des patients [ (6), (7), (8), (9)]. Ceci dépend de leur statut cognitif sous-jacent, de la sévérité du motif d'admission et du contexte (post-opératoire notamment). Cependant, la confusion peut aussi toucher des personnes indemnes de troubles cognitifs, et les conditions de leur hospitalisation revêt une importance déterminante sur le pronostic de récupération des patients (10). Quel que soit le contexte, la survenue d'une confusion est un facteur de risque indépendant important de décès, de déclin fonctionnel, de troubles cognitifs installés et d'institutionnalisation [ (4)et (11)].

En parallèle, l'hospitalisation des personnes âgées peut s'accompagner d'une réduction des interactions sociales, d'une fonte musculaire, ou d'une réduction des apports nutritionnels et

hydriques. A titre d'exemple, environ 12% des personnes âgées hospitalisées présenteront au moins une chute durant leur hospitalisation (12), et jusqu'à 30% des personnes de plus de 70 ans hospitalisées présenteront un déclin de leurs capacités fonctionnelles (13). Ces effets adverses sont en grande partie liés au contexte de l'hospitalisation, engendrant des situations de stress pour les patients se surajoutant à la pathologie aiguë ayant justifié l'admission : majoration de la désorientation liée au changement de cadre habituel, manque d'interactions humaines et rassurantes, alitement, manque de mobilité lié à la pathologie ou provoqué par l'utilisation de barrières voire de contentions, etc. Cette problématique de perte de mobilité hospitalière, qui est directement liée au pronostic vital à court et moyen terme des personnes (14) et au risque d'institutionnalisation (15), est toujours largement sous-estimée [ (16), (17), (18)]. La crise sanitaire récente en lien avec la pandémie COVID-19 a été particulièrement délétère pour les patients âgés sur ce plan, avec les mesures d'isolement et de restriction des visites de leurs proches.

Toutes ces complications sont susceptibles d'être prévenues ou atténuées grâce à des méthodes d'engagement et d'interaction avec les patients. En effet, plusieurs programmes de prévention ont montré leur efficacité pour réduire le risque de confusion des patients âgés hospitalisés mais également une réduction des durées de séjour et du risque d'institutionnalisation, une amélioration de la prise alimentaire, des motivations dans la prise en charge rééducative et une amélioration d'éléments de qualité de vie [ (7), (10), (17), (19)]. Ces données sont traduites dans de nombreuses recommandations de bonnes pratiques internationales ou le cahier des charges d'amélioration de la qualité des soins hospitaliers aux personnes âgées (« Hôpital ami des aînés ») [ (20), (21), (22), (23), (24), (25), (26), (27)]. Ces recommandations incluent notamment les éléments suivants :

- La promotion de la mobilisation précoce et de l'autonomie de mouvement des patients (en évitant par exemple les phrases du type « Retournez dans votre chambre ! »).
- L'accessibilité ou l'aide aux repas et à la boisson.
- Le soutien au maintien de la continence par l'accompagnement des personnes aux WC.
- La promotion de l'engagement cognitif, c'est-à-dire la participation active des patients à des activités visant à maintenir leur stimulation cognitive (ce dernier élément étant probablement à la fois le plus important, et celui que les hôpitaux ont le plus de difficultés à mettre en œuvre).

Ces recommandations simples peuvent être implémentées efficacement en contexte de vie réelle (28), sous réserve d'un engagement des institutions et de l'ensemble des personnels des services, ou le plus souvent grâce à l'aide de personnel dédié [ (29), (30)]. En effet, si ces méthodes sont éprouvées et efficaces, elles requièrent du temps de soignant disponible, et il ne leur est pas toujours accordé suffisamment de priorité dans les organisations de soins hospitalières actuelles [ (30), (31), (32)].

Parmi les causes de tensions actuellement observées dans les hôpitaux français, une plainte récurrente des soignants est une souffrance de ne pas pouvoir interagir suffisamment avec les patients et d'être cantonnés à des rôles de « techniciens du soins ». Dans une étude qualitative américaine axée sur les « missed nursing cares » à l'hôpital (que l'on pourrait traduire par des soins paramédicaux fréquemment omis), Kalisch et al. ont relevé que les soignants hospitaliers reconnaissent l'omission fréquente de certains soins « basiques », comme le fait d'asseoir les patients pour la prise d'un repas, de les aider aux repas lorsque celui-ci est toujours chaud, de répondre aux appels dans les 5 minutes, les accompagner aux WC ou notamment de promouvoir

la marche trois fois par jour (33). De façon intéressante, cette étude révèle que ce type de soins entraine en compétition avec d'autres éléments jugés plus prioritaires par nos organisations hospitalières comme le contrôle des paramètres vitaux ou les tournées de médicaments, qui eux étaient réglés et quasiment jamais délaissés (33).

Lorsqu'on s'intéresse au vécu des patients âgés de leur hospitalisation, deux temps distincts peuvent être distingués, entre des périodes d'agitation frénétique liées à des horaires de tournée, des environnements bruyants avec des sonneries de téléphone ou divers buzzers, des soins techniques prodigués de façon parfois rapide ; et en contraste, de longues périodes silencieuses caractérisées par la paucité des relations sociales et l'absence de mouvement (34). Ceci peut se traduire chez les patients par deux sentiments prédominants et contradictoires : la peur et l'ennui. Ces deux sentiments angoissants pourraient ainsi être apaisés par un temps de présence plus important auprès des patients avec un renforcement de la communication, de l'engagement cognitif et de la mobilité des personnes. **Développement des « Meaningful activities »**

Les « meaningful activities » (littéralement, des « activités qui ont du sens ») concernent des activités qui sont à la fois ludiques et engagent le patient sur le plan cognitif et/ou de sa mobilité, et qui doivent revêtir un sens pour les patients au regard de leurs centres d'intérêt [ (35), (36)]. Le préalable est une bonne connaissance de la personne et de son histoire de vie ainsi qu'une mise en confiance qui permet ensuite une participation de celle-ci à des activités constructives (37). Ce type d'accompagnement des personnes connaît un essor important ces dernières années, notamment auprès des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et dans les structures de soins de longue durée [ (35), (36), (38), (39), (40), (41), (42)].

À l'hôpital, plusieurs initiatives ont vu le jour à l'échelle internationale pour limiter l'impact des hospitalisations sur les personnes âgées par le biais d'activités constructives et ludiques de remédiation. Par exemple, dans les services de court séjour gériatrique des hôpitaux universitaires de Leicester au Royaume-Uni, des personnes qualifiées de meaningful activities facilitators (AVH), ayant bénéficié d'une formation spécifique, sont intégrées dans l'équipe soignante, et sont sollicités par les médecins ou les infirmières pour mettre en œuvre ce type de stratégies de prévention chez certains patients ciblés (par exemple des patients confus ou à risque de syndrome confusionnel, patients dépressifs anhédoniques, patients dénutris nécessitant d'être stimulés, patients déambulants nécessitant d'être canalisés, etc.). Les services hospitaliers s'en trouvent réhumanisés. L'impact de ces soignants, dont le nombre augmente progressivement au Royaume-Uni, se connaît sur l'incidence et la durée des épisodes confusionnels ainsi qu'une réduction des états d'agitation des patients avec diminution du recours aux psychotropes, aux dispositifs de contention ainsi que du nombre d'intervention des services de sécurité (<https://nhsproviders.org/media/1146/case-study-uhl-meaningful-activities-final.pdf>).

Une étude est actuellement en cours en Australie dans des courts séjours basé sur des principes très proches et de bon sens sur l'implémentation du programme « eat, walk, engage » (22), avec l'objectif de réduire les complications acquises à l'hôpital (5). À notre connaissance, aucune autre étude internationale, et aucune précédente étude en France, n'ont cherché à évaluer l'impact de ce type de programme chez les patients âgés hospitalisés et dépassant le cadre restreint des sujets atteints de troubles cognitifs.

**L'hypothèse de notre étude** est que la mise en place d'« aides de vie hospitalière » (AVH) dans des services de court séjour gériatrique permettra

- de réduire l'incidence des complications gériatriques associées à l'hospitalisation (43),
- de diminuer la durée de séjour des patients,
- de réduire les ressources en soins nécessaires au cours du séjour.

## 2 - Objectifs

Il s'agit d'une étude pilote de faisabilité en 2 phases.

### 2.1 - Phase 1

Adaptation du modèle existant à l'étranger à notre contexte : étude des besoins et construction participative de l'intervention

**Objectif principal de la phase 1** : Construction d'un modèle logique de l'intervention d'une AVH en service de court séjour gériatrique

#### Objectifs secondaires :

- 1- Explorer les besoins des patients et de leurs proches concernant l'intervention des AVH lors d'une hospitalisation en service gériatrique de court séjour.
- 2- Explorer les besoins et attentes des professionnels de l'unité gériatrique face à l'intervention des AVH, et les barrières potentielles à anticiper avant la mise en place de l'intervention

### 2.2 - Phase 2

Etude de faisabilité : évaluation de la mise en œuvre de l'intervention des AVH au cours d'une étude quasi-expérimentale de type Avant-Après ;

**Objectif principal de la phase 2** : étudier la faisabilité et l'acceptabilité de l'intégration d'aides de vie hospitalières (AVH) dans les équipes de soins de deux services de court séjour gériatrique, du point de vue des professionnels, des AVH et des patients-proches.

#### Les objectifs secondaires :

- 1- Evaluer l'impact de l'intervention des AVH sur l'incidence des complications hospitalières gériatriques chez les patients hospitalisés : les composantes du CG-AH (delirium, déclin fonctionnel, chutes, escarres et nouvelle incontinence) (1), l'anxiété, la durée du séjour à l'hôpital, l'utilisation de moyens de contention et de médicaments psychotropes, le décès et le parcours de soins (Phase 2).
- 2- Explorer les effets de l'intervention des AVH sur les professionnels de la santé : l'organisation du travail, la collaboration et le bien-être au travail
- 3- Evaluer la mise en œuvre de l'intervention des AVH dans les unités gériatriques de court séjour d'un point de vue individuel (professionnels, AVH, patients) et organisationnel
- 4- Evaluer la faisabilité d'un futur essai contrôlé randomisé par grappes en testant les processus de l'étude : processus d'inclusion, nombre de patients éligibles, collecte de données (complications hospitalières gériatriques) (1)

## 3 - Méthodologies utilisées

Il s'agit d'une étude pilote de faisabilité en 2 phases suivant les étapes 1 et 2 recommandées par le Medical Research Council pour le développement et l'évaluation des interventions complexes :

1/ Adaptation du modèle existant à l'étranger à notre contexte (Phase 1) : étude des besoins et construction participative de l'intervention.

2/ Etude de faisabilité (Phase 2) : évaluation de la mise en œuvre de l'intervention des AVH au cours d'une étude quasi-expérimentale de type Avant-Après.

La période « avant » de l'étude de faisabilité (Phase 2) se déroulera pendant la phase d'adaptation du modèle (phase 1).

Cette étude porte sur des changements de pratiques induits par la standardisation des soins et la mise en œuvre de recommandations impliquant une modification de prise en charge du patient. Conformément à la législation en cours, elle correspond à une étude prospective, impliquant la personne humaine interventionnelle à risques et contraintes minimale du 2° (article L1121-1 du code de la santé publique).

### 3.1 - Critères de jugement

#### Critère de jugement principal (Phase 2)

Les critères pour conclure sur la faisabilité seront le respect des critères suivants pendant la période d'intervention (implémentation d'une AVH) :

- emploi de deux AVH (un.e par unité participante, 0,5 ETP),
- adoption par les professionnels : au moins 10 patients ayant reçu une indication et ayant bénéficié d'une intervention AVH par mois dans chaque unité,
- maintien de l'intervention pendant la période d'étude de quatre mois,
- acceptabilité perçue par les patients et les proches, évaluée par le nombre de refus des patients

#### Critères de jugement secondaires

- 1- Besoins des patients et de leurs proches pendant l'hospitalisation concernant l'intervention d'un.e AVH pendant le séjour, acceptabilité potentielle, bénéfices attendus, obstacles et leviers, adaptations à apporter au modèle AVH (**enquête qualitative, phase 1**)
- 2- Acceptabilité potentielle des professionnels de santé, bénéfices attendus, freins et leviers aux niveaux individuel et organisationnel, adaptations à apporter au modèle AVH (**enquête qualitative, phase 1**).
- 3- Impact clinique de l'intervention d'un.e AVH (phase 2) : comparaison entre la période avant (témoin) et la période après (intervention) de :
  - la survenue d'au moins une nouvelle complication hospitalière gériatrique au cours du séjour hospitalier mesurée par les composantes du CG-AH (1): délires, troubles fonctionnels et/ou cognitifs, chutes, escarres, incontinence urinaire ou fécale *de novo* ,
  - le niveau d'anxiété,
  - la durée du séjour à l'hôpital,
  - l'utilisation de moyens de contention physique,
  - l'utilisation de médicaments psychotropes pendant le séjour,
  - le décès pendant l'hospitalisation,
  - le lieu de sortie de l'hôpital (domicile, institutionnalisation, unité de réadaptation)
- 4- Impact sur les professionnels de santé médicaux et paramédicaux (phase 2) : comparaison entre la période avant (témoin) et la période après (intervention) du :
  - Bien-être au travail (échelle d'épanouissement au travail) des membres de l'équipe médicale et paramédicale
  - organisation de l'activité professionnelle (questionnaire SATIN) (2) (Phase 2)
- 5- Résultats de la mise en œuvre / implémentation de l'intervention (phase 2) (phase 2) :
  - fidélité de l'intervention fournie par les AVH : l'activité réalisée pendant la période d'intervention par rapport à l'intervention prévue, les adaptations qui ont dû être faites dans chaque unité, recueillies dans un journal de bord par les AVH, et au travers des indicateurs

- d'activités des AVH recueillis chez les patients et dans les dossiers médicaux des patients,
  - Acceptabilité de l'intervention de la part des professionnels, des AVH, patients et proches (enquête qualitative),
  - pertinence de l'intervention selon l'équipe soignante, les AVH et les patients/aidants (enquête qualitative),
  - l'expérience des AVH concernant leur rôle, leur activité et leur impact perçu (enquête qualitative),
  - intégration des AVH dans l'équipe, collaboration et interactions entre tous les acteurs, freins et facilitateurs au niveau individuel et organisationnel (enquête qualitative),
  - les frais d'intervention
- 6- Evaluer le taux de recrutement, le nombre de patients éligibles, le temps nécessaire à la collecte du CG-AH, le nombre de données manquantes sur les composantes du CG-AH et autres critères.

### 3.2 - Organisation générale

#### 3.2.1 - Calendrier prévisionnel de l'étude

Durée totale de l'étude : 22 mois

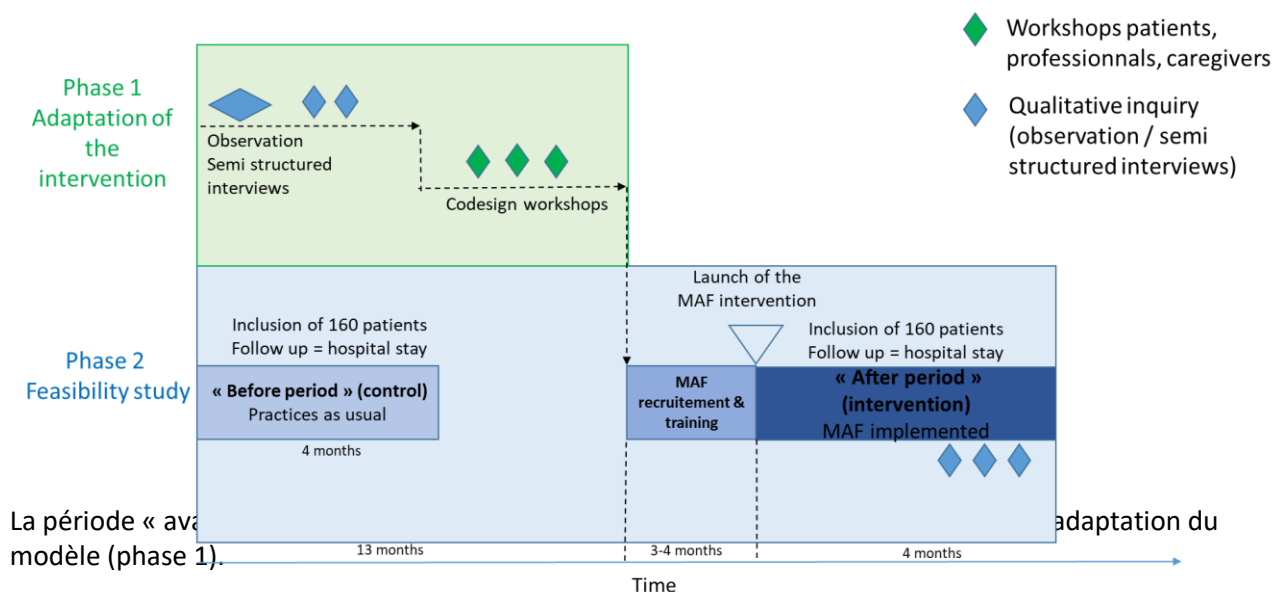
Durée de la phase 1 de l'adaptation de l'intervention : 13 mois

Durée de la phase 2 de l'étude de faisabilité : 14 mois

- période d'inclusion de patients (phase 2) : 2 périodes de 4 mois (période contrôle « avant » et période intervention « après ») : 8 mois
- période de recrutement et de formation des AVH : 4 mois
- Durée de la participation pour chaque patient : durée du séjour hospitalier (J30 si durée du séjour > 30 jours)
- Début des inclusions : dès autorisations, troisième trimestre 2023

#### 3.2.2- Schéma général et tableau récapitulatif

##### Schéma général



### 3.2.2- Déroulement et état d'avancement du projet

La phase 1 s'est déroulée à partir de de l'été 2023 et s'est terminée en juin 2024. L'étude qualitative de cette phase a eu pour finalité d'adapter l'intervention des AVH à notre contexte, associant revue de la littérature, entretiens semi-dirigés, observation non participante, et ateliers de co-construction. Cette première phase de l'étude a permis de construire le modèle logique de l'intervention de l'AVH adapté à notre contexte, en vue de sa mise en œuvre au cours de la phase 2. Un profil de poste AVH type a pu être finalisé à l'issue de cette phase.

La phase 2 a pu débuter en décembre 2023 avec les inclusions de patients en période contrôle.

La période contrôle a duré pendant 4 mois jusqu'en avril 2024.

L'analyse de la phase 1 avec l'aboutissement de la fiche de poste de l'AVH s'est terminée en décembre 2024. Le recrutement des AVH prévu dans notre projet a pu alors être initié en janvier 2025. Deux personnes correspondant à nos critères de sélection ont pu être recrutées pour 6 mois d'avril 2025 à septembre 2025. La période intervention de la phase 2 a pu démarrer en avril 2025 avec l'inclusion de patients bénéficiant de l'intervention des AVH.

A ce stade du projet (mi-août 2025), nous avons terminé l'inclusion et le suivi des patients de la phase intervention. Nous prévoyons l'analyse statistique des données quantitatives de la phase 2 à partir de l'automne 2025. Les entretiens semi-dirigés prévus à partir du milieu de la période d'intervention auprès d'un échantillon de professionnels des services, de patients et de proches, ainsi qu'auprès des deux AVH sont actuellement en cours et seront analysés d'ici la fin d'année 2025.

## 4 - Les principaux résultats obtenus

Les analyses quantitatives ainsi que l'analyse qualitative des entretiens semi-dirigés de la phase 2 seront réalisées en fin d'année 2025.

Nous présenterons ici la synthèse qualitative de la phase 1 de co-construction du projet ainsi que l'état des lieux des inclusions de la phase 2. Le rapport final synthétisant les deux phases du projet sera disponible en fin d'année 2025.

### 4.1 - Rapport analyse qualitative Phase 1– Etat des lieux MAYFAIR

Nous avons mené sept observations de terrain et cinquante entretiens semi-directifs. Les 27 professionnels de santé interrogés exerçaient tous sur le site 1, tandis que les 23 patients et aidants interrogés étaient répartis de manière égale entre les deux sites. Les deux unités de gériatrie étaient comparables en termes de taille et d'organisation. Les professionnels travaillaient le plus souvent en binômes : les infirmiers avec les aides-soignants, et les internes avec les médecins.

Les différentes grilles d'entretien sont jointes en annexes.

#### **Ressources humaines et charge de travail**

Les pénuries de personnel ont été identifiées comme une préoccupation majeure par la majorité des participants (21 sur 27).

Les professionnels de santé ont décrit des journées de travail intenses, rythmées par des réunions, des visites, des soins infirmiers, l'aide aux repas, la mobilisation des patients et les transferts.

La lourdeur de la charge de travail, combinée à la forte dépendance des patients, rend difficile l'établissement de liens significatifs avec ces derniers, en particulier avec ceux présentant des troubles cognitifs. De plus, le sentiment d'être constamment pressé par le temps peut nuire à l'attitude bienveillante et apaisante attendue vis-à-vis de ces patients.

Ces situations répétitives et stressantes altèrent souvent l'attitude bienveillante des soignants, contribuant à un sentiment d'impuissance, une augmentation du stress et un épuisement professionnel. Les interruptions fréquentes de tâches (demandes des familles, appels téléphoniques,

sonnettes des patients) perturbent encore davantage le déroulement du travail. De nombreux professionnels rapportent des difficultés à terminer leurs tâches, les obligeant à hiérarchiser en permanence.

Malgré ces contraintes, les soignants expriment une satisfaction à promouvoir l'autonomie des patients et à préserver leurs capacités fonctionnelles, soulignant l'importance d'encourager l'indépendance à tout moment.

### **Occupations, interactions et stimulation intellectuelle des patients**

Une majorité des patients interrogés (13 sur 21) ont rapporté l'absence d'activités permettant d'égayer leur quotidien durant l'hospitalisation.

Aucune des deux unités observées ne disposait de salle annexe, de salon, d'équipement ou d'intervenants dédiés pour distraire les patients de l'austérité de l'environnement hospitalier. Toutefois, cette carence n'est pas unanimement reconnue, le but premier de ces unités étant la prise en charge médicale aiguë.

Certains patients utilisent des ordinateurs ou des téléphones, d'autres lisent des journaux, des livres ou des magazines. Quelques-uns font des mots croisés ou des coloriages apportés par leurs proches. D'autres encore écoutent de la musique ; des postes de radio sont disponibles dans les chambres. Seuls 5 patients sur 21 regardent la télévision, tout en regrettant que l'accès gratuit se limite aux chaînes d'information et aux dessins animés pour enfants.

Toutes ces petites activités sont perçues comme bénéfiques par le personnel soignant, qui souligne l'importance de la présence d'un tiers avec qui échanger ou jouer.

Le personnel est souvent sollicité pour aider les patients à comprendre leur environnement : aide à la compréhension ou au remplissage de formulaires administratifs, adaptation de la chambre aux besoins (par exemple : abaisser un volet, manipuler un levier de lit), ou assistance à l'utilisation du téléphone ou de la télévision.

Un tiers des patients interrogés (8 sur 21) ont exprimé un souhait d'amélioration de leur quotidien pendant l'hospitalisation. Face à ce constat, certains membres du personnel hospitalier ont tenté de proposer des activités aux patients. À l'inverse, 5 patients sur 21 ont déclaré ne pas souhaiter davantage d'interactions.

### **Besoins spécifiques des patients hospitalisés**

#### *Humeur et cognition*

Les observations de terrain ont mis en évidence divers troubles cognitifs et émotionnels : états d'agitation ou de délire, manifestations d'angoisse ou de peur. Certains patients semblent visiblement isolés ou ennuyés (7 sur 21).

Une minorité de patients (2 sur 21) ont exprimé un sentiment d'attente prolongée (pour des soins ou des rendez-vous médicaux) sans être informés de manière satisfaisante.

La communication avec certains patients peut être rendue difficile en présence de troubles cognitifs ou d'états émotionnels complexes, mais aussi en raison de désorientation ou de troubles neuro-sensoriels (3 sur 21).

Nous avons observé que la présence des familles constitue une source importante de soutien psychologique pour les patients. L'accès à un psychologue, quant à lui, reste difficile et réservé à des situations spécifiques.

#### *Mobilité*

Le rôle principal du kinésithérapeute est d'aider les patients à marcher. De nombreux patients (14 sur 21) ont indiqué avoir bénéficié de ce service. La plupart des professionnels de santé ont rapporté que les kinésithérapeutes manquent également de temps, en particulier pour les patients présentant des troubles cognitifs, qui nécessitent une attention accrue.

L'ensemble du personnel participe à la mobilisation des patients, y compris les médecins. Le personnel infirmier est sollicité pour accompagner les patients aux toilettes ou les aider à s'installer dans leur

fauteuil roulant, comme l'ont confirmé 9 patients sur 21. Certains patients (4 sur 21) ont également mentionné l'aide de leurs proches pour les déplacements.

Une majorité de patients (15 sur 21) conserve une certaine autonomie pour les transferts, le plus souvent sous surveillance ; d'autres sont capables de marcher de manière autonome (5 sur 21), tandis que certains ont besoin d'une aide technique (7 sur 21).

Pour la plupart des patients, la mobilisation demeure difficile. En dehors des limitations physiques, il a été observé que de nombreux patients semblent peu enclins à sortir de leur chambre, et ne sont que rarement incités à le faire.

Cette réticence peut être aggravée par des restrictions physiques telles que des sondes, perfusions ou dispositifs de contention, encore régulièrement utilisés lorsque les patients présentent un risque de chute ou de mise en danger. Pour les soignants, le recours à ces contentions est jugé nécessaire dans certains cas, en l'absence d'alternative : notamment en cas de risque de chute traumatique, mais aussi lorsque des patients déambulent, dérangent d'autres patients, ou risquent de quitter l'unité sans surveillance suffisante.

Nous avons observé que la déambulation des patients peut être perçue comme une gêne. Certains se voient explicitement demander de retourner dans leur chambre et de ne pas perturber le travail des soignants.

Des améliorations sont envisageables : 9 patients sur 21 ont exprimé le souhait d'une meilleure mobilité et de plus de confort avec des aides techniques.

#### *Nutrition et hydratation*

Les patients font l'objet d'une évaluation nutritionnelle à leur arrivée, et les ergothérapeutes mettent à disposition des aides techniques si nécessaire. Les orthophonistes et les diététicien·nes surveillent les troubles de la déglutition ainsi que les besoins alimentaires. Si 10 patients sur 21 ont salué la qualité des repas, plusieurs difficultés ont été rapportées : textures inadaptées, portions trop importantes (7 patients), manque d'appétit (7 patients), ou repas peu appétissants (5 patients). Le personnel a suggéré des ajustements de portions et une amélioration de la présentation pour renforcer l'appétence, tout en soulignant le problème de standardisation des repas au sein de l'hôpital, source de gaspillage alimentaire.

Le personnel infirmier s'efforce de favoriser l'autonomie des patients pendant les repas, exprimant une certaine satisfaction face aux patients capables de manger seuls. Malgré ces efforts, certains patients nécessitent une assistance, que le personnel peine à fournir en raison de la charge de travail et du sous-effectif. Plus de la moitié des patients interrogés (13 sur 21) ont déclaré être autonomes pendant les repas, tandis que d'autres dépendent de leur famille ou des soignants. L'organisation du travail, la charge de soins et le manque de personnel rendent difficile une assistance personnalisée pendant que les repas sont encore chauds.

Les besoins des patients âgés varient à l'heure des repas : de l'installation à l'assistance complète en passant par la préparation des aliments. Les familles sont souvent impliquées, notamment dans les situations d'aide complète. Il a également été observé que l'apport alimentaire est parfois meilleur en présence des proches.

L'hydratation fait l'objet d'un suivi régulier, avec des rappels et des boissons proposées au cours des visites. La majorité des patients (15 sur 21) ont estimé que le personnel était attentif à leur hydratation, bien que trois aient signalé un apport insuffisant.

### **Relations et interactions humaines**

#### *Relations entre patients et proches*

Plus de la moitié des patients (13 sur 21) ont rapporté des visites familiales fréquentes, tandis que d'autres mentionnent une présence familiale limitée (4 patients) ou inexistante (1 patient). Les assistant·es sociaux·ales jouent un rôle clé dans la coordination du retour à domicile et sont en lien à la fois avec les patients et leurs familles.

#### *Relations entre patients et personnel hospitalier*

La plupart des patients (17 sur 21) ont exprimé une perception positive de leur relation avec le personnel.

Cependant, une minorité de patients (5 sur 21) ont exprimé une insatisfaction ou un manque de contact avec le personnel, voire une perception.

Les observations de terrain ont montré que les échanges entre soignants et patients sont souvent brefs et centrés sur des aspects médicaux ou pratiques.

#### *Relations entre patients*

Les interactions entre patients sont limitées, en particulier dans les unités disposant de chambres individuelles. Deux patients ont exprimé un souhait de liens sociaux plus développés.

#### *Relations entre soignants et familles*

Les familles ont fréquemment besoin d'informations ou d'explications concernant l'état de santé de leurs proches. Bien que ces demandes soient perçues comme légitimes, elles sont parfois jugées trop nombreuses ou intrusives par les soignants, qui tentent néanmoins de rester disponibles.

Les proches interrogés perçoivent généralement le personnel comme accessible, et expriment leur reconnaissance de manière explicite. Toutefois, certains soignants ont fait part de leur frustration ou d'un sentiment d'impuissance face à certaines familles ne respectant pas les consignes médicales (par exemple, restriction d'eau ou d'aliments).

#### *Relations entre professionnels de santé*

Il a été observé une distinction nette entre les différentes catégories professionnelles et leurs tâches associées. Les structures hiérarchiques influencent les dynamiques d'équipe, avec des leaders informels pouvant entrer en tension avec les médecins.

### **Perceptions de l'implémentation des MAFs dans les services de gériatrie aiguë en France**

#### *Bénéfices potentiels*

Les professionnels de santé sont globalement favorables à l'introduction d'un Médiateur d'Activité et de Fonction (MAF) au sein de l'équipe. Le MAF est perçu comme une solution possible pour pallier certaines difficultés rencontrées par les patients en gériatrie aiguë, en collaborant avec les membres de l'équipe déjà en place. Son intégration permettrait une organisation plus souple et une offre de soins plus personnalisée, notamment pour les patients présentant des troubles cognitifs.

Il est attendu que cette personne soit autonome, qu'elle connaisse les dossiers des patients et participe aux temps d'échange. Une formation en gériatrie a été jugée essentielle, en particulier pour apporter un soutien à l'engagement cognitif et psychique du patient, à sa mobilité, à son hydratation et à sa nutrition.

Les patients sont également très favorables à l'arrivée d'un MAF. Ils projettent son utilité non seulement pour eux-mêmes (7 sur 21), mais aussi pour les autres patients (7 sur 21).

Différents profils de patients susceptibles de bénéficier de la présence d'un MAF ont émergé de l'étude:

- Patients souhaitant se déplacer accompagnés, mais ne relevant plus de la kinésithérapie
- Patients apparemment autonomes, mais parfois en difficulté, notamment pour la toilette
- Patients installés en fauteuil ou dans la salle des familles, attendant que le temps passe et s'ennuyant
- Patients anxieux, confus ou désorientés, appelant à l'aide de façon répétée
- Patients anxieux ayant simplement besoin d'une présence pour discuter de temps à autre
- Patients déambulants présentant des troubles cognitifs, nécessitant un accompagnement ou d'être redirigés

#### *Réserves*

En écho aux préoccupations liées au manque de personnel, plusieurs professionnels de santé ont remis en question la pertinence de créer une nouvelle fonction, estimant qu'il vaudrait mieux renforcer les

effectifs existants. Certains ont exprimé une certaine réticence, anticipant que cela ne soulagerait pas leur propre charge de travail. Deux patients sur 21 ont également partagé cette opinion.

Par ailleurs, certains soignants ont exprimé leurs inquiétudes concernant le manque de temps pour former ou encadrer cette personne, notamment en raison des risques spécifiques aux patients âgés (risque de chute, troubles de la déglutition), des responsabilités associées, ainsi que des difficultés anticipées de recrutement ou de financement de ce poste. D'autres réserves concernaient le risque de délégation inappropriée de certaines tâches (par exemple, le soin de toilette passant des AS aux MAFs). Enfin, les professionnels ont largement insisté sur le fait que l'aspect humain du soin ne devait pas être l'apanage du MAF, mais bien une responsabilité partagée par l'ensemble de l'équipe.

Deux ateliers de co-construction ont pu ensuite avoir lieu en avril et mai 2025 avec des professionnels des service, des aidants et des patients qui ont abouti à la rédaction d'un profil de poste des AVH. Le compte-rendu de ces deux ateliers ainsi que le profil de poste établi sont présentés en annexes.

## 4.2 – Etat des lieux de la Phase 2

Nous présentons ci-dessous le nombre d'inclusions de la phase 2 par période et par centre.

### Période Contrôle :

#### Centre hospitalier Lyon Sud :

52 inclusions dont 4 sorties prématurées

#### Hôpital des Charpennes :

35 inclusions dont 2 sorties prématurées

Total : 87 inclusions réelles sur 160 théoriques

### Période Intervention :

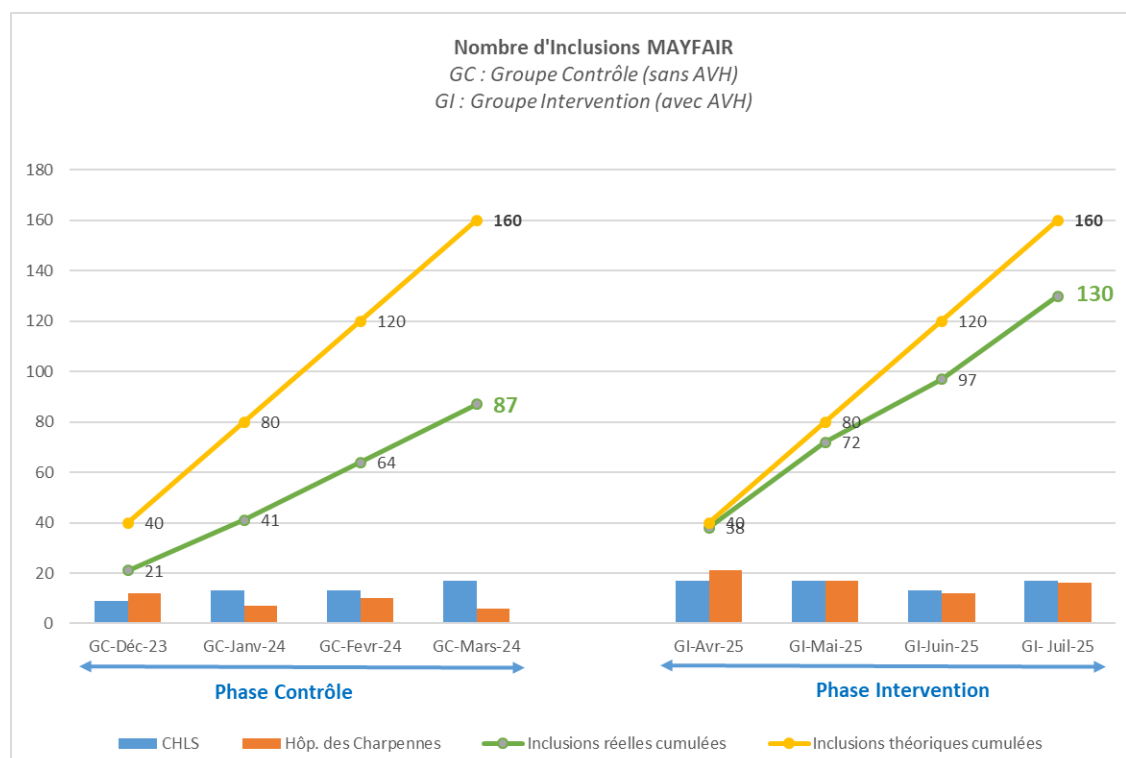
#### Centre hospitalier Lyon Sud :

64 inclusions dont 2 sorties prématurées

#### Hôpital des Charpennes :

66 inclusions dont 2 sorties prématurées

Total : 130 inclusions réelles sur 160 théoriques



### 4.3 – Poursuite et fin d'étude

La période intervention de la phase 2 d'implémentation est terminée. Les données des patients inclus lors des deux périodes contrôle et intervention ont été saisies dans la base de données créée. Un contrôle qualité des données sera réalisé en septembre avant de procéder au gel de base puis à l'analyse statistique des données prévue d'ici la fin d'année 2025.

Les entretiens semi-dirigés prévus à partir du milieu de la période d'intervention auprès d'un échantillon de professionnels des services, de patients et de proches, ainsi qu'auprès des deux AVH sont actuellement en cours et seront analysés d'ici la fin d'année 2025. Ces entretiens permettront d'évaluer l'implémentation de l'intervention. Une attention particulière sera portée sur la perception, le vécu et l'impact du nouveau rôle de l'AVH auprès des personnes interrogées. Les grilles d'entretien sont jointes en annexe.

Le rapport final synthétisant les deux phases qualitatives et quantitatives du projet sera disponible en fin d'année 2025/début d'année 2026.

## 5 - Perspectives de recherches

Les résultats de cette étude nous permettront de définir si l'intervention d'AVH est faisable et acceptable dans le contexte français, et le cas échéant de proposer un modèle d'intervention adapté. Les résultats nous permettront de proposer la phase 3 des recommandations du Medical Research Council (MRC), évaluation multicentrique comparative randomisée en clusters les stratégies d'implémentation.

Les résultats exploratoires de l'impact de l'intervention sur les résultats des patients tels que les complications hospitalières, l'indépendance et la durée du séjour nous permettra d'affiner la conception en vue de cette étude randomisée en grappes - par exemple, le choix des résultats (en particulier la faisabilité du suivi des complications acquises à l'hôpital (HAC-OP)(43) dans les deux périodes avant et après) pour assurer la qualité de la conservation des données, un affinement éventuel des critères d'inclusion, une mesure de la prévalence de l'HC-CG dans les deux périodes pour aider à déterminer le nombre de sujets nécessaires pour l'étude.

## 6 - Apports potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche

A notre connaissance, seule une autre étude en cours en Australie évalue l'implémentation en contexte de soins courants de ce type d'intervention globale, c'est-à-dire visant une population de patients âgés non sélectionnée (11). Nous pouvons donc attendre à ce que la publication des résultats de l'étude MAYFAIR ait une portée internationale. De plus, notre étude permettra également de documenter l'engagement des patients âgés et d'aidants auprès des professionnels pour construire l'intervention, l'engagement des patients dans la recherche étant largement recommandé (52) mais peu mis en œuvre dans les populations âgées [ (53), (54), (55)], notre démarche apportera donc de nouvelles connaissances sur le processus d'engagement des personnes âgées et de leur proches dans la recherche et leurs effets.

la manière dont ces résultats peuvent éventuellement **alimenter les réflexions et actions de décideurs, acteurs nationaux ou locaux**, ainsi que des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social ou autres acteur, le cas échéant

Comme indiqué plus haut, le vieillissement de la population signifie que de plus en plus de patients âgés seront hospitalisés dans un avenir proche. Les patients âgés présentent souvent une multimorbidité complexe et une fragilité, et sont particulièrement exposés à un risque de complications hospitalières. Il s'agit là d'un problème majeur de santé publique et d'une cible importante pour la prévention. Nos résultats seront directement exploitables et seront présentés à la direction de l'hôpital et aux administrateurs de la santé pour les aider à prendre la décision de poursuivre l'intégration du MAF dans les unités gériatriques de court séjour.

S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition** ou de soutien à la **mise en place de projets européens** :

Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

Oui  Non

Si non, précisez les raisons :

Si oui, précisez bien dans la synthèse les perspectives : projet envisagé, conditions de faisabilité, principaux points d'attention et perspectives de financement.

Les résultats de cette étude de faisabilité nous permettront d'affiner la conception d'un essai contrôlé randomisé en clusters dont l'objectif sera d'évaluer l'impact de l'intervention d'un AVH sur la réduction de complications gériatriques associées à l'hospitalisation, survenues au cours du séjour, chez les patients hospitalisés en service de court séjour gériatrique.

Nous avons déjà déposé le projet à l'AO PREPS DGOS 2021 qui n'a pas été retenu. Les remarques des experts nous ont conforté dans la réalisation de cette présente étude pilote de faisabilité avant d'envisager le projet de recherche complet.

## BIBLIOGRAPHIE

1. HCAAM. DOCUMENT N° 9 : PERSONNES AGEES, ETAT DE SANTE ET DEPENDANCE : QUELQUES ELEMENTS STATISTIQUES [Internet] [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document\\_9\\_-\\_personnes\\_agees\\_etat\\_de\\_sante\\_et\\_dependance\\_-\\_quelques\\_elements\\_statistiques\\_.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques_.pdf), accédé l.
2. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences: une patientèle au profil particulier. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>. 2017.
3. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ, et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. PLoS ONE. 2011 et 6(11):e26951.
4. McCusker J, Kakuma R, Abrahamowicz M. Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients: a systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. sept 2002 et 57(9):M569-577.
5. Mudge AM, Banks MD, Barnett AG, Blackberry I, Graves N, Green T, et al. CHERISH (collaboration for hospitalised elders reducing the impact of stays in hospital): protocol for a multi-site improvement program to reduce geriatric syndromes in older inpatient.

6. 1999, Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dement Geriatr Cogn Disord.* oct et 10(5):393-400.
7. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 4 mars 1999 et 340(9):669-76.
8. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JWW, Jackson JC, Shintani AK, et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc.* mars 2006 et 54(3):479-84.
9. Powers JS, Doering T, Gordon S, Eden SK, Shintani A, Schnelle J. Exploring the utility of ultra-brief delirium assessments in a nonintensive care geriatric population: the GEM study. *Gerontologist.* déc 2013 et 53(6):1051-5.
10. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry.* oct 2018 et 26(10):1015-33.
11. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med.* avr 1998 et 13(4):234-42.
12. Coussement J, De Paepe L, Schwendimann R, Denhaerynck K, Dejaeger E, Milisen K. Interventions for preventing falls in acute- and chronic-care hospitals: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* janv 2008 et 56(1):29-36.
13. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: « She was probably able to ambulate, but I'm not sure ». *JAMA.* 26 oct 2011 et 306(16):1782-93.
14. Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA.* 15 avr 1998 et 279(15):1187-93.
15. Harrison JK, Garrido AG, Rhynas SJ, Logan G, MacLulich AMJ, MacArthur J, et al. New institutionalisation following acute hospital admission: a retrospective cohort study. *Age Ageing.* 01 2017 et 46(2):238-44.
16. Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. The Underrecognized Epidemic of Low Mobility During Hospitalization of Older Adults: THE EPIDEMIC OF LOW MOBILITY DURING HOSPITALIZATION. *Journal of the American Geriatrics Society.* sept 2009 et 57(9):1660-5.
17. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Sáez de Asteasu ML, Lucia A, Galbete A, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern M.*
18. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. The role of intervening hospital admissions on trajectories of disability in the last year of life: prospective cohort study of older people. *BMJ.* 20 mai 2015 et 20):h2361-h2361., 350(may14).
19. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Travison T, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med.* avr 2015 et 175(4):512-20.
20. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/app>, HAS: Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. [Internet]. 2017 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur:.

21. NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management [Internet]. 2010 [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>.
22. <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/improvement-exchange/eat-walk-engage>, Clinical Excellence Queensland. Eat-Walk-Engage <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/improvement-exchange/eat-walk-engage> [Internet]. 2019 [cité 5 févr 2021]. Disponible sur:.
23. <https://www.rgptoronto.ca/initiatives/senior-friendly-hospitals/>, Regional geriatric program of Toronto. Senior Friendly hospitals [Internet]. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur:.
24. <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people>, Victoria state government. Older people in hospital [Internet]. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur:.
25. Godfrey M, Young J, Shannon R, Skingley A, Woolley R, Arrojo F, et al. The Person, Interactions and Environment Programme to improve care of people with dementia in hospital: a multisite study [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library et [cit, 2018].
26. Society, National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care [Internet]. Leicester (UK): British Psychological et (Nati, 2007 [cité 23 févr 2021].
27. Tran K, Wright M-D. Senior Friendly Hospital Care: A Review of Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health et <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>, 2019 [cité 24 févr 2021]. (CADTH Rapid Response Reports). Disponible sur:.
28. Inouye SK, Baker DI, Fugal P, Bradley EH, HELP Dissemination Project. Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes. *J Am Geriatr Soc.* oct 2006 et 54(10):1492-9.
29. Steunenbergh B, van der Mast R, Strijbos MJ, Inouye SK, Schuurmans MJ. How trained volunteers can improve the quality of hospital care for older patients. A qualitative evaluation within the Hospital Elder Life Program (HELP). *Geriatr Nurs.* déc 2016 et 37(6):.
30. Handley M, Bunn F, Goodman C. Dementia-friendly interventions to improve the care of people living with dementia admitted to hospitals: a realist review. *BMJ Open.* 16 juill 2017 et 7(7):e015257.
31. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf.* 2014 et 23(2):126-.
32. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care.* 2011 et 23(3):302-8. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality.* 2011 et 26(4):291-9.
33. Godfrey M, Smith J, Green J, Cheater F, Inouye SK, Young JB. Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. *BMC Health Serv Res.* 3 sept 2013 et 13:341.
34. Han A, Radel J, McDowd JM, Sabata D. The Benefits of Individualized Leisure and

- Social Activity Interventions for People with Dementia: A Systematic Review. *Activities, Adaptation & Aging*. 2 juill 2016 et 40(3):219-65.
35. Owen R, Berry K, Brown LJE. Enhancing Older Adults' Well-Being and Quality of Life through Purposeful Activity: A Systematic Review of Intervention Studies. *Gerontologist*. 9 févr 2021.
36. Oh A, Gan S, Boscardin WJ, Allison TA, Barnes DE, Covinsky KE, et al. Engagement in Meaningful Activities Among Older Adults With Disability, Dementia, and Depression. *JAMA Intern Med*. 25 janv 2021.
37. Nyman SR, Szymczynska P. Meaningful activities for improving the wellbeing of people with dementia: beyond mere pleasure to meeting fundamental psychological needs. *Perspect Public Health*. mars 2016 et 136(2):99-107.
38. 2020, Nastasi JA. Occupational Therapy Interventions Supporting Leisure and Social Participation for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. févr et 74(1):7401185020p1-9.
39. Morley JE, Kusmaul N, Berg-Weger M. Meaningful Engagement in the Nursing Home. *J Gerontol Soc Work*. févr 2021 et 64(1):33-42.
40. De Vriendt P, Cornelis E, Vanbosseghem R, Desmet V, Van de Velde D. Enabling meaningful activities and quality of life in long-term care facilities: The stepwise development of a participatory client-centred approach in Flanders. *British Journal of Occupa*.
41. Fritz H, Seidarabi S, Barbour R, Vonbehren A. Occupational Therapy Intervention to Improve Outcomes Among Frail Older Adults: A Scoping Review. *Am J Occup Ther*. juin 2019 et 73(3):7303205130p1-12.
42. Mudge AM, McRae P, Hubbard RE, Peel NM, Lim WK, Barnett AG, et al. Hospital-Associated Complications of Older People: A Proposed Multicomponent Outcome for Acute Care. *J Am Geriatr Soc*. févr 2019 et 67(2):352-6.
43. Van Laar D, Edwards JA, Easton S. The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs*. nov 2007 et 60(3):325-33.



## Rapport scientifique complet

**Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
◀ Modalité du projet (Choisissez un élément. Modalité du projet ▶)

*[Rédiger votre rapport scientifique ici]*

## II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

---

### FICHE A RENSEIGNER

#### Publications scientifiques

*Ajouter tous les liens URL des publications, si possible.  
Merci de préciser quand l'article n'est pas disponible en accès ouvert, le cas échéant,  
joindre l'article en format PDF.*

#### 1. Liste des articles et communications écrites

- Communication affichée poster au congrès européen de gériatrie EUGMS 18-20 septembre 2024 (Valence, Espagne) (Montredon C)
- Montredon C, Marchal M, Poupon-Bourdy S, Garnier-Crussard A, Tripoz-Dit-Masson S, Goubet V, Gras A, Falandry C, Haesebaert J, and Gilbert T. Implementing meaningful activity facilitators to prevent hospital-acquired complications in French geriatric short-stay wards: analysis of the context and stakeholder representations. Geriatric nursing 2025 (under review since 24 april 2025).

#### 2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

- Candice Montredon : Thèse d'exercice en médecine soutenue le 03/10/2024
- Pauline Muet : Thèse d'exercice en médecine en cours
- Victor Goubet : Mémoire Master II soutenu en 2022
- Aurélie Gras : Mémoire Master I soutenu 2023...

#### 3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- ...
- ...
- ...
- ...

#### 4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

- Présentation de poster Valence (Espagne) congrès EUGMS 18-20 sept 2024

#### Communications au grand public



**Ajouter les liens URL et/ou joindre le fichier en annexe, si possible**

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...