

Quand l'ergothérapie s'invite au domicile...

LE MAINTIEN A DOMICILE
DE LA PERSONNE AGEE FRAGILE CHUTEUSE OU
AYANT DES RISQUES DE CHUTE

Session Juin 2016

Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat en Ergothérapie

CAMILLE VERDON

Engagement sur l'honneur

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

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

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

Le mémoire peut être :

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

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

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

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

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

A Créteil, le

Signature

*NOM Prénom

Notes aux lecteurs

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné. »

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de mémoire, Farida MEBAREK, pour son accompagnement et ses précieux conseils prodigués tout au long de ce travail.

Je remercie également les professionnels qui ont accepté de m'accorder leur temps pour répondre à mon entretien. Ces entretiens ont permis de nombreux échanges très intéressants me permettant d'enrichir mon mémoire. Je remercie également Anaëlle, ma tutrice de stage, qui a su me donner les moyens pour approfondir mes réflexions.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Créteil pour leur bienveillance et leurs conseils.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amies pour leur patience et leur soutien sans faille durant l'élaboration de ce mémoire.



« Le chez-soi peut remplacer le monde, mais le monde ne
peut jamais remplacer le chez-soi. »

Proverbe italien



Sommaire

Introduction	1
A. Démarche méthodologique	2
B. Cadre théorique	3
I. La chute de la personne âgée fragile.....	5
1.1. Définition de la fragilité.....	5
1.2. Indices de fragilité.....	6
1.3. La chute, conséquence de la fragilité.....	6
1.4. Les facteurs de risques de chute.....	8
1.5. Les conséquences de la chute.....	14
1.6. La prise en charge de la chute chez la personne âgée fragile.....	17
II. Le maintien à domicile de la personne âgée fragile.....	18
2.1. Le domicile et ses représentations.....	18
2.2. Le maintien à domicile de la personne âgée fragile.....	19
2.3. Les équipes mobiles.....	20
III. L'ergothérapie et la prévention des chutes.....	23
3.1. Définition.....	23
3.2. Ergothérapie et gériatrie.....	23
3.3. Ergothérapie et activité.....	25
3.4. Ergothérapie et collaboration.....	26
C. Cadre de recherche	28
I. Méthodologie de recherche.....	28
1.1. Présentation de la recherche.....	28
1.2. Objectifs de l'enquête.....	28
1.3. Population de l'enquête.....	28
1.4. Choix de l'outil.....	29
1.5. Présentation de l'outil.....	29
II. Présentation des résultats.....	32
2.1. Généralités sur les ergothérapeutes et leur équipe mobile.....	32
2.2. La chute de la personne âgée fragile.....	33
2.3. La prévention de la chute en équipe mobile.....	35

III. Analyse des résultats	40
3.1. La chute de la personne âgée fragile	40
3.2. La prévention de la chute en équipe mobile	42
IV. Discussion	47
4.1. La prise en charge ergothérapique en équipe mobile	47
4.2. Les mises en situation au domicile.....	48
4.3. L'interdisciplinarité en équipe mobile.....	50
V. Evaluation de mon enquête.....	52
5.1. Limites de mon enquête.....	52
5.2. Intérêts de mon enquête.....	52
VI. Evaluation de mon étude	53
6.1. Limites de mon étude	53
6.2. Intérêts de mon étude.....	53
Conclusion	54
Bibliographie	55
Annexes	59

Introduction

L'allongement de l'espérance de vie ainsi que la baisse des naissances entraînent en France un vieillissement de la population. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le vieillissement est « *l'ensemble des modifications physiques et psychologiques qui interviennent sur l'organisme* ». D'après les données de l'INSEE¹, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent déjà 17.1% de la population avec plus de la moitié ayant un âge supérieur à 75 ans.

Le vieillissement de la population est un véritable enjeu de la Santé Publique. Le poids démographique des personnes âgées est pris en compte dans les programmes de bien-être et de santé. Cette population, âgée de plus de soixante-cinq ans, tend en effet vers une certaine fragilité. Celle-ci est susceptible d'entraîner un accident de la vie courante potentiellement évitable : la chute. A cet accident sont associées de nombreuses complications. Ces dernières peuvent engendrer des situations de dépendance pouvant compromettre le maintien à domicile de la personne âgée fragile. Différents services médico-sociaux, comme les équipes mobiles, ont pour objectif de garantir le maintien à domicile des personnes âgées vieillissantes.

L'objectif de l'ergothérapeute en tant que professionnel de santé est de prévenir ou de limiter les situations de handicap que peut rencontrer une personne afin de garantir le maintien de ses activités de manière la plus indépendante et autonome possible.

Dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, je tente de déterminer les actions de prévention de la chute que met en place l'ergothérapeute auprès des personnes âgées fragiles afin de garantir leur maintien à domicile. Par mes réflexions sur le sujet, j'ai pu construire la problématique suivante : **En quoi l'intervention de l'ergothérapeute au domicile de la personne, dans le cadre d'une équipe mobile, permet de favoriser le maintien à domicile du sujet âgé fragile chuteur ou présentant des risques de chute ?**

Après vous avoir exposé ma démarche méthodologique, je vous présenterai mon cadre théorique basé sur le modèle MDH-PPH2. Suite à cela, je vous énoncerai l'hypothèse de recherche sur laquelle je me suis appuyée pour effectuer mon enquête. Dans un second temps, je comparerai les données de mon enquête et de mon cadre théorique. Enfin, je conclurai cette étude en vous présentant ses limites ainsi que ses intérêts.

¹ ROBERT-BOBEE I, *Projections de populations 2005-2050 : Vieillissement de la population en France métropolitaine*, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 408-409, p 95- 112, 2007

A. Démarche méthodologique

Dans cette partie, j'explique le cheminement que j'ai entrepris pour déterminer le thème de mon mémoire d'initiation à la recherche, à savoir **le maintien à domicile de la personne âgée fragile chuteuse ou présentant des risques de chute.**

Au cours de mon deuxième stage en ergothérapie dans un service SSR gériatrique, j'étais au cœur de la problématique de chute. J'ai pu observer de nombreuses complications liées à cet accident. La rééducation post-chute était souvent longue et très épuisante pour le sujet âgé. Je me suis alors posée différentes questions :

- **Les patients hospitalisés ont-ils bénéficié auparavant d'une prévention de la chute ?**
- **Si ce n'est pas le cas, une prévention de la chute aurait-elle pu éviter ces hospitalisations ?**

J'ai voulu alors orienter mon mémoire sur la prévention des chutes, dans le but d'éviter les hospitalisations liées à ses complications. Je me suis interrogée sur la plus-value de l'ergothérapie dans un programme de prévention des chutes que peuvent proposer les structures hospitalières. Voulant préciser les bénéficiaires, je me suis aperçue que les personnes âgées fragiles, de par leurs différentes problématiques de santé, étaient les plus enclines à chuter. Afin de me faire un premier avis sur la faisabilité du sujet, j'ai donc proposé un questionnaire à destination d'ergothérapeutes travaillant auprès de personnes âgées fragiles en intra/extrahospitalier. A l'analyse des réponses du questionnaire, je constatai que beaucoup d'ergothérapeutes affirmaient qu'un programme de prévention de chute était difficile à mettre en place. Je me suis également aperçue rapidement que chaque ergothérapeute/chaque structure avait sa propre définition de « programme de prévention de chute ». Parallèlement, j'ai découvert les dispositifs d'équipes mobiles dont l'objectif principal est le maintien à domicile. Je me suis intéressée à la pratique ergothérapique au sein de ces équipes mobiles. En effet, l'ergothérapeute effectue sa prise en charge uniquement au domicile de la personne âgée. Trouvant l'intervention de l'ergothérapeute particulièrement intéressante au sein d'une équipe mobile, j'ai voulu m'attacher à son rôle dans la prévention de la chute chez la personne âgée fragile.

M'intéressant davantage aux facteurs de risques de chute que peut présenter le sujet âgé, j'ai souhaité cibler deux profils de personnes âgées fragiles : les personnes âgées fragiles ayant déjà chuté et les personnes âgées fragiles présentant des risques de chute mais n'ayant pas d'antécédent de chute.

B. Cadre théorique

Le choix de mon modèle conceptuel s'est rapidement porté vers le MDH-PPH2² (Modèle du développement humain et processus de production de handicap). Ce modèle, élaboré par Patrick FOUGEYROLLAS, permet aux professionnels de la santé d'avoir une vision globale de la personne qu'ils prennent en charge.

J'ai choisi d'utiliser ce modèle car celui-ci m'aide à comprendre au mieux la démarche de l'ergothérapeute lors d'une prise en charge d'une personne âgée fragile présentant des risques de chute, au sein d'une équipe mobile d'intervention à domicile.

Ce modèle s'appuie sur l'interaction de trois grandes dimensions de la personne : **ses facteurs personnels, ses facteurs environnementaux** ainsi que **ses habitudes de vie**.

Chaque dimension est fondamentale dans mon sujet.

- **Les facteurs personnels** distinguent les facteurs identitaires, les systèmes organiques et les aptitudes du sujet.

Les facteurs identitaires rassemblent l'ensemble des éléments liés à l'identité du sujet.

Les systèmes organiques regroupent quant à lui les déficiences et les intégrités que présente la personne.

Les aptitudes englobent toutes les capacités et les incapacités du sujet.

La prise en compte des facteurs personnels de la personne fragile est nécessaire car ces derniers peuvent avoir un impact sur la santé du sujet, notamment lors de la survenue de la chute.

- **Les facteurs environnementaux** distinguant :

Le MACRO Sociétal : tout ce qui rattache le sujet à la société et aux liens sociaux.

Le MESO communautaire s'intéresse au rapport à la communauté.

Le MICRO environnemental : tout ce qui lie la personne à son environnement physique.

- **Les habitudes de vie** de la personne en prenant en compte ses activités courantes et ses rôles sociaux.

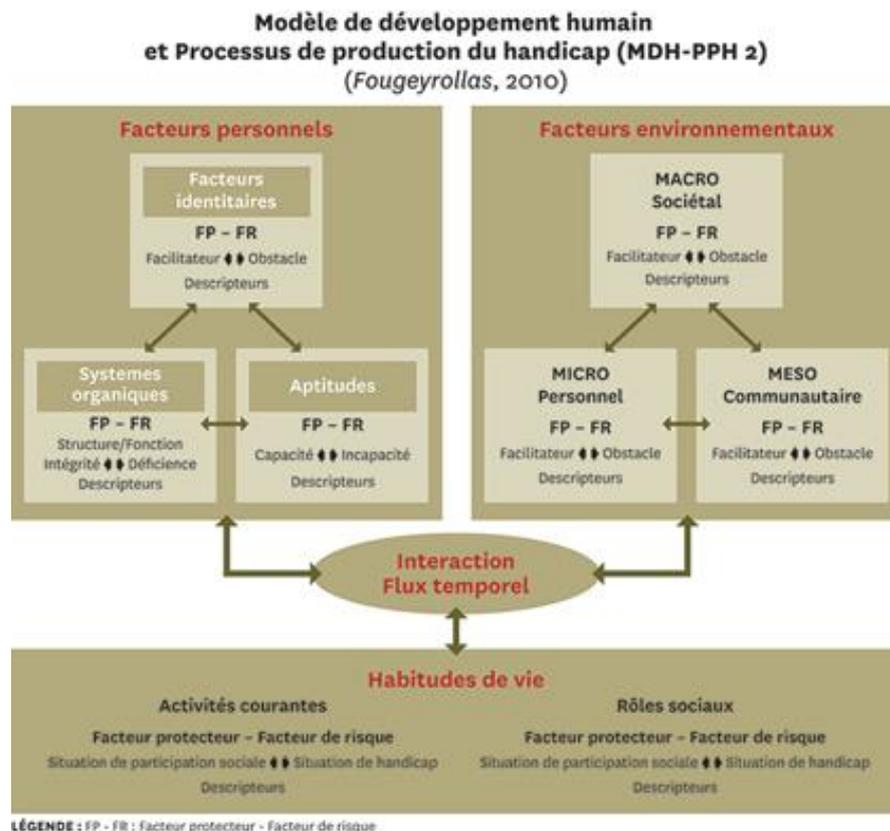
²FOUGEYROLLAS, *La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*, Pluval, 2010

Le MDH-PPH2 est une version plus récente du Processus de Production de Handicap (PPH) paru en 1998. J'ai préféré utiliser le MDH-PPH2 pour deux raisons.

Dans un premier temps, le MDH-PPH2 est une amélioration du PPH. Il est en effet plus complet, plus détaillé me permettant ainsi de cerner au mieux les différentes dimensions du sujet.

Dans un second temps, P. FOUGEYROLLAS s'intéresse aux facteurs de risque et de protection de chaque dimension. Ces facteurs renvoient directement à une notion de prévention. Ainsi, concernant mon travail d'initiation à la recherche, je pense que le MDH-PPH2 permet à l'ergothérapeute de cerner au mieux la démarche de prévention de la chute chez la personne âgée fragile.

Afin d'établir mon plan et de hiérarchiser mes idées, je me suis appuyée sur les trois dimensions du MDH-PPH2 de la personne âgée fragile chuteuse ou ayant des risques de chute.



I. La chute de la personne âgée fragile

1.1. Définition de la fragilité

Il est distingué trois types de vieillissement³ :

- Le vieillissement « *réussi* », sans pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie ;
- Le vieillissement « *normal* » sans pathologie mais avec des risques d'en développer ;
- Le vieillissement « *pathologique* » marqué par de nombreux facteurs de risques, des pathologies et/ou des incapacités installées très tôt.

Il est considéré que le concept de fragilité se positionne entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique.

Définie comme un état psycho-médicosocial instable, la fragilité est un syndrome gériatrique clinique qui concerne 4 à 59% de la population de plus de 65 ans vivant à domicile. Ce syndrome médical résulte de diverses modifications physiologiques liées à l'âge sans rapport avec des pathologies spécifiques⁴. Selon la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), la fragilité « *reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress même mineur* »⁵.

C'est un état d'équilibre instable susceptible d'entraîner des complications. Celui-ci est « *situé de façon plus large entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et sa disparition, l'indépendance et sa perte, l'existence de ressources et leur épuisement, la présence d'un entourage affectif ou aidant et le total isolement* »⁶.

Cette fragilité est représentée comme un risque pour le sujet. La personne âgée fragile est susceptible de développer ou d'aggraver des incapacités ou des limitations fonctionnelles, expliquées notamment par l'accumulation de déficiences⁷.

Ainsi, les sujets âgés fragiles semblent incapables de réagir face aux agressions de leur environnement et de se rétablir.

³ ROWE, KHAN, *Successful aging*. The Gerontologist, 37 p 433-440, 1997

⁴ VOGEL et al, *La fragilité, un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile*, Neurol psychiatr gériatr, juil- 2005

⁵ HAS, *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires?*, Points clés, solutions et organisation des parcours, juin-2013

⁶ MICHEL, *La fragilité est-elle inéluctable avec l'avancé en âge?*, Vulnérabilité et vieillissement: comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser, Elsevier, p. 57-64, 2002

⁷ MICHEL, *La notion de fragilité des personnes âgées: apports, limites et enjeux d'une démarche préventive*. Retraite et société, p 174-181, 2012

1.2. Indices de fragilité

Le modèle de Linda FRIED, gériatre, ou encore appelé le phénotype de FRIED, est retenu par les institutions dans le cadre des dépistages de la fragilité chez la personne âgée⁸.

FRIED se base sur des critères d'ordre physiologique permettant ainsi de diagnostiquer le syndrome de fragilité. Les cinq indicateurs sont :

- la fatigue ou la mauvaise endurance évaluée par l'affirmation de deux questions incluses dans une échelle de mesure de la dépression (SCALE GERIATRIC DEPRESSION).
- la faiblesse musculaire mesurée par la force de préhension mesurée au 20^{ème} percentile inférieur selon le sexe et l'indice de masse corporelle.
- la diminution de l'appétit déterminée par la perte de poids involontaire de 4,5 kg ou de 5% de sa masse corporelle depuis l'année précédente.
- le ralentissement de la vitesse de la marche cotée par la vitesse de marche habituelle mesurée sur 15 pieds selon le sexe et la taille.
- la sédentarité ou faible activité physique évaluée par la dépense énergétique estimée sur la base d'un questionnaire.

Si au moins trois des critères sur cinq sont observés chez le sujet âgé, ce dernier est considéré comme fragile. Si l'évaluation ne relève qu'un à deux indices de fragilité, cela correspond à un état de pré-fragilité. Lorsqu'aucun critère n'est soulevé, la personne âgée est considérée comme une personne robuste⁹.

Le modèle de FRIED connaît cependant des limites. En effet, il ne prend pas en compte les facteurs sociaux et cognitifs de la personne âgée¹⁰.

1.3. La chute, conséquence de la fragilité

1.3.1. Les conséquences de la fragilité

Selon la définition de la SFGG, « *la fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'entrée en institution.* »¹¹.

⁸ SIRVEN, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie: Une approche en économie de la Santé*, IRDES, Questions d'économie de la Santé, n° 184, févr 2013

⁹ SIRVEN, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie: Une approche en économie de la Santé*, IRDES, Questions d'économie de la Santé, n° 184, févr 2013

¹⁰ SIRVEN, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie: Une approche en économie de la Santé*, IRDES, Questions d'économie de la Santé, n° 184, févr 2013

¹¹ HAS, *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires?*, Points clés, solutions et organisation des parcours, juin 2013

Les personnes âgées fragiles présentent :

- un risque six fois plus élevé de décéder précocement.
- un risque cinq fois plus élevé d'entrer dans une dépendance.
- les risques de chute et d'hospitalisation sont multipliés par deux.

Des complications suite à la fragilité chez la personne âgée apparaissent ¹² :

- Une perte d'indépendance. L'indépendance est définie par « *le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie tous les jours de manière satisfaisante* »¹³. On observe alors chez les sujets âgés des situations de dépendance dans leur vie quotidienne.
- Une perte d'autonomie. Ce terme est défini par « *la liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci* »¹⁴.
- L'apparition de situation de handicap. La loi du 11 février 2005 dans son Article 114 donne la définition suivante du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »¹⁵
- Une hospitalisation imprévue.
- Une détérioration cognitive.
- Une apparition/majoration des troubles de la marche et des troubles de l'équilibre
- Une chute.

Toutes ces complications peuvent amener la personne âgée à entrer dans une institution type EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

¹² VOGEL, *La fragilité: un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile*, NPG Neurologie-Psychiatrie – Gériatrie, 2013

¹³ MEYER, *De l'activité à la participation*, SOLAL De Boeck, p 13, 2013

¹⁴ MEYER, *De l'activité à la participation*, SOLAL De Boeck, p 13, 2013

¹⁵ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, consultable sur www.legifrance.com, consultée le 29/02/16

1.3.2. Définition de la chute

Selon l’OMS, on appelle une chute, « *un événement à l’issue duquel une personne se retrouve, indépendamment de sa volonté, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment.* »¹⁶.

1.3.3. Un accident fréquent de la vie courante

Alors qu’elle est considérée comme étant le signe du développement de la marche chez l’enfant, la chute chez les personnes âgées est quant à elle bien plus inquiétante.

De nos jours, la chute est l’accident de la vie courante le plus meurtrier chez les plus de soixante-cinq ans. C’est également la première cause d’hospitalisation de la personne âgée en France. En effet, pour 9 millions d’individus de plus de soixante-cinq ans, le nombre de chutes recensées par an est de deux millions sept cent mille, entraînant ainsi cent dix mille hospitalisations et plus de cinq milles décès chaque année. Il est estimé qu’un tiers des sujets de plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans chutent une à plusieurs fois chaque année¹⁷.

Il existe deux cas où la prévalence de chute est plus importante : la personne âgée dépendante institutionnalisée et **le sujet âgé fragile vivant à domicile.**

1.4. Les facteurs de risques de chute

La chute est d’origine multifactorielle¹⁸. Comme nous l’avons vu précédemment, chaque dimension du sujet est articulée de facteurs de risque et/ou de protection.

FOUGEYROLLAS définit le facteur de risque comme étant « *un élément qui appartient à l’individu ou qui provient de l’environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l’intégrité ou au développement de la personne* »¹⁹.

C’est pourquoi je vais m’intéresser aux facteurs de risque de chute que peut présenter la personne âgée fragile.

¹⁶ OMS, *Aide-mémoire Chute*, consultable sur www.who.int, consultée le 14/10/15

¹⁷ INPES, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction d’Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile*, p38, 2005

¹⁸ HAS- SFRDMG, *Préventions des chutes accidentelles chez la personne âgée- Recommandations*, nov 2015

¹⁹ FOUGEYROLLAS, *Le funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*, Pulval, p 150, 2010

1.4.1. Les facteurs personnels

Selon le MDH-PPH2, la dimension des facteurs personnels englobent les facteurs identitaires, les systèmes organiques et les aptitudes.

1.4.1.1. Les facteurs identitaires

Les facteurs identitaires vont reprendre tous les éléments liés à l'identité de la personne (âge, sexe, histoire de vie, valeurs, statut socio-économique, degré de scolarité, statut familial, etc...) ²⁰. Concernant le risque de chute lié aux facteurs identitaires, il est remarqué que l'âge et le sexe de la personne âgée sont des facteurs à prendre en compte : les femmes de plus de soixante-cinq ans sont en effet, deux fois plus nombreuses à chuter que les hommes. Après quatre-vingt ans, la proportion est équivalente pour les deux sexes ²¹.

1.4.1.2. Les systèmes organiques

FOUGEYROLLAS classe les différents systèmes organiques selon leurs déficiences et leurs intégrités. De par sa définition, la fragilité est repérable par la modification physiologique des différents systèmes organiques de la personne âgée. Ces modifications sont également des facteurs de risque pouvant provoquer une chute chez la personne âgée fragile.

Le risque de chute peut apparaître suite à une altération des modes de perception de la personne âgée : de l'acuité visuelle, du système vestibulaire et des voies sensitives afférentes proprioceptives. Ces altérations engendrent l'apparition de troubles de l'équilibre : ils sont détectés chez plus de 20 % des sujets âgés de plus de 75 ans et chez plus de 50 % âgé de plus de 80 ans. Ces troubles de l'équilibre peuvent également entraîner des troubles de la marche et provoquer la chute de la personne âgée. Selon des observations canadiennes publiées dans le Lancet, « *les chutes ont lieu le plus souvent lorsque la personne fait un mouvement qui décale son centre de gravité sans qu'elle parvienne à le rééquilibrer car elle a perdu à la fois des capacités musculaires et son équilibre.* » ²².

La faiblesse musculaire des membres inférieurs est source de chute, notamment si l'indice de masse corporelle de la personne âgée fragile est inférieur à 21 kg/m³ ou encore si la perte de poids est supérieure de 5% en un mois ou 10% en six mois.

²⁰ FOUGEYROLLAS, *Le funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*, 2010

²¹ INPES, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction d'Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile*, p 37, 2005

²² ROBINOVITCH S et al , *Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study*, The Lancet Vol 381, n°9860, Janv-2013

La sarcopénie, définie comme une diminution de la masse musculaire et de la force musculaire, peut également être source de chute²³. Elle est causée par un changement physiologique, par une accumulation d'incapacités et de troubles physiques, par une sédentarité, par un apport nutritionnel insuffisant ou encore par certaines pathologies (arthrose, ostéoporose par exemple).

De nombreuses maladies chroniques sont en effet observées chez la personne âgée fragile, telles que par exemple, le diabète de type II, l'obésité et l'insuffisance cardiaque. Ces pathologies entraînent de ce fait une polymédication (prise de plus de deux traitements médicamenteux ou plus de quatre médicaments). Il y a donc un risque important d'effets indésirables ou de mauvaises combinaisons médicamenteuses susceptible d'entraîner une chute de la personne âgée²⁴.

L'arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis ou encore une altération de la sensibilité plantaire démontrée notamment par un déficit proprioceptif favorisent l'apparition de risque de chute²⁵.

Des antécédents de fractures traumatiques présentent également un risque chez la personne âgée fragile.

La fragilité est marquée notamment par l'apparition de troubles cognitifs. Ces troubles ont un retentissement au niveau de la mémoire, au niveau des fonctions exécutives ainsi qu'au niveau des capacités attentionnelles de la personne. L'apparition de démences (maladie d'Alzheimer, maladie des corps de Lewy, etc...), détectée notamment par un score du MMSE (Mini-Mental State Examination) inférieur à 24, est un facteur de risque de chute très grave. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer multiplie par trois le risque de chute de la personne âgée²⁶.

²³ Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, consultable sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/> consulté le 20/01/2016

²⁴ INPES, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction d'Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile*, p 43, 2005

²⁵ INPES, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction d'Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile*, p 43, 2005

²⁶ STRUBELL D., JACQUOT J.M., MARTIN-HUNYADI C, *Démence et chutes*, Ann Réadaptation Méd Phys, 2001

1.4.1.3. *Les aptitudes*

Selon le MDH-PPH2, les aptitudes se définissent par les incapacités et capacités que pourraient présenter la personne, ici, le sujet âgé fragile.

Les modifications des systèmes organiques relevées ci-dessus ont un retentissement sur les aptitudes de la personne âgée.

La fragilité provoque une altération des aptitudes reliées :

- aux comportements ;
- à la protection et à la résistance ;
- aux sens et à la perception ;
- aux activités motrices.²⁷

1.4.2. *Les facteurs environnementaux*

Selon FOUGEYROLLAS, les facteurs environnementaux sont représentés selon trois dimensions : le MESO communautaire, le MICRO environnemental et le MACRO Sociétal. Concernant la personne âgée fragile, des éléments de ces trois dimensions peuvent être reliés à des facteurs de risques de chute.

Le MICRO environnemental renvoie à ce qui est rattaché à l'environnement physique de la personne. Il représente son lieu de vie et ses alentours extérieurs.

Le lieu de vie de la personne âgée fragile peut être, s'il est non adapté, un facteur de risque de chute significatif. 62 % des chutes chez les sujets âgés surviennent à leur domicile²⁸. L'environnement physique serait impliqué dans 50 % de ces accidents²⁹. De manière générale, le lieu de vie montre des espaces où le risque de chute est plus marqué, comme la cuisine ou les escaliers. Il est important de savoir qu'une grande majorité des logements présente des éléments de dangerosité lors des déplacements comme des éléments structurants déficients (tapis mal fixé, escaliers avec des marches de différentes hauteurs, planchers inégaux, absence de main courante), des obstacles ainsi que des éclairages insuffisants ou mal orientés.

Il est possible de retrouver au domicile de la personne âgée des adaptations non sécurisées pouvant mettre en danger l'habitant et ainsi l'entraîner dans une chute.

²⁷ FOUGEYROLLAS, *Le funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*, Pulval, 2010

²⁸ LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, consultable sur www.legifrance.fr, consultée le 13/03/15

²⁹ CAYADO, CHAHBI, *La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe?*, NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie, p 194–199, Août 2015

L'environnement extérieur peut également provoquer une chute chez la personne âgée fragile notamment lorsque celui-ci est mouillé, verglacé ou présente des surfaces inégales.

Le MACRO-Sociétal renvoie quant à lui à tout ce qui est attaché à l'environnement social de la personne. **Le MESO-Communautaire** s'intéresse notamment au rapport à la communauté. Ces deux formes de facteurs environnementaux peuvent engendrer un risque de chute important chez la personne âgée.

Les séniors sont cinq fois plus isolés que des jeunes âgés de 15 à 19 ans³⁰. En France, 1 personne âgée de plus de 75 ans sur 4 est seule (27 % des plus de 75 ans sont isolés en 2014 contre 16 % en 2010). Selon l'INSEE, l'isolement relationnel « *concerne les personnes qui n'entretienne qu'un nombre très faible de contacts avec autrui* »³¹. A cet isolement peut également se rajouter un mal-être comme un sentiment de solitude ou d'ennui. Ce mal-être va entraîner une vulnérabilité psycho-sociale potentielle marquée par l'apparition de troubles psychologiques comme par exemple la dépression. L'isolement social ou le sentiment de solitude fragilise le sujet âgé et peut entraîner un risque de chute.

1.4.3. Les habitudes de vie

Selon FOUGEYROLLAS, une habitude de vie est « *une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel. Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence* »³².

Selon le MDH-PPH2, les habitudes de vie sont représentées par les rôles sociaux et les activités courantes.

Les rôles sociaux : FOUGEYROLLAS différencie six types de rôle social à commencer par les responsabilités (financières, civiles et familiales) ; les relations interpersonnelles (relations sexuelles, affectives, sociales) ; la vie communautaire (vie associative, vie spirituelle et pratique religieuse) ; l'éducation (scolaire, formations), le travail et les loisirs (cultures, sports, jeux). La conservation des rôles sociaux est essentielle pour le bien-être et la qualité de vie de la personne âgée³³. Chez les personnes âgées, la perte d'un ou plusieurs rôles sociaux

³⁰ PAN KEE SHON, *Isolement relationnel et mal-être*, division Etudes territoriales, INSEE PREMIERE, nov. 2003

³¹ PAN KEE SHON, *Isolement relationnel et mal-être*, division Etudes territoriales, INSEE PREMIERE, nov. 2003

³² FOUGEYROLLAS, *La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*, Pulval, 2010,

³³ MOREL BRACQ MC, *L'activité humaine: un potentiel pour la santé?*, ANFE, Association Nationale Française des Ergothérapeutes, p 35, 2015

peut entraîner un isolement, une perte d'identité allant jusqu'à entraîner de nombreux problèmes de santé³⁴.

Les activités de la vie courante : Selon FOUGEYROLLAS, les activités courantes sont toutes les activités de la vie quotidienne. Elles regroupent les activités de nutrition (préparation et prise des repas, régime alimentaire), de condition corporelle (sommeil, conditions physiques et mentales), de soins personnels (hygiène, habillement, soins de santé), de communication (communication verbale ou non verbale, écrite, télécommunication, signalisation), d'habitation (activités liées au domicile, entretien ménager, ameublement et autres équipements utilitaires) et de déplacements (déplacement restreint, utilisation de moyens de transport).

Il est important de savoir que les personnes âgées chutent davantage à l'intérieur de leur domicile lors de leurs activités courantes (la toilette, l'habillage, les déplacements). Cela peut être expliqué par une augmentation de la complexité de la réalisation de l'activité, d'une certaine inattention ainsi que d'une imprudence au cours de cette activité³⁵.

Certains comportements relatifs à ses activités de la vie courante sont des facteurs de risque de chute chez la personne âgée fragile :

Tout d'abord, la polymédication, notamment des médicaments de type psychotrope, cardiovasculaire : ces prises médicamenteuses génèrent une affection de l'appareil locomoteur, une affection neurologique et sensorielle. Il est également possible que ces médicaments entraînent l'apparition de troubles cognitifs et psychiatriques chez les personnes âgées fragiles, favorisant une chute accidentelle.

La malnutrition, la consommation d'alcool, la déshydratation sont également des facteurs de risque de chute.

Le port de lunettes et/ou de chaussures non adaptées à la personne ou encore un mauvais entretien du domicile peuvent également entraîner une chute chez le sujet âgé.

³⁴ INPES, *Personnes âgées : restaurer le lien social*, Animateurs en gérontologie : des tisseurs de liens, La Santé de l'Homme n° 363, p 23-26, 2003

³⁵ CAYADO, CHAHBI, *La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe?*, NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie, p 194–199, août 2015

Des comportements à risques³⁶ sont la cause de nombreuses chutes à domicile chez les personnes âgées fragiles tels que :

- la précipitation lors des activités de la vie quotidienne,
- grimper ou/et se hisser sur une chaise ou un escabeau,
- marcher ou effectuer une tâche les mains dans les poches,
- utiliser des mauvais appuis lors des transferts ou des déplacements.

La personne âgée fragile n'ayant pas chuté, mais présentant différents facteurs peut ne pas se sentir concernée par le risque de chute dans la mesure où celle-ci n'a pas vécu l'accident. On observe chez la personne âgée quatre types de facteur de conditionnalité expliquant ainsi le manque de perception du risque : l'habitude du logement ; un sentiment d'expertise ; une attention plus importante, un déni sur l'état réel de sa santé. La plupart des sujets âgés non chuteurs ne prennent en compte leurs problèmes de santé. Ils ne tiennent pas rigueur des facteurs comportementaux et environnementaux, sujets eux aussi à de nombreux risques de chutes. Il existe **une vraie sous-estimation** des risques domiciliaires, expliquée notamment par l'habitude du logement³⁷.

1.5. Les conséquences de la chute

La chute est à l'origine de conséquences à la fois traumatiques, psychomotrices ayant des retentissements sur la qualité de vie du sujet âgé fragile.

1.5.1. Les conséquences traumatiques

Suite à une chute, de nombreuses conséquences traumatiques sont observables, comme par exemple : les fractures, les luxations, des hématomes intracrâniens, des traumatismes faciaux, des lésions cutanées³⁸. 90 % des fractures chez les sujets âgés sont la conséquence d'une chute. La fracture survient lorsque la région osseuse ne résiste pas à l'impact de la chute. Il est important de savoir que le risque de fracture dépend de la fragilité de la personne ainsi que de l'intensité du traumatisme. La dénutrition est souvent la cause d'une chute avec conséquence traumatique.

³⁶ INPES, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction d'Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile*, p 29, 2005

³⁷ CAYADO, CHAHBI, *La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe?*, NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie, p 194–199, août 2015

³⁸ INPES, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction d'Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile*, 2005

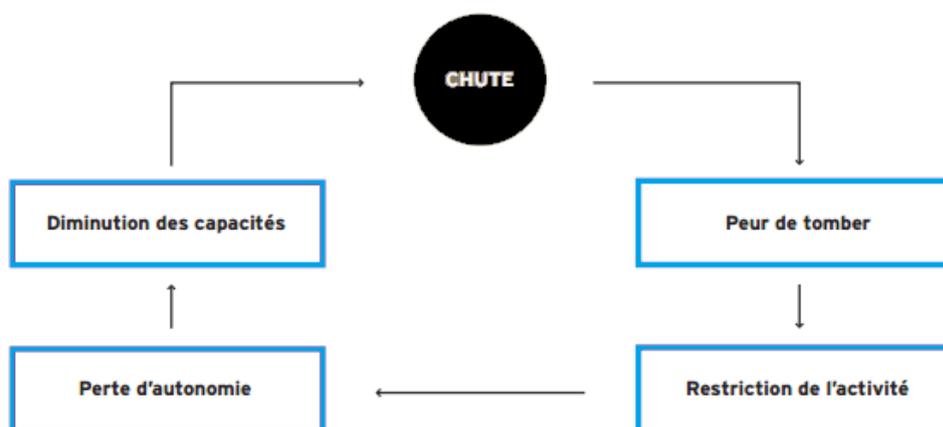
20 à 30 % des fractures sont des fractures du col du fémur³⁹. La mortalité dans les suites immédiates de ce type de fracture reste une des principales causes de décès chez les sujets âgés de plus de soixante-cinq ans⁴⁰.

1.5.2. Les conséquences psychomotrices

La chute entraîne également un impact psychologique. Cela va d'une perte de confiance en soi jusqu'à un retentissement sur les capacités fonctionnelles de la personne âgée.

1.5.2.1. La peur de chuter

La peur de chuter se traduit par une sensation d'insécurité en position debout. Elle est ainsi définie, par le professeur TINETTI, comme une « *inquiétude d'intensité variable qui limite les performances dans les activités de la vie quotidienne.* ». 29 à 92 % des personnes ayant déjà chuté développent une peur⁴¹. Elle est caractérisée par la perte de confiance en soi et en ses capacités. La personne ne sort plus de peur de chuter, elle se désocialise et restreint ses activités. Une perte d'indépendance est observée et entraîne de ce fait une diminution de ses capacités. Des troubles de la marche et de l'équilibre, une démarche précautionneuse, ainsi qu'une dépression peuvent apparaître. Les conséquences de la peur de la chute engendrent des récurrences⁴². Cette peur est donc une conséquence mais également un facteur de risque de la chute.



La peur de la chute et ses conséquences

³⁹ INPES, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction d'Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile*, 2005

⁴⁰ BLOCH, *Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée*. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Volume 15, Issue 88, 188–190, 2015.

⁴¹ LEGTERS K, *Fear of falling*. Physical Therapy n° 82, p 264-272, 2002

⁴² CLEG, YOUNG, ILIFFE, ROCKWOOD, *Troubles de la marche : Analyse sémiologique*, Repères en gériatrie, n°121, volume 14, p 242-250, octobre 2012

1.5.2.2. *Le syndrome post-chute*⁴³

Lorsqu'un sujet âgé chute, il est possible que celui-ci ne puisse pas se relever. L'immobilisation au sol d'une durée de plus d'une heure, expliquée notamment par l'isolement social, peut causer de nombreuses complications telles qu'une déshydratation, un rhabdomyolyse (destruction du tissu musculaire) ou encore une insuffisance rénale. D'autres conséquences sont observables. En effet, l'immobilisation au sol entraîne des répercussions psychologiques telles qu'une perte de confiance en soi, une dégradation de l'image de soi ainsi qu'un sentiment d'insécurité. Toutes ses conséquences favorisent l'apparition d'un syndrome post-chute.

Le syndrome post-chute est traduit par un versant moteur caractérisé notamment par des troubles de la posture, une altération à la marche, des difficultés à l'initiation, des très petits pas, un élargissement du polygone de sustentation, une hypertonie oppositionnelle et un trouble des réactions d'adaptation posturale. On observe également des répercussions psychologiques caractérisées par une anxiété majeure lors des phases de verticalisation. Le syndrome post-chute, par ses versants psychologiques et moteurs, engendre chez la personne âgée une diminution des activités et des capacités fonctionnelles, une perte de l'initiative, un confinement au domicile, voire un état grabataire irréversible.

1.5.3. Retentissements sur la qualité de vie

La qualité de vie est définie par l'OMS comme étant « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes [...]* »⁴⁴. L'INSEE décrit neuf facteurs pouvant agir sur la qualité de vie de la personne : les conditions de vie matérielles, les contraintes financières, la santé, l'éducation, les conditions de travail, la participation à la vie publique, le contact avec les autres, l'insécurité économique et physique⁴⁵.

Au regard des différentes conséquences énoncées ci-dessus, la chute a un retentissement sur la qualité de la vie de la personne âgée fragile. Cet accident agit directement sur sa santé, sur sa

⁴³ BLOCH, *Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée*. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Volume 15, Issue 88, 188–190, 2015.

⁴⁴ WHOQOL Group, *Development of the WHOQOL: Rationale and current status*, International Journal of Mental Health, n° 23, p. 24-56, 1994

⁴⁵ INSEE, *La qualité de vie, France : portrait social*, 2010, consultable sur www.insee.fr, consulté le 15/03/2016

participation à la vie publique, sur le contact avec les autres et également sur l'insécurité physique.

La chute de la personne âgée fragile peut, en effet, entraîner l'apparition de situations de dépendance. La dépendance est définie comme « *le fait d'avoir besoin d'aide pour réaliser des activités de la vie de tous les jours d'une manière satisfaisante* »⁴⁶.

1.6. La prise en charge de la chute chez la personne âgée fragile

Selon la définition de la SFGG, « *la prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* ». Il est important de savoir que la fragilité de la personne âgée est un état réversible dans 27,9 % des cas suite à une prise en charge adaptée. Le repérage de la fragilité est la première étape d'une prise en charge d'un patient âgé fragile. Il permet ainsi de réduire le risque de perte d'autonomie et limiter les conséquences liées à la fragilisation de la personne ; par exemple la chute⁴⁷.

Au vu du nombre de chutes recensées chaque année et de leurs complications, les pouvoirs publics français ont mis en place de nombreuses actions ayant pour but de réduire le nombre de chutes chez nos aînés. La loi relative à la politique de Santé Publique établit, en 2004, l'objectif de réduire de 25% le nombre de chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans, à horizon quinquennal. Cet objectif a pour visée « *d'améliorer les connaissances relatives aux circonstances, facteurs déterminants des chutes* »⁴⁸ et ainsi mettre en place une démarche de prévention.

Selon l'OMS, la prévention est « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* »⁴⁹.

Selon l'Institut Nationale de la Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), il existe trois types de prévention⁵⁰. La **prévention primaire** vise à diminuer la fréquence de la maladie ou des problèmes de santé dans une population saine. Elle agit en « *réduisant les causes et les facteurs de risques* » Dans le cas de la chute, la prévention primaire intervient

⁴⁶ MEYER, *De l'activité à la participation*, SOLAL De Boeck, 2013

⁴⁷ SIRVEN, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie: Une approche en économie de la Santé*, IRDES, Questions d'économie de la Santé, n° 184, févr-2013

⁴⁸ DREES, *Objectif 99 de la loi de santé publique. Chutes des personnes âgées. L'état de santé de la population en France - Rapport 2011*. Paris, p 332-333, 2011

⁴⁹ OMS, *Glossaire de la promotion de la santé*, Genève, p 3, 1990

⁵⁰ INPES, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction d'Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile*, p 22, 2005

chez les personnes âgées n'ayant pas encore chuté. **La prévention secondaire** se traduit par « *la détection et le traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé* ». Elle intervient après une ou plusieurs chutes. Enfin, **la prévention tertiaire** vise à réduire les complications, la progression de la maladie ou les problèmes de santé. Ici, après la chute, la prévention tertiaire va limiter les incapacités de la personne âgée.

De nombreux référentiels de bonnes pratiques ont été établis, dont les recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS). Ces recommandations répondent aux questions posées sur le dépistage du risque de chute, de la prévention de la chute ainsi que de la mise en place des actions de prévention. Elles sont à destination de tous les professionnels de santé concernés par la chute, de l'entourage non professionnel ainsi qu'à tous les organismes gravitant autour du sujet âgé.

L'HAS recommande à tous ces acteurs de rechercher les différents facteurs de risques de chute que peut rencontrer la personne âgée fragile. Cet organisme établit des bilans principaux permettant de dépister les risques. L'HAS préconise également des interventions adaptées et efficaces permettant de prévenir l'arrivée ou les récurrences de chute et de ce fait à ses complications⁵¹ qui pourraient compromettre le maintien à domicile de la personne âgée fragile.

II. Le maintien à domicile de la personne âgée fragile

2.1. Le domicile et ses représentations

Le domicile est représenté comme le lieu ordinaire d'habitation. Il est plus communément appelé « *le chez soi* », « *le logement* », « *la maison* »⁵². Selon SEGAUD, BONVALET et BRUN, le logement est défini comme étant une « *unité d'habitation [...] abritant régulièrement un ou plusieurs individus qui en partagent l'usage. C'est avant tout un bien matériel, que l'on peut identifier [...] à partir de ses occupants, de sa localisation et de sa forme architecturale* »⁵³.

2.1.1. Espace de sécurité

Comme l'indique la précédente définition, le domicile de la personne est considéré tout d'abord comme un abri face aux potentiels dangers extérieurs. C'est un refuge protégeant des violences extérieures réelles ou imaginées par l'habitant. Le domicile de la personne renvoie

⁵¹ HAS, SFDRMG, *Prévention des chutes chez la personne âgée*, Recommandations, nov. 2005

⁵² DJAOUI E, *Intervenir au domicile* 3^{ème} édition, Presses de l'EHESP, Rennes, 2014

⁵³ DJAOUI E, *Intervenir au domicile* 3^{ème} édition, Presses de l'EHESP, Rennes, p 13, 2014

un sentiment de sûreté, d'appartenance et de contrôle. Lors des périodes de fragilité, l'habitant s'y sent davantage en sécurité, lui renvoyant une image de cocon ou encore de havre de paix⁵⁴. Le domicile est considéré comme un territoire privé, protégé, et propre à chaque individu.

2.1.2. Espace de l'intime

Comme le dit DJAOUI, « *le domicile n'est pas seulement un espace objectif concret, défini par ses caractères matériels tels que la superficie, la qualité de la construction, la situation [...] il possède une dimension imaginaire puisque cet espace est investi de significations, de valeurs, de sentiments, de représentations, de symboles relevant de la subjectivité la plus absolue de chaque habitant* »⁵⁵.

ANZIEU explique que l'habitation est « *le lieu où nous vivons les faits ordinaires et extraordinaires de notre vie* ». Lorsqu'il est nécessaire de changer de maison, il est dit que cela « *marque une rupture dans le fil de la vie* ». L'inconnu du prochain habitat provoque une inquiétude, de l'insécurité et rend difficile les projets d'avenir⁵⁶.

2.1.3. Reflet d'une identité sociale

Le dicton « *Dis-moi comment tu habites et je te dirai qui tu es* » énonce clairement que le domicile renvoie un reflet de l'identité de l'habitant. Certains indicateurs sociaux sont représentés par le domicile tels que, par exemple, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de revenu, les pratiques sociales, l'appartenance à des groupes mais aussi aux valeurs propres à chaque individu⁵⁷.

Les représentations du domicile chez les sujets âgés sont particulièrement importantes car 60% des personnes âgées de plus de 75 ans vivent dans le même logement depuis plus de 25 ans⁵⁸.

2.2. Le maintien à domicile de la personne âgée fragile

En France, la majorité des personnes âgées vit à domicile.

En 2007 : - 98,9 % des personnes âgées de soixante-cinq ans à soixante-quatorze ans,

- 95,5% des personnes de soixante-quinze à quatre-vingt-quatre ans,

⁵⁴ DJAOUI E, *Intervenir au domicile* 3^{ème} édition, Presses de l'EHESP, Rennes, p 116- 122, 2014

⁵⁵ ENNUYER B, *Repenser le maintien à domicile: enjeux, acteurs, organisation*, DUNOD, P 17, 2006

⁵⁶ ANFE, *Le domicile : espace de vie, de confort et de soin*, MASSON, Annecy, p 15, Janv-1991

⁵⁷ DJAOUI E, *Intervenir au domicile* 3^{ème} édition, Presses de l'EHESP, Rennes, p 120, 2014

⁵⁸ CHRISTEL V, *Trajectoires résidentielles des personnes âgées*, in Données sociales - La société française, Edition 2006 p.526, 2006

- 78,6 % des personnes de quatre-vingt-cinq à quatre-vingt-quatorze ans et
- 57,4 % des personnes de quatre-vingt-quinze ans et plus **vivent à domicile**⁵⁹.

Le coût pour la société que représente la prise en charge d'une personne âgée vivant à domicile, avec les différentes aides dont elle peut bénéficier, est environ deux fois moins élevé que le coût de prise en charge en institution pour personnes âgées. En cela, le maintien à domicile de la personne âgée est une préoccupation des pouvoirs publics⁶⁰.

Cependant, au vue des conséquences et complications liées aux risques de chute de la personne âgée fragile, le maintien à domicile de la personne âgée s'avère parfois difficile. Les politiques de santé, voulant lutter contre des hospitalisations potentiellement évitables, ont développé des dispositifs divers et variés permettant de prendre en charge les patients hors structure hospitalière : au domicile de la personne⁶¹.

J'ai voulu, dans cette prochaine partie, développer l'un de ces dispositifs de prise en charge à domicile : **les équipes mobiles**.

2.3. Les équipes mobiles

2.3.1. Définitions

Selon l'HAS, une équipe est « *un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient* ». Une équipe est composée de différents professionnels avec des compétences complémentaires⁶².

On appelle une équipe mobile, une équipe pluridisciplinaire qui a pour mission, sur un territoire défini, de faciliter le retour ou le maintien à domicile d'une personne en situation de handicap prolongée ou temporaire⁶³.

2.3.2. Les différents types d'équipe mobile

De multiples équipes mobiles existent en France et sont à destination de toutes les problématiques de santé (psychiatrie, soins palliatifs, gériatrie). J'ai donc décidé de m'intéresser à deux types d'équipes mobiles prenant en charge les personnes âgées fragiles

⁵⁹ Valérie ROSSO-DEBORD, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, p.44, juin 2010

⁶⁰ Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République en novembre 2005, p.163, nov 2005

⁶¹ DJAOUI E, *Intervenir au domicile* 3^{ème} édition, Presses de l'EHESP, Rennes, p 7, 2014

⁶² HAS, *Travailler en équipe*, consultable sur www.has-sante.fr, consulté le 12/03/2016

⁶³ ARS, *Cahier des charges Equipe mobile de soins de suite et de réadaptation*, P1

chuteuses ou ayant des risques de chute : les équipes mobiles Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et les SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile).

2.3.2.1. *Les équipes mobiles SSR*⁶⁴

L'action de l'équipe mobile SSR comprend les interventions au sein des services hospitaliers type MCO (Médecine chirurgie obstétrique) ou SSR dans le but d'améliorer la qualité, la rapidité et la pérennité du retour à domicile de la personne. Cette équipe mobile intervient uniquement au domicile du patient et dans des établissements d'hébergement médico-sociaux ou sociaux.

Les patients cibles des équipes mobiles SSR sont des personnes en situation de handicap ayant des difficultés fonctionnelles à leur domicile suite à leur état physique et/ou cognitif.

L'intervention de l'équipe mobile SSR est qualifiée de ponctuelle, s'inscrivant dans « *un projet de vie et de prise en charge personnalisé centré sur la qualité de vie attendue par la personne ou son entourage* ». La fréquence d'intervention est adaptée à la personne et ses besoins.

Les objectifs principaux des équipes mobiles SSR sont :

- « *Evaluer les besoins de la personne dans son environnement,*
- *Apporter une aide à l'élaboration du projet de vie et de soins de la personne,*
- *Conseiller et accompagner la personne, les aidants et les professionnels, dans l'identification et le choix des prestations les plus adaptées au maintien à domicile*
- *Vérifier que les conditions nécessaires au retour ou au maintien à domicile sont réunies,*
- *Conseiller, informer et former les acteurs* ».

Les professionnels de santé que l'on retrouve au sein de cette équipe sont : un/des rééducateur(s) paramédicaux, une secrétaire, un travailleur social et un médecin.

2.3.2.2. *L'équipe mobile SSIAD*

Conformément au 6° et 7° du I de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles, l'équipe mobile de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- « *De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;*
- *De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;*

⁶⁴ARS, *Cahier des charges Equipe mobile de soins de suite et de réadaptation*, P1

- *De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.* »⁶⁵

Depuis le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, les prestations du SSIAD ont évolué et peuvent être effectuées par :

- Des infirmiers exerçant les actes relevant de leurs compétences et « *qui aménagent le travail des aides-soignants et des aides médico-psychologiques tout en assurant, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux* » ;
- Des aides-soignants qui réalisent « *des soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie* » ;
- Des pédicures podologues, des ergothérapeutes et des psychologues. Le service de soins infirmiers à domicile doit comprendre un infirmier coordonnateur salarié⁶⁶.

2.3.3. La collaboration en équipe mobile

Selon Larousse, la collaboration est définie comme « *l'action de collaborer, de participer à une œuvre commune* »⁶⁷. Au cours de mes stages au sein d'équipes professionnelles, j'ai pu déterminer deux types de collaboration : la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité. La pluridisciplinarité est caractérisée comme étant « *une multiplicité des disciplines décrivant une même réalité* »⁶⁸. L'interdisciplinarité est quant à elle, définie comme étant une « *méthodologie commune aux différentes disciplines pour décrire une même réalité* »⁶⁹. La démarche interdisciplinaire permet de réunir tous les éléments du patient que peut observer chaque professionnel. Elle ne peut fonctionner sans qu'il y ait d'échanges sur le plan du savoir, des pratiques et des points de vue de chaque professionnel. Différents moyens permettent de favoriser la collaboration : les dossiers communs, les réunions. La démarche

⁶⁵ Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1, consultable sur legifrance.gouv.fr, consulté le 22/01/2016

⁶⁶ Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, consultable sur www.legifrance.gouv.fr, consulté le 22/02/2016

⁶⁷ DICTIONNAIRE LAROUSSE, consultable sur larousse.fr, consulté le 17/02/16

⁶⁸ GOULLET de RUGY, *la démarche interdisciplinaire : rêve, cauchemar ou possibilité*, Journal d'ergOTHérapie n°7, p 13-17, sept 2002

⁶⁹ GOULLET de RUGY, *la démarche interdisciplinaire : rêve, cauchemar ou possibilité*, Journal d'ergOTHérapie n°7, p 13-17, sept 2002

interdisciplinaire semble être la démarche la plus adéquate car celle-ci permet de répondre, en tous points, aux besoins et aux projets de la personne⁷⁰.

Nous avons vu que l'ergothérapeute, professionnel de santé, est susceptible de travailler au sein d'une équipe mobile. Ainsi, celui-ci est amené à effectuer des actions de prévention afin de garantir le maintien à domicile de la personne âgée fragile chuteuse ou présentant des risques de chute.

III. L'ergothérapie et la prévention des chutes

3.1. Définition

Étymologiquement, l'ergothérapie vient du grec *ergon* qui signifie activité. C'est une thérapie par l'activité. L'ergothérapeute, professionnel de santé est susceptible d'exercer, sous prescription médicale, dans les secteurs sanitaires et sociaux⁷¹.

Selon l'ANFE, l'ergothérapie « *se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement* »⁷².

3.2. Ergothérapie et gériatrie

3.2.1. Généralités

Le plan d'action de l'ergothérapeute s'inscrit dans le développement de la performance occupationnelle de la personne âgée dans ses activités de la vie quotidienne. On appelle la performance occupationnelle, « *le choix, l'organisation et la réalisation des activités en interaction avec l'environnement* »⁷³.

L'ergothérapeute a une démarche préventive et réhabilitatrice et permet ainsi d'éviter les désadaptations dans le but d'améliorer la qualité de vie de la personne. L'ergothérapeute va pouvoir également accompagner l'entourage par une action éducative⁷⁴.

⁷⁰ GOULLET de RUGY, *la démarche interdisciplinaire : rêve, cauchemar ou possibilité*, Journal d'ergOTHérapie n°7, p 13-17, sept 2002

⁷¹ Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*

⁷² Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*

⁷³ MEYER S, *De l'activité à la participation*, De Boeck Solal, 2013

⁷⁴ TROUVE E, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Solal, p 33, 2009

L'objectif de la prise en charge ergothérapique en gériatrie est le maintien des activités physiques, psychosociales et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge⁷⁵.

3.2.2. Ergothérapie et prévention des chutes de la personne âgée fragile

Selon les recommandations de l'HAS, l'ergothérapeute a un rôle prépondérant dans la prévention des chutes des personnes âgées fragiles au domicile.

Selon le référentiel de compétences, l'ergothérapeute est amené à proposer « *des actions de prévention, de conseils et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé* »⁷⁶. Concernant la prévention des chutes, la démarche ergothérapique se fera en deux temps. Tout d'abord, l'ergothérapeute est amené à effectuer une évaluation complète des différents risques de chute. Cette évaluation holistique prendra en compte l'individu, son environnement et ses activités⁷⁷. Celle-ci permet d'identifier les problèmes de la personne, de les comprendre, de les coter et de les interpréter.

En ergothérapie, l'évaluation est définie comme « *une démarche d'obtention, d'interprétation et d'appréciation d'informations sur les performances occupationnelles, qui vise à prioriser les problèmes et les besoins des personnes, à planifier et à modifier les interventions, ainsi qu'à juger de la valeur des interventions* »⁷⁸. Cette démarche d'évaluation permet de mettre en place des objectifs, de choisir les interventions les plus efficaces et de surmonter les obstacles qui limitent la performance occupationnelle. Dans le cas de la prévention des chutes, l'ergothérapeute peut évaluer les risques de chutes en s'appuyant sur des bilans validés, tels que par exemple le GET UP AND GO, le test TINETTI⁷⁹ ou encore le WALKING TALKING TEST ou encore le bilan L'EQUILIBRE ET VIE QUOTIDIENNE⁸⁰.

L'évaluation des risques de chute permettra, dans un second temps, d'orienter le patient vers une intervention ergothérapique adaptée à sa problématique de santé. Selon le référentiel d'activités de l'ergothérapie, l'ergothérapeute est amené à « *réaliser des soins et des activités à visées de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale* »⁸¹. Concernant les facteurs de risques environnementaux, l'ergothérapeute sera dans une démarche réadaptative :

⁷⁵ www.afeg.asso.fr, consulté le 19/01/2016

⁷⁶ Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. p181, 2010

⁷⁷ TROUVE E, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Solal, p 99, 2009

⁷⁸ MEYER Sylvie, *de l'activité à la participation*, De Boeck Solal, p 221, 2013

⁷⁹ URCAM Bourgogne, *Le guide du maintien à domicile des personnes âgées*, consultable sur www.sgca.fr, consulté le 26/04/2016

⁸⁰ TROUVE E, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Solal, p 206, 2009

⁸¹ Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*, p17, 2010

« *l'objectif visé est de réduire les facteurs de risques environnementaux en prenant compte les habitudes de vie de la personne, de ses capacités et incapacités, tout en favorisant son activité* »⁸². L'ergothérapeute va également sensibiliser les aidants naturels et professionnels du sujet âgé au problème de chute. Concernant les facteurs personnels, l'ergothérapeute aura une démarche davantage rééducative en sollicitant la personne âgée fragile en activité.

3.3. Ergothérapie et activité

Comme je l'ai indiqué précédemment, l'ergothérapie est la thérapie par l'activité. En ergothérapie, l'activité, au sens large, est définie comme « *l'ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapport avec son environnement (physique, social et/ou mental)* »⁸³.

L'ergothérapie distingue deux types d'activités : **les activités signifiantes** qui ont un sens pour la personne, attachées à son histoire et à ses projets personnels et **les activités significatives** qui se réfèrent au sens social renvoyé par l'entourage. Le sens et la signification d'une activité peuvent être déterminés par les habitudes de vie, le contexte spatial et/ou temporel, les motifs de l'activité, les rôles socioculturels, et son adéquation aux objectifs et aux capacités de la personne⁸⁴.

En ergothérapie, l'activité aura un but thérapeutique si celle-ci facilite l'exercice de performances ou d'habiletés à récupérer. C'est pourquoi, dans le cadre d'une prise en charge ergothérapique, l'ergothérapeute peut s'intéresser aux activités signifiantes et significatives afin d'exploiter le potentiel thérapeutique d'une activité⁸⁵.

Selon les ministères du travail, de la solidarité, de la fonction publique et de la santé et des sports, le potentiel thérapeutique peut être exploité en analysant l'activité.⁸⁶ L'analyse des activités de la personne âgée est définie comme « *la mise en évidence de composantes de l'activité qui influencent la manière dont elle est choisie ; organisée et réalisée en interaction avec l'environnement* »⁸⁷.

L'intervention ergothérapique est articulée par des objectifs à atteindre. L'ergothérapeute utilise différents moyens permettant d'y répondre: des activités analytiques, des activités

⁸² TROUVE E, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Solal, p 213, 2009

⁸³ MEYER S, *de l'activité à la participation*, De Boeck Solal, p 14, 2013

⁸⁴ ANFE, *Ergothérapie : Guide des pratiques*, OPhil, 2000

⁸⁵ Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*

⁸⁶ Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*

⁸⁷ MEYER, *De l'activité à la participation*, de Boeck Solal, P 14, 2013

artistiques ou créatives et également des mises en situation écologiques⁸⁸. En médecine, l'écologie signifie « *l'étude des êtres vivants dans leur milieu habituel ou dans des conditions qui se rapprochent autant que possible de celles de leur existence* »⁸⁹.

En ergothérapie, la mise en situation écologique permet l'analyse de la personne dans son environnement (par exemple le domicile) ou dans un environnement proche de son lieu de vie.

Selon le ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et de la santé et des sports, les mises en situation écologiques ont différents enjeux. Elles permettent :

- « *Le développement des capacités motrices sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication : notamment par l'utilisation d'activités liées aux habitudes de vie de la personne et/ ou réentraînement de ses dernières* » ;
- « *Le développement du transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien* »⁹⁰
- « *L'élaboration d'un état des lieux du besoin ou de la demande en concertation avec la personne, la famille et les professionnels concernés* »⁹¹.

3.4. Ergothérapie et collaboration

Selon le référentiel des compétences en ergothérapie, l'ergothérapeute, au sein d'une équipe mobile, doit être en mesure de « *coopérer [...] avec les différents acteurs, notamment dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-social, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale* »⁹².

L'ergothérapeute se doit également de « *sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur* »⁹³

⁸⁸ Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*

⁸⁹ DELAMARE J, *Dictionnaire illustré en médecine*, Maloine, Paris, 2004

⁹⁰ Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*, p 11

⁹¹ Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*, p 12

⁹² Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*, p 184,

⁹³ Ministère de la santé et des sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*, p 184

Au terme de ce cadre théorique, je peux conclure que la chute est source de complications traumatiques, psychomotrices qui altèrent la qualité de vie de la personne âgée fragile. Ces conséquences peuvent rendre difficile, voire compromettre le maintien à domicile du sujet âgé fragile. L'intervention de dispositifs, comme les équipes mobiles, ont pour objectif de permettre le maintien à domicile de personnes en situation de handicap.

L'ergothérapeute, par sa vision holistique de la personne, semble disposer de moyens susceptibles de prévenir la chute et ses conséquences, permettant ainsi de favoriser le maintien à domicile de la personne âgée fragile. Au regard des éléments apportés par ma partie théorique, mon hypothèse est la suivante : **Les mises en situation écologiques des activités signifiantes et significatives de la personne âgée fragile permettent de prévenir les chutes ou leurs récides.** Je vais donc maintenant vous présenter mon cadre de recherche, me permettant de valider ou d'invalider cette hypothèse.

C. Cadre de recherche

I. Méthodologie de recherche

1.1. Présentation de la recherche

Grâce à ma pré-enquête et à mes recherches sur les équipes mobiles, j'ai voulu déterminer les actions déployées par les ergothérapeutes en prévention de la chute. Me questionnant sur l'intérêt des mises en situation écologiques dans cette prévention, j'ai voulu cerner les effets de ce moyen ergothérapeutique utilisé au domicile de la personne âgée fragile, dans le cadre d'une prise en charge/intervention au sein d'une équipe mobile.

1.2. Objectifs de l'enquête

Dans le cadre de ce travail, je me suis posée différents objectifs :

- Identifier les différentes actions de prévention que l'ergothérapeute peut mettre en place, dans le cadre d'une équipe mobile, pour favoriser le maintien à domicile de la personne âgée fragile.
- Identifier les effets et les limites de la pratique ergothérapeutique dans le cadre d'une équipe mobile.
- Valider ou invalider mon hypothèse, à savoir : les mises en situation écologiques des activités signifiantes et significatives de la personne âgée fragile permettent de prévenir les chutes ou leurs récurrences.

1.3. Population de l'enquête

Afin de répondre à mon hypothèse de départ, j'ai interrogé six ergothérapeutes travaillant au sein d'équipes mobiles : quatre ergothérapeutes au sein de SSIAD et deux ergothérapeutes au sein d'équipes mobiles SSR. Beaucoup d'autres équipes mobiles interviennent auprès de la personne âgée fragile. J'ai préféré interroger des ergothérapeutes travaillant dans ces deux types de services afin de confronter leurs actions exécutées selon des références communes (textes de loi, cahier des charges).

1.4. Choix de l'outil

J'ai choisi comme outil d'enquête l'entretien semi-directif que je trouvais à mon sens plus adapté à cette étude. Il m'a permis d'obtenir davantage d'informations m'aidant à comprendre au mieux ce que voulait illustrer les ergothérapeutes interrogées, chose qui m'aurait été plus difficile si j'avais choisi le questionnaire.

Je pense que des observations auraient été également très intéressantes mais sur un laps de temps plus conséquent. En effet, les répercussions des mises en situation sur le maintien à domicile de la personne âgée fragile ne peuvent pas s'observer sur une courte durée. Un travail sur le long terme aurait été nécessaire. L'entretien, quant à lui, m'a permis d'interroger les ergothérapeutes sur les actions de prévention mises en place, tout en ayant leur regard sur le long terme afin de déterminer si leurs interventions ont permis de favoriser le maintien à domicile de la personne âgée fragile.

1.5. Présentation de l'outil

J'ai effectué un guide d'entretien d'une quinzaine de questions à destination des ergothérapeutes. J'ai choisi volontairement de ne pas leur transmettre en amont les différentes questions afin d'obtenir des réponses spontanées et naturelles. En lisant préalablement mon guide d'entretien, je pense que les différents ergothérapeutes auraient eu une idée de là où je voulais les emmener, à savoir, vers les mises en situation écologiques.

Le guide d'entretien est composé de quatre parties identiques pour chaque ergothérapeute interrogée. Je vais vous le présenter, ci-dessous.

1^{ère} partie : Présentation générale de la personne et de l'équipe mobile

- 1) Travaillez-vous auprès des personnes âgées fragiles présentant des risques de chute ?**
- 2) Si oui depuis combien de temps ?**
- 3) Dans quel type de service/structure travaillez-vous ?**
- 4) En quelle année avez-vous été diplômé ?**

La première partie est composée de questions dont le but est d'obtenir des informations sur le parcours professionnel de l'ergothérapeute interrogée et sur le fonctionnement de l'équipe mobile dans laquelle elle travaille.

2^{ème} partie : Les personnes âgées fragiles chuteuses ou ayant des risques de chute

1) Pour quel motif vous adresse-t-on les patients pour une prise en charge en ergothérapie ?

Cette question m'a permis de comprendre au mieux les objectifs de la prise en charge/de l'intervention de l'ergothérapeute au sein de l'équipe mobile

2) Pour vous, qu'est ce qui caractérise une personne âgée fragile à risque de chute ?

Cette question m'a permis de m'assurer que l'ergothérapeute était amené à travailler auprès de personnes âgées fragiles présentant des risques de chute. A travers cette question, j'ai cherché également à déterminer les principaux facteurs de risque retrouvés par l'ergothérapeute.

3) Avez-vous rencontré des personnes âgées fragiles présentant des complications suite à une chute? Si oui Lesquelles ?

Dans cette question, j'ai voulu déterminer quel type de prévention (primaire ou secondaire) était effectué en équipe mobile. J'ai souhaité également connaître les complications que l'ergothérapeute rencontrait fréquemment afin de pouvoir confronter les éléments théoriques préalablement apportés.

4) Le risque de chute ou les complications suite à une chute ont-ils un retentissement sur les activités de la vie quotidienne de la personne âgée ? Lesquels ?

Ici, j'ai cherché à déterminer les répercussions de la chute et de ses risques sur les activités de vie quotidienne de la personne âgée fragile.

5) A votre avis, le risque de chute chez la personne âgée compromet-il le maintien à domicile ? Pourquoi ?

J'ai voulu connaître l'avis des ergothérapeutes quant à l'influence du risque de chute sur le maintien à domicile de la personne âgée fragile.

3^{ème} partie : La prévention de la chute en ergothérapie.

1) Comment identifiez-vous le risque de chute chez les personnes âgées fragiles que vous prenez en charge ?

Par cette question, j'ai cherché à déterminer les moyens que dispose l'ergothérapeute afin d'évaluer le risque de chute de la personne âgée.

6) Quels moyens utilisez-vous à domicile en prévention du risque de chute auprès de vos patients ?

7) Si les mises en situation ne sont pas citées : pensez-vous que les mises en situation écologiques ont un intérêt dans la prévention du risque de chute ? En proposez-vous ?

Après avoir déterminé quelles étaient ses actions pour dépister le risque de chute, j'ai souhaité à travers ces questions connaître les différents moyens afin de prévenir le risque de chute. J'ai cherché à analyser l'intérêt des mises en situation écologiques au domicile de la personne âgée dans la prévention du risque de chute.

4^{ème} partie : Les mises en situation à domicile.

8) Sur quel(s) critère(s) choisissez-vous les mises en situation que vous allez proposer à domicile au sujet âgé fragile chuteur ou présentant un risque de chute ?

9) Diriez-vous que les mises en situation proposées sont des activités signifiantes et significatives? Pourquoi ?

Ces questions m'ont permis de déterminer si les mises en situation que propose l'ergothérapeute sont des activités signifiantes et significatives.

10) En quoi les mises en situation signifiantes et significatives ont un intérêt pour le maintien à domicile de la personne âgée fragile ?

Cette question m'a permis de comprendre et d'analyser l'impact des mises en situation signifiantes et significatives sur le maintien à domicile de la personne âgée fragile. Cette question 10 m'a permis de comprendre les répercussions à long terme des mises en situation.

11) Quel(s) est/sont selon vous le(s) bénéfice(s) à les réaliser à domicile ?

12) Quels sont les inconvénients ?

Dans ces questions, j'ai voulu déterminer quels sont les bénéfices et les inconvénients de réaliser les mises en situation au domicile de la personne. Cela m'a permis également de déterminer si ce moyen est facilitateur ou obstacle à la prévention du risque de chute au domicile de la personne âgée.

13) Quelles sont pour vous les limites de la prise en charge ergothérapique au domicile de la personne âgée fragile chuteuse ou à risque de chute ?

Je cherche à déterminer s'il existe des limites de la prise en charge/de l'intervention de l'ergothérapeute au sein de l'équipe mobile. Celles-ci pourraient être un frein à la mission principale de l'équipe mobile, à savoir le maintien à domicile.

14) Souhaitez-vous ajouter quelque-chose ?

II. Présentation des résultats

Afin de faciliter l'analyse de mes entretiens, j'ai retranscrit chacun des entretiens. L'entretien de l'ergothérapeute interrogée n°3 est retranscrit en entier, en annexe. Chaque entretien est présenté en annexe.

Pour que les résultats de l'enquête soient les plus lisibles possibles, j'ai décidé de les présenter selon différents thèmes.

2.1. Généralités sur les ergothérapeutes et leur équipe mobile

→ E1⁹⁴ travaille depuis deux ans dans un SSIAD expérimental proposant des séances d'ergothérapie. L'équipe mobile est composée de deux infirmières coordinatrices et de plusieurs ergothérapeutes. Les séances d'ergothérapie, dans le cadre de l'équipe mobile, sont destinées aux personnes âgées fragiles chuteuses ou ayant des risques importants. Toutes les personnes âgées vivent à leur domicile. Chaque patient dispose d'une quinzaine de séances d'ergothérapie réparties sur deux fois semaine.

→ E2⁹⁵ travaille depuis juillet 2015 auprès de personnes âgées fragiles au sein d'un SSIAD expérimental. Cette équipe est composée d'une ergothérapeute, de deux psychomotriciennes, de deux psychologues ainsi que d'une infirmière coordinatrice. Les signalements pour une intervention en ergothérapie sont souvent des problématiques d'aménagement, de manutention, de déplacements ou de risques de chutes. Dans le cadre du SSIAD, l'ergothérapeute intervient auprès de personnes âgées fragiles ayant déjà chuté.

→ E3⁹⁶ travaille depuis plus de deux ans dans le même service qu'E1, à savoir au sein d'un SSIAD expérimental.

⁹⁴ Ergothérapeute interrogée n°1

⁹⁵ Ergothérapeute interrogée n°2

⁹⁶ Ergothérapeute interrogée n°3

→E4⁹⁷ travaille depuis juillet 2015 au sein d'une équipe mobile SSR financée par l'ARS. Elle intervient auprès de personnes de plus de 18 ans présentant une situation de handicap liée à un trouble neurologique, orthopédique, traumatologique. L'équipe mobile est constituée de deux ergothérapeutes, de deux assistantes sociales, d'un médecin MPR (Médecine Physique et Réadaptation) et un poste de secrétariat non pourvu. L'intervention d'E4 est une évaluation du maintien à domicile de la personne. E4 est amenée à travailler davantage auprès de personnes âgées fragiles ayant déjà chuté.

→E5⁹⁸ travaille un sein d'un SSIAD composé d'infirmières coordinatrices, auprès de personnes âgées fragiles chuteuses et de personnes âgées grabataires. L'ergothérapeute intervient ponctuellement pour des conseils d'aménagement du domicile (mise en place de barres d'appuis...) afin de sécuriser la personne âgée chez elle.

→E6⁹⁹ travaille au sein d'une équipe mobile SSR. C'est une équipe mobile de réadaptation qui intervient dans les lieux de vie. E6 insiste sur le fait que l'équipe mobile ne fait aucun « *soin de rééducation* » mais axe son intervention ergothérapique au niveau de la réadaptation.

2.2. La chute de la personne âgée fragile

2.2.1. Les facteurs de risques de chute

Différents facteurs de risques sont retrouvés par les ergothérapeutes interrogées chez les personnes âgées fragiles:

- E1 identifie des troubles rhumatologiques (type ostéoporose).
- E1 et E6 retrouvent des troubles visuels.
- E6 met en évidence des troubles auditifs.
- E1, E2, E5 et E6 observent des troubles neurologiques.
- E1, E2 et E6 identifient des troubles cognitifs (type démence)
- E2, E5 observent un déni ou une anosognosie.
- E3 met en évidence des antécédents de chute.
- E3 identifie souvent de l'hypertension.
- E3 et E6 retrouvent des troubles de l'équilibre.
- E4 observe des troubles de la marche.
- E5 pense que la polymédication est un facteur prédictif de la chute.

⁹⁷ Ergothérapeute interrogée n°4

⁹⁸ Ergothérapeute interrogée n°5

⁹⁹ Ergothérapeute interrogée n°6

- E6 observe des troubles métaboliques (type diabète II).
- E6 retrouve des troubles psychologiques (type dépression).
- E1, E2, E3, E4, E5 et E6 retrouvent des risques domiciliaires :
 - E2 par la présence de tapis
 - E2, E3 par de l'encombrement
 - E2 par des sols glissants
 - E2, E3 par des éclairages mal adaptés.
- E2, E3 et E6 indiquent que l'isolement social a un impact dans la chute de la personne âgée ;
- E3 pense que « *des conditions sociales précaires* » peuvent être un risque de chute ;
- E1, E3, E4 et E6 observent des comportements non sécuritaires lors des habitudes de vie de la personne
- E4 souligne l'interaction des différents facteurs de risques liés à la personne, à son environnement et à ses habitudes de vie ;

2.2.2. Les conséquences de la chute

E1, E2, E3, E4, E5 et E6 ont déjà observé dans leurs pratiques, des conséquences de la chute chez la personne âgée fragile. Différentes complications sont retrouvées par les ergothérapeutes interrogées :

- E1, E2, E5 et E6 observent des fractures.
- E1, E4 identifient un isolement social.
- E1, E3, E4, E5, E6 observent une peur de chuter.
- E1 et E5 reconnaissent une surprotection de l'entourage de la personne âgée fragile.
- E1 et E2 observent une perte de confiance en ses capacités.
- E2 et E4 identifient un syndrome post-chute.
- E2 observe une désorientation cognitive.

E1, E2, E3, E4, E5 et E6 pensent que le risque de chute ou les complications liées à la chute peut/peuvent compromettre le maintien à domicile du sujet âgé fragile chuteur ou présentant des risques de chute.

E1, E2, E3, E4, E5 et E6 indiquent que le risque de chute ou les complications liées à l'accident ont des retentissements sur les activités courantes de la personne âgée fragile.

Différents retentissements sont observés :

- Une diminution/arrêt des déplacements extérieurs par E1, E4
- Une diminution/arrêt des déplacements intérieurs (escaliers) par E1
- Une diminution/arrêt des activités de loisirs par E1, E2, E3, E4, E5 et E6
- Une diminution/arrêt des activités de vie quotidienne par E1, E2, E3, E4, E5 et E6
- La mise en place d'assistance pour les activités de vie quotidienne par E3, E4 et E5

2.3. La prévention de la chute en équipe mobile

2.3.1. Le dépistage du risque de chute

Afin d'identifier le risque de chute de la personne âgée fragile, E1, E2, E3, E4, E5 et E6 sont amenées à effectuer un dépistage du risque de chute.

- Un bilan ergothérapeutique : HOME FALLS permettant de relever les facteurs de risques environnementaux est utilisé par E1
- Des bilans permettant d'évaluer les capacités de la personne âgée sont utilisés par E1 et E3 (TINETTI, GET UP AND GO, WALKING TALKING TEST), par E2 (EVALUATION DE VIE QUOTIDIENNE, TINETTI) ;
- Des mises en situation permettent à E1 et à E4 d'évaluer le risque de chute du sujet âgé fragile ;
- E4 et E6 étudient le dossier médical afin de relever les déficiences de la personne âgée
- E5 répertorie les facteurs de risque domiciliaires
- E6 interroge le sujet sous la forme d'un entretien afin de comprendre au mieux ses problématiques de santé

2.3.2. Les moyens utilisés

Les moyens que proposent les ergothérapeutes afin de prévenir la chute de la personne âgée sont :

- Un réentraînement à l'effort par des parcours de marche, d'obstacles par E1
- Un réentraînement à l'effort par le biais de mises en situation par E1 et E3
- Des préconisations d'aides techniques par E1, E2, E3, E4, E5 et E6
- Des préconisations en aménagements du domicile par E1, E2, E5 et E6
- Des conseils auprès du patient par E1, E2, E3, E4, E5 et E6
- Des conseils auprès de l'entourage du patient par E1, E5 et E6

E1, E2, E3, E4 sont amenées à mettre en situation la personne avant d'utiliser leurs moyens de prévention énoncés ci-dessus.

E6 met en situation la personne uniquement lors des essais en aide technique.

E5 n'effectue pas de mises en situation.

2.3.3. Les mises en situation proposées

E1 propose des mises en situation « *en conditions réelles de vie* ». Pour cela, l'ergothérapeute va s'appuyer sur les activités de la vie quotidienne propres à la personne. E1 va s'intéresser à deux types d'activités : aux activités que la personne ne fait plus mais qu'elle aimerait reprendre et aux activités que la personne fait toujours mais de manière non sécuritaire et qu'elle souhaite poursuivre dans la durée. E1 essaye de se rapprocher au plus près des habitudes de vie de la personne âgée en utilisant ses repères environnementaux lors des mises en situation.

E2 s'intéresse davantage aux activités de la vie quotidienne qu'effectue encore la personne âgée à son domicile (courses, repas, toilette). Selon E2, les mises en situation dépendent de la personne et de ses habitudes de vie au sein de son environnement physique et humain.

E3 se base sur les observations faites lors du bilan initial et sur les objectifs personnels de la personne âgée. Selon E3, il est important que l'activité soit signifiante, qu'elle est du sens pour la personne. Lorsque cela est moins évident à mettre en place, E3 est amenée à effectuer un bilan MCRO [Modèle Canadien du Rendement Occupationnel] afin de prioriser les activités du quotidien. De ce fait, E3 axe davantage les activités que la personne aime réaliser mais ne fait plus suite aux risques de chute ou à ses complications. Les mises en situation proposées

sont davantage des activités « *reliées aux postes de vie quotidienne* » (chambre, cuisine, etc...)

Selon E4, cela dépend du patient et de ses attentes. Les mises en situation écologiques ne sont que « *des actes qui parlent à la personne* ». Ce sont principalement les activités de vie quotidienne du sujet âgé.

E6 effectue des mises en situation uniquement lors d'essais d'aide technique. Elle va en effet observer et analyser l'utilisation de l'aide technique lors d'une activité de vie quotidienne de la personne âgée fragile.

2.3.4. Effets et limites de la prise en charge ergothérapique

→ Selon E1, les mises en situation au domicile « *permettent de repérer les risques de chute et d'y pallier* ». Suite à cela, il est plus facile pour E1 de mettre en place différentes actions (conseils, préconisations, agencements). E1 observe également une prise de conscience des risques lors des activités de vie quotidienne. E1 ajoute que le réentraînement de ces activités est indispensable afin que les préconisations et les conseils préalablement prodigués « *deviennent un automatisme* » et évite sur le long terme la chute. E1 ajoute que « *cela permet de reprendre confiance aussi en ce qu'ils peuvent faire* ».

E1 observe, comme première limite, le manque d'investissement de la personne. Pour elle, les conseils et le réentraînement à l'effort ne sont pas entendues car certains sujets « *subissent la prise en charge* ». De plus, les troubles cognitifs des personnes âgées peuvent rendre la prise en charge difficile car les informations ne sont pas intégrées. Enfin, l'état physique et/ou psychologique de certaines personnes ne permet pas un investissement pour réintégrer des activités qu'elles avaient envie de retrouver.

→ E2 indique que les mises en situation écologiques ont directement un impact sur la motivation de la personne et sur la prise de conscience des troubles car la personne se rend compte de ses difficultés. Selon E2, les mises en situation permettent à la personne âgée de s'apercevoir qu'en modifiant l'agencement du domicile ou/et en préconisant des aides techniques, elle peut reprendre une activité.

E2 s'aperçoit que les moyens qu'elle met en place ne sont pas toujours assez approfondis sur le long terme. Une réévaluation serait, selon elle, nécessaire pour assurer le maintien au domicile de la personne âgée fragile.

→Selon E3, les mises en situation permettent à la personne « *d'améliorer sa performance dans une activité qui lui parle* ». Ainsi, les activités du quotidien sont effectuées « *de manière plus optimale* ». Six mois après l'intervention, la quasi-totalité des personnes âgées ont retenu les conseils et les préconisations établis lors des mises en situation.

Cependant E3 observe que, malgré son intervention, l'état général de la personne âgée ne permet pas d'intégrer ou d'utiliser les différents moyens mis en place au cours des différentes séances en ergothérapie.

→E4 souligne que les moyens proposés pour prévenir la chute de la personne âgée dépendent des mises en situation. Dans un premier temps, E4 va lui apprendre différentes techniques permettant de réduire le risque de chute lors d'une activité. Si cela n'est pas possible, des préconisations en aide technique sont conseillées. En dernier recours, l'ergothérapeute va mettre en place des aides humaines afin d'« *obliger la personne à sortir* ». Selon E4, le principal est de conserver l'aire de mobilité du patient et sa participation dans ses activités de vie quotidienne. Il est également important que les moyens mis en place pour prévenir le risque de chute « *font également sens pour le patient* ». Les mises en situation écologiques permettent à la personne âgée d'être actrice dans son projet personnel. Cet investissement assure la pérennité des moyens mis en place par E4. Selon elle, cela a directement un impact sur le maintien des activités de la vie quotidienne et à long terme sur le maintien à domicile de la personne âgée fragile.

De par son statut d'équipe mobile de réadaptation, E4 ne va pas agir sur l'état de santé de la personne âgée. Le risque de chute peut donc rester conséquent malgré son intervention. Dans ce cas, E4 est amenée à orienter la personne vers un hôpital de jour.

→E5 explique que beaucoup de personnes âgées n'adhèrent pas toujours aux conseils apportés. Ceci est expliqué par un refus de changer son comportement lors des activités de la vie quotidienne. De plus, une certaine méfiance se fait également ressentir car, selon E5, la relation de confiance peut difficilement s'instaurer lors d'une seule visite. E5 ajoute également que « *tous les conseils que je prodigue, tous les aménagements que je suis amenée à faire, je leur explique que c'est pour garantir le maintien à domicile mais je ne suis pas sûre que ça rentre bien* », parfois je ne les [les patients] *sens pas vraiment impliqués* ». Suivant les situations rencontrées, E5 va s'appuyer davantage sur l'investissement de l'entourage pour que les conseils soient entendus (famille, personnels soignants gravitant autour de la personne).

Selon E5, la visite à domicile ne lui permet pas de se représenter les habitudes de vie de la personne. De ce fait, E5 essaye « *d'anticiper, d'imaginer comment la personne pourrait se comporter chez elle* » afin d'apporter des conseils adaptés aux situations de vie du patient.

→ Concernant les différents aménagements préconisés, E6 observe une certaine opposition de la part de la personne âgée fragile. Souvent, celle-ci n'est pas d'accord et refuse de changer ses habitudes de vie. Concernant les préconisations en aide technique, E6 admet que les mises en situation permettent à la personne de faire ressortir elle-même les bénéfices d'acquiescer telle aide technique. La personne âgée fragile comprend d'elle-même que cela permet de continuer ses activités mais de manière la plus sécuritaire possible.

La principale limite qu'observe E6 c'est la finalité de la prise en charge : en effet, l'accompagnement de l'ergothérapeute au sein de l'équipe mobile s'effectue sur du court terme. E6 note souvent que certains relais favorisant le maintien à domicile sont parfois difficiles à trouver.

Facteurs de risques identifiés	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Troubles rhumatologiques	1						1/6
Troubles visuels	1					1	2/6
Troubles auditifs						1	1/6
Troubles neurologiques	1	1			1	1	4/6
Troubles cognitifs	1	1				1	3/6
Anosognosie		1			1		2/6
Antécédents de chutes			1				1/6
Hypertension			1				1/6
Troubles de l'équilibre			1	1			2/6
Troubles de la marche						1	1/6
Polymédication					1		1/6
Troubles métaboliques						1	1/6
Troubles psychologiques						1	1/6
Domicile	1	1	1	1	1	1	6/6
Isolement social		1	1			1	3/6
Conditions sociales précaires			1				1/6
Comportements à risque	1		1	1		1	4/6
Interaction des différents facteurs				1			1/6

Tableau I. Les facteurs de risques identifiés par les ergothérapeutes

Conséquences de la chute	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Fractures	1	1			1	1	4/6
Isolement social	1			1			2/6
Peur de la chute	1		1	1	1	1	5/6
Surprotection de l'entourage	1				1		2/6
Perte de confiance en ses capacités	1	1					2/6
Syndrome Post-Chute		1		1			2/6
Désorientation cognitive		1					1/6

Tableau II. Les conséquences de la chute

III. Analyse des résultats

Afin de réaliser l'analyse et l'interprétation des résultats, j'ai décidé de reprendre les thèmes abordés lors de la présentation de mes résultats.

3.1) La chute de la personne âgée fragile

- Les facteurs de risques de chute :

Le tableau I nous montre que de nombreux facteurs de risques sont relevés par l'ensemble des ergothérapeutes. Cependant, certains sont identifiés par la majorité des ergothérapeutes interrogés. En effet, 4 ergothérapeutes sur 6 retrouvent des troubles neurologiques (facteurs personnels), un habitat inadapté ou non sécuritaire, un isolement social (facteurs environnementaux) et des comportements à risque de chutes lors des activités courantes (facteurs de risques liés aux habitudes de vie).

Ces résultats démontrent que tous les ergothérapeutes consultés identifient l'ensemble des facteurs personnels, environnementaux et des facteurs liés aux habitudes de vie comme étant des facteurs de risque de chute chez la personne âgée fragile. Elles mettent en évidence la chute comme étant multifactorielle.

De plus, ces ergothérapeutes soulignent l'importance de prendre en compte l'interaction de ces différents facteurs de risque afin de prévenir la chute ou sa récurrence.

Les conséquences de la chute :

L'ensemble des ergothérapeutes travaillent auprès de personnes âgées fragiles ayant déjà chuté.

Seules E1 et E3, exerçant dans le même service, prennent également en charge des personnes âgées fragiles n'ayant pas chuté mais présentant des risques importants. D'après ces résultats, la prévention primaire ne serait pas sujette à une prise en charge ergothérapique en équipe mobile. L'intervention de l'ergothérapeute porterait davantage sur la prévention secondaire, à savoir éviter les récurrences de chute et leurs conséquences.

Selon le tableau II, les résultats démontrent que les principales conséquences de la chute retrouvées chez les personnes âgées fragiles sont les conséquences traumatiques et les conséquences psychomotrices majorées par l'appréhension à la chute.

Retentissement sur les activités de vie quotidienne	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Oui	1	1	1	1	1	1	6/6
Non							

Tableau III. Retentissements sur les activités de vie quotidienne (1/2)

Retentissements sur les activités de vie quotidienne	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Diminution/arrêt des déplacements extérieurs	1			1			2/6
Diminution/arrêt des déplacements intérieurs	1						1/6
Diminution des activités de vie quotidienne	1	1	1	1	1	1	6/6
Diminution/Arrêt des activités de loisirs	1	1	1	1	1	1	6/6
Mise en place d'une assistance			1	1	1		3/6

Tableau IV. Retentissement sur les activités de vie quotidienne (2/2)

Retentissement sur les activités de la vie quotidienne :

Selon les tableaux III et IV, l'ensemble des ergothérapeutes indiquent que le risque ou les complications liées à la chute ont un retentissement sur les activités de vie quotidienne.

Cela se traduit souvent par la modification ou l'arrêt des habitudes de vie du sujet. Les résultats nous indiquent que trois ergothérapeutes sur six pensent que certaines assistances (aide-ménagère par exemple) peuvent être mises en place même si la personne âgée fragile a encore la motivation ou les capacités pour réaliser ses activités de manière indépendante.

Ces résultats montrent également que l'ergothérapeute s'intéresse aux retentissements du risque de chute ou de ses complications sur les activités courantes afin de prévenir la chute et/ou ses récurrences.

De plus, l'analyse des résultats révèle que l'ensemble des ergothérapeutes pensent que la chute peut compromettre le maintien à domicile de la personne âgée fragile. Toutes mettent en avant les complications de la chute qui entraînent des situations de dépendance irréversibles favorisant l'institutionnalisation du sujet âgé.

Dépistage du risque de chute	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Bilans ergothérapeutiques	1	1	1				3/6
Mises en situation	1			1			2/6
Expertise du domicile					1		1/6
Entretien		1				1	2/6
Etude du dossier médical				1		1	2/6

Tableau V : Dépistage du risque de chute

3.2) La prévention de la chute en équipe mobile

Pour réaliser une analyse qualitative des actions menées par l'ergothérapeute pour prévenir la chute de la personne âgée fragile, je vais, en premier lieu, effectuer une synthèse des moyens déployés par les ergothérapeutes pour dépister les risques liés à cet accident.

Dépistage du risque de chute :

Les résultats du tableau V démontrent que chaque ergothérapeute est amenée à effectuer un dépistage du risque de chute. Toutes, excepté E5, s'intéressent aux facteurs de risques de chute personnels, soit par la passation de bilans validés par l'HAS (3/6) tel que le TINETTI, le GET UP AND GO etc... , soit par l'étude du dossier médical du patient (2/6). L'environnement architectural de la personne est également étudié (1/6). Un entretien avec le patient (2/6) permet de recueillir des données sur les antécédents de chute ou encore sur les problématiques qu'il rencontre à domicile.

Pour E1 et E4, mettre en situation la personne dans ses activités courantes permet également de dépister le risque de chute et évaluer ainsi ses capacités. Alors que l'ensemble des ergothérapeutes pensent que les risques de chute et ses complications ont des répercussions sur les activités courantes de la personne âgée, seules deux des ergothérapeutes interrogées utilisent les mises en situation afin d'identifier le risque de chute que présente le sujet. Par ce résultat, j'en conclus que les mises en situation peuvent être utilisées comme moyen de dépistage du risque de chute de la personne âgée fragile. Le dépistage du risque de chute par l'ergothérapeute permet de mettre en place des moyens afin de prévenir la chute ou sa récursive.

Moyens de prévention	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Réentrainement à l'effort	1		1				2/6
Préconisations d'aides techniques	1	1	1	1	1	1	6/6
Préconisations en aménagements du domicile	1	1			1	1	4/6
Conseils auprès du patient	1	1	1	1	1	1	6/6
Conseils auprès de l'entourage	1				1	1	3/6

Tableau VI : Les moyens de prévention

Moyens utilisés par les ergothérapeutes :

L'ensemble des ergothérapeutes affirme que leurs actions de prévention permettent de favoriser le maintien à domicile, autant que cela soit possible. En cela, je m'interroge donc sur les différentes actions mises en place par les ergothérapeutes travaillant en équipe mobile. Revenons sur ce point.

Par les services que propose leur équipe mobile, E1 et E3 sont amenées à effectuer un réentraînement à l'effort de la personne âgée fragile. Les moyens utilisés pour répondre à cet objectif sont : soit des parcours de marche ou d'obstacles, soit des mises en situation.

En cela, j'en conclus que les mises en situation peuvent être un moyen de rééducation afin de solliciter l'ensemble des capacités de la personne âgée fragile.

Selon le tableau VI, les ergothérapeutes disposent de nombreux moyens afin de prévenir la chute. Tout d'abord, elles sont amenées à conseiller la personne âgée fragile (4/6) ou/et son entourage (3/6). Ces conseils portent sur différentes techniques afin de continuer ou reprendre une activité de manière la plus sécuritaire possible (2/6). Des recommandations en aménagement du domicile sont effectuées (4/6) et l'ensemble des ergothérapeutes interrogées est amené à préconiser des aides techniques pour la personne âgée (6/6).

Excepté E5 et E6 pour l'aménagement du domicile, l'ensemble de ces préconisations émanent des observations réalisées par les ergothérapeutes lors de mises en situation.

J'en conclus que les mises en situation peuvent être un moyen thérapeutique en vue d'effectuer des démarches de réadaptation au domicile de la personne âgée fragile.

Les résultats de mon enquête démontrent que les mises en situation réalisées au domicile de la personne âgée fragile peuvent être un moyen :

- De dépistage du risque de chute.
- De rééducation.
- De réadaptation

Mises en situation proposées :

Tout d'abord, les mises en situation proposées par les ergothérapeutes interrogées dépendent de l'état général du patient et de ses capacités (3/6) et toutes se déroulent à son domicile.

De plus, le tableau VII nous montre que l'ensemble des mises en situation réalisées par les ergothérapeutes sont des activités courantes de la personne âgée. En effet, les ergothérapeutes vont s'intéresser aux habitudes de vie actuelles de la personne, effectuées dans leur environnement. Certaines mises en situation vont également être proposées selon les objectifs ou/et les envies de la personne. Dans ce cas, ce sont le plus souvent des activités que la personne aimait réaliser avant une chute ou avant l'apparition d'un ou plusieurs facteurs de risques (3/6).

Afin de cibler les activités qui semblent être pertinentes d'être mises en situation, les ergothérapeutes sont amenés à effectuer des entretiens préalables ou encore à utiliser des bilans ergothérapeutiques validés tel que par exemple le MCRO (1/6).

L'analyse des résultats démontre que les mises en situation proposées par l'ergothérapeute dépendent :

- De son état général.
- De l'environnement physique de la personne.
- Des activités de vie quotidienne propre à la personne.
- Des objectifs fixés par le sujet.
- Des envies émanant de la personne.

Mises en situation proposées	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Activités de vie quotidienne	1	1	1	1		1	5/5
Attente/objectif/envie de la personne	1		1	1			3/5
Capacités de la personne		1	1	1			3/5

Tableau VII : Les mises en situation proposées

Effets de la prise en charge	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Prise de conscience des risques	1	1					2/6
Prise de conscience des capacités	1	1					2/6
Impact sur la motivation		1					1/6
Acteur de la prise en charge				1			1/6
Intégration du besoin en aide technique	1	1	1	1		1	5/6
Utilisation de l'aide technique	1	1	1	1		1	5/6
Préconisation d'aménagement intégrée	1	1	1	1			4/6
Conseils intégrés par la personne	1	1	1	1			4/6
Maintien des habitudes de vie				1			1/6
Amélioration de la performance lors des habitudes de vie				1		1	2/6
Investissement de l'entourage					1		1/6

Tableau VIII : Effets de la prise en charge

Effets de la prise en charge en équipe mobile (tableau VIII) :

E1, E2, E3, E4 sont amenées à mettre en situation la personne âgée fragile à son domicile. E6 utilisera ce moyen uniquement lors d'une préconisation d'aides techniques adaptées aux difficultés du sujet.

A court terme, les mises en situation permettent une prise de conscience des risques et de ses capacités (2/6). Elles ont souvent un impact sur la motivation de la personne âgée fragile (1/6) la rendant ainsi actrice de sa prise en charge (1/6). A long terme, les ergothérapeutes interrogées constatent que l'ensemble des mises en situation facilite l'intégration des conseils techniques donnés à personne âgée fragile. Elles suscitent de l'intérêt et permettent ainsi l'utilisation quotidienne de l'aide technique préconisée. Excepté pour E6, les conseils en aménagement sont principalement appliqués. Le réentraînement à l'effort par les mises en situation a permis l'amélioration de la performance dans les habitudes de vie de la personne âgée fragile (2/6). Les activités de vie courante de la personne âgée fragile sont maintenues et/ou retrouvées et sont effectuées de manière la plus sécuritaire possible.

L'ensemble de ces effets, à court terme et à long terme, n'est pas retrouvé pour E5 qui n'utilise pas ces mises en situation. Comme l'indique les tableaux VI et VIII, E5 apporte des conseils auprès du patient, effectue des préconisations en aides techniques et en aménagement. Cependant, E5 observe peu d'applications de ses recommandations auprès de la personne âgée fragile. Celle-ci s'accorde à dire que ses conseils vont être davantage compris et appliqués par l'entourage.

Après l'analyse des résultats, je peux en conclure que les mises en situation à domicile dans le cadre d'une intervention ou d'une prise en charge en équipe mobile, permettent de favoriser l'intégration et l'utilisation des différentes préconisations énoncées par l'ergothérapeute.

Limites de la prise en charge (tableau IX) :

Différentes limites sont observées par les ergothérapeutes interrogées. De manière générale, l'état de santé de la personne limite les actions menées par les ergothérapeutes (3/6). En effet, certains sujets âgés ne peuvent s'investir dans une prise en charge et ne peuvent alors appliquer les conseils ou préconisations en aide technique/en aménagement. Le tableau IX met en avant le fait qu'un manque d'investissement de la personne âgée peut compromettre les moyens afin de prévenir le risque de chute (2/6).

Malgré que les préconisations soient intégrées par le sujet, le tableau IX montre également que l'état de santé de la personne peut entraîner une chute au domicile.

De plus, E5 et E6 relèvent également des situations où les personnes âgées fragiles s'opposent aux préconisations (pour E6 : uniquement pour les préconisations en aménagement du domicile).

E2 et E6 expriment un manque de suivi à long terme. E2, par le fait que son intervention soit ponctuelle, n'a que très peu de retours sur ses actions. E6, quant à elle, ne trouve pas toujours les relais adaptés à la problématique de santé de la personne âgée fragile.

Les actions de prévention de l'ergothérapeute au sein de l'équipe mobile peuvent être limitées par l'état de santé du patient et par le fonctionnement de l'équipe mobile. La démarche de prévention de la chute de la personne âgée n'a donc pas toujours abouti et le maintien à domicile peut rester compromis. Cette analyse démontre également que les actions de prévention amenées par l'ergothérapeute ne peuvent être intégrées si la personne âgée n'est pas investie par cette démarche.

Limites de la prise en charge	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Manque d'investissement	1				1		2/6
Etat physique/psychologique	1		1	1			3/6
Manque de suivi à long-terme		1				1	2/6
Manque d'adhérence/opposition aux soins					1	1*	2/6

Tableau IX : Limites de la prise en charge

* uniquement pour les préconisations en aménagements

IV. Discussion

Nous avons pu remarquer, par mes cadres théoriques et de recherche, que le maintien à domicile de la personne âgée fragile peut être compromis suite à une chute accidentelle. En effet, les complications liées à l'accident peuvent provoquer des situations de dépendance irréversibles. L'institutionnalisation du sujet âgé est alors envisagée parfois indépendamment de sa volonté. Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'identifier le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention de l'accident ou de sa récurrence. Ses actions permettent en effet de prévenir et de limiter ses complications et ses répercussions à long terme.

4.1. La prise en charge ergothérapeutique en équipe mobile

A travers mon cadre théorique, je me suis aperçue que de nombreux facteurs de risques peuvent provoquer la chute chez une personne âgée fragile.

Après enquête, j'ai compris que l'ergothérapeute au sein d'équipe mobile tient compte de chacun des facteurs de risques, qu'ils soient personnels, environnementaux ou liés aux habitudes de vie de la personne. J'ai également saisi, qu'il était indispensable pour l'ergothérapeute d'identifier chacun des facteurs de risques de chute de la personne âgée afin d'en révéler « son et ses risques ». Ces actions s'avèrent déterminantes afin de prévenir la chute ou sa récurrence.

Par la multiplicité des regards ergothérapeutiques, j'ai pu identifier deux « méthodes » de dépistage du risque.

D'une part, comme le préconise l'HAS, l'ergothérapeute en équipe mobile peut s'appuyer sur des bilans validés afin de quantifier le niveau de risque de chute. Suite à mon enquête, je me suis aperçue qu'il existait des bilans spécifiques permettant d'identifier les facteurs personnels (TINETTI, GET UP AND GO), environnementaux (HOME FALLS) et comportementaux (EVALUATION DE VIE QUOTIDIENNE) de la personne âgée fragile. D'autre part, il est également possible que l'ergothérapeute, au sein de l'équipe mobile utilise les mises en situation afin de dépister le risque de chute. Intéressons-nous sur ce point.

Les mises en situation permettent d'évaluer la personne âgée fragile dans une activité. Comme nous l'indique mon cadre théorique, les mises en situation se déroulent toutes au domicile de la personne âgée et sont par définition toutes écologiques.

Après le dépistage du risque de chute, j'ai pu déterminer grâce à mon enquête, deux types d'intervention ergothérapeutique dont le but est de prévenir la chute de la personne âgée fragile.

Comme indiqué dans mon cadre théorique, la prise en charge ergothérapeutique peut être à visée rééducative et/ou réadaptative. Nous retrouvons ces deux types d'intervention dans les résultats de mon enquête.

D'une part, la prise en charge rééducative réalisée par l'ergothérapeute au sein de l'équipe mobile s'axe autour d'un réentraînement à l'effort. Elle permet ainsi à la personne âgée de maintenir et/ou de retrouver ses capacités lors d'une activité bien précise.

D'autre part, après le dépistage du risque de chute, l'ergothérapeute conseille la personne sur des techniques/comportements à adopter. Il préconise des aides techniques et des aménagements du domicile. Ces moyens ont pour visée de maintenir l'ensemble des habitudes de vie de la personne, de manière la plus sécuritaire possible, afin d'éviter la chute du sujet âgé.

Comme indiqué plus haut, les risques de chute environnementaux et comportementaux sont très importants chez les personnes âgées. Nous avons vu dans mon cadre théorique que les habitudes de vie de la personne âgée fragile sont très ancrées. Son domicile est chargé de valeurs et de représentations intimes. Comment l'ergothérapeute peut-il amener la personne âgée à accepter de modifier ses habitudes et l'aménagement de son logement afin de réduire ces facteurs de risques ?

4.2. Les mises en situation au domicile

Mon enquête m'a permis de dégager deux pratiques ergothérapeutiques au sein d'équipes mobiles différentes : les ergothérapeutes utilisant les mises en situation et celles ne les utilisant pas. J'ai cherché alors à déterminer la plus-value des mises en situation réalisées à domicile.

Afin de cerner au mieux la plus-value de l'utilisation des mises en situation réalisées à domicile dans la pratique ergothérapeutique, il m'était nécessaire de comprendre quelles activités étaient mises en situation. De par mon cadre théorique indiquant que les activités signifiantes et significatives reposent sur le contexte spatial, sur l'adéquation aux objectifs, sur le motif de l'activité et sur les capacités de la personne, je m'aperçois, à travers mon enquête que les ergothérapeutes tiennent compte de ses éléments. Ainsi, je peux en conclure qu'elles s'intéressent aux activités signifiantes et significatives de la personne âgée lors des mises en situation.

Cependant, cette information a-t-elle une influence sur les effets de la prise en charge en ergothérapie ? Comparons donc les effets avec et sans utilisation des mises en situation.

Tout d'abord, à travers mon enquête, nous avons pu remarquer que la mise en situation au domicile permet de faire interagir tous les facteurs de risque de chute que présente la personne âgée fragile. Ainsi, l'ergothérapeute évalue les retentissements de ce risque et des conséquences de la chute sur toutes les activités significatives et significatives du sujet.

Mon enquête montre que les personnes âgées fragiles ayant été mises en situation sont davantage impliquées dans la prise en charge ergothérapique. Cela leur permet de se rendre compte des risques liés à ses comportements et à son environnement. En effet, nous avons vu dans mon cadre théorique, que très peu de personnes âgées étaient conscientes de ces risques.

De plus, une mise en situation à domicile met en action le sujet dans une activité qui lui fait sens. En cela, l'ergothérapeute stimule la motivation de la personne âgée afin de solliciter l'ensemble de ses capacités.

L'ensemble de ces éléments permettent l'adhésion aux différents moyens mis en place par l'ergothérapeute. Conscient des besoins qu'il nécessite, le sujet âgé fragile acceptera davantage de modifier ses habitudes de vie en changeant son comportement, en utilisant une aide technique ou en réaménageant son logement. Ainsi, la personne âgée fragile intégrera plus facilement l'ensemble de préconisations apportées par l'ergothérapeute. A long terme, les personnes âgées fragiles retrouveront ou/et continueront leurs activités courantes, mais cela de manière la plus sécuritaire possible limitant ainsi les risques de chute.

A l'inverse on ne retrouve pas ces modifications du comportement de la personne âgée lorsque les ergothérapeutes n'utilisent pas les mises en situation au domicile. Il n'y a pas d'intégration des changements dans ses habitudes de vie car le sujet s'oppose à toutes préconisations pouvant perturber l'ensemble de ses activités courantes. Il semble difficile pour la personne âgée, de se représenter les bénéfices des modifications recommandées par l'ergothérapeute. Bien souvent, le professionnel implique les tiers de la personne âgée fragile, tels que la famille ou les services d'aides à domicile. Ceux-ci, plus proches du vécu quotidien de la personne âgée fragile, l'inciteront à suivre les préconisations.

La comparaison des résultats de mon enquête m'a permis de comprendre l'intérêt de l'utilisation des mises en situation par l'ergothérapeute dans la prévention de la chute d'une

personne âgée fragile, dans le cadre de l'équipe mobile. Les mises en situation sont, à mon sens, le moyen privilégié et à privilégier afin de prévenir les chutes ou ses récides.

Ce moyen thérapeutique permet à la personne âgée de maintenir ou de retrouver ses capacités fonctionnelles, d'améliorer sa confiance en elle et « son estime de soi » lors de ses activités de vie quotidienne. Il tend également à réduire les facteurs de risques liés aux comportements et au domicile de la personne âgée fragile. Qu'en est-il des facteurs de risques personnels ?

Selon les résultats de mon enquête, l'état de santé du sujet peut limiter les interventions de l'ergothérapeute au domicile de la personne âgée fragile. En effet, mon enquête démontre que ce dernier limite la prise en charge de deux manières. D'une part, la fragilité du sujet est marquée par la fatigue, par une faiblesse musculaire, par une diminution de l'appétit, par un ralentissement de la vitesse de la marche et par une sédentarité. Ces éléments peuvent empêcher l'adhésion aux moyens apportés par l'ergothérapeute. D'autre part, bien que les moyens mis en place par l'ergothérapeute ont permis de réduire l'ensemble des risques environnementaux et ceux liés aux habitudes de vie, la personne âgée fragile présente d'important risques de chute liés aux facteurs organiques¹⁰⁰.

En cela, il me semble important de dire que les mises en situation ne permettent pas de réduire l'ensemble des facteurs de risques personnels de la personne âgée fragile. Elles sollicitent l'ensemble des aptitudes de la personne mais n'agiront pas directement sur les déficiences liées à la fragilité de la personne âgée.

4.3. L'interdisciplinarité en équipe mobile

Nous avons pu voir dans ma partie théorique que l'état de fragilité est un état réversible lors d'une prise en charge adaptée. Marquée par des facteurs de risque, la personne âgée fragile est la population la plus encline à chuter. Ainsi, l'HAS a mis en place des recommandations sur la prévention de la chute adaptée à l'état de la personne âgée¹⁰¹. Afin de réduire l'ensemble des facteurs de risque de chute, il est nécessaire de mettre en place une prise en charge interdisciplinaire adaptée aux problématiques de la personne âgée fragile. Pour cela, il est nécessaire que les professionnels travaillant au sein de l'équipe mobile et les autres acteurs de la prise en charge (médecin traitant, paramédicaux libéraux) collaborent entre eux. Cela permet ainsi de développer une démarche interdisciplinaire. En effet, celle-ci réunit l'ensemble des compétences spécifiques à chaque profession et répond en tous points aux

¹⁰⁰ FOUGEYROLLAS, le funambule et la toile, Pulval, 2010

¹⁰¹ HAS, SFDRMG, Prévention des chutes chez la personne âgée, Recommandations, nov. 2005

besoins du patient. Les compétences propres aux métiers de la santé permettent ainsi de réduire l'ensemble des facteurs de risque de chute de la personne âgée fragile. Un travail en interdisciplinarité est donc nécessaire afin de prévenir les chutes ou leurs récurrences.

Par ailleurs, les résultats de mon enquête m'ont permis d'identifier que l'ergothérapeute au sein d'équipe mobile, est davantage amené à intervenir auprès de personnes âgées fragiles ayant déjà chuté.

Au travers de mon cadre théorique, j'ai pu ainsi en déterminer la raison : les équipes mobiles SSR ou SSIAD, travaillent auprès de personnes malades ou présentant une situation de handicap réversible ou non. Cette dernière est la conséquence d'une chute. L'ergothérapeute met donc en œuvre des moyens de prévention permettant ainsi d'éviter la récurrence et ses conséquences. Cependant, certains ergothérapeutes d'équipes dites expérimentales sont amenés à intervenir auprès de personnes âgées ayant des risques de chute sans antécédent et ainsi effectuent de la prévention primaire. Ces équipes sont toutefois une minorité. Face à l'enjeu de santé publique abordé dans ma partie théorique, je pense qu'il serait à mon sens intéressant de développer davantage d'équipes mobiles intervenant auprès de cette population. Cela permettrait de déployer des moyens afin de réduire les facteurs personnels, environnementaux et comportementaux liés aux habitudes de vie de la personne âgée fragile et ainsi d'éviter la « première » chute et ses conséquences.

V. Evaluation de mon enquête

5.1. Limites de mon enquête

Un des éléments pouvant constituer une limite dans mon enquête est l'échantillonnage d'ergothérapeutes interrogés. Cela ne permet pas d'avoir un résultat très représentatif de la pratique ergothérapeutique au vu du nombre important d'équipes mobiles présentes en France.

Ma deuxième limite a été la multiplicité de la pratique ergothérapeutique (séances/interventions ponctuelles), liée aux différents fonctionnements des équipes mobiles d'intervention à domicile. Bien qu'elles répondent à un objectif commun tel que le maintien à domicile, il a été parfois difficile de comparer les pratiques ergothérapeutiques entre-elles.

Ma troisième limite repose sur le fait que je me suis intéressée uniquement à la pratique ergothérapeutique au sein de l'équipe mobile. Je ne me suis en effet pas attardée sur les autres professionnels travaillant au sein de l'équipe mobile ou auprès de la personne âgée fragile vivant à domicile. Il aurait été intéressant de questionner les ergothérapeutes sur le travail en interdisciplinarité effectuée au sein de leur équipe mobile afin d'en dégager ses bénéfices mais également ses limites.

De plus, il aurait été également pertinent d'interroger les bénéficiaires de la prévention de chute, afin de connaître leurs ressentis face à la chute et à ses complications. Cela m'aurait permis de recueillir leurs impressions et surtout avoir un autre regard sur les interventions de l'équipe mobile.

5.2. Intérêts de mon enquête

Mon enquête m'a permis de mettre en avant l'intérêt d'une intervention de l'ergothérapeute travaillant au sein d'une équipe mobile auprès d'une personne âgée fragile chuteuse ou présentant des risques de chute. J'ai pu, à travers cette enquête, cerner la spécificité de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile de la personne âgée fragile, à savoir de garantir le maintien des habitudes de vie du sujet et cela de la manière la plus sécuritaire possible. Cette enquête m'a permis d'identifier les bénéfices de réaliser des mises en situation au domicile de la personne âgée fragile.

J'ai pu également mettre en avant l'importance d'une collaboration interdisciplinaire afin de mener à bien la prévention de la chute chez la personne âgée fragile présentant des risques de chute.

VI. Evaluation de mon étude

6.1. Limites de mon étude

Tout d'abord, mon étude est essentiellement basée sur les chutes ayant lieu au domicile de la personne âgée fragile. Cependant, 35% des chutes des personnes âgées n'ont pas lieu au domicile de la personne âgée. Mon travail d'initiation à la recherche n'aborde pas du tout les chutes extérieures au lieu de vie du sujet bien que cet aspect semble indispensable dans la prévention de la chute de la personne âgée fragile vivant à domicile.

De plus, un point qui me semble toutefois important n'a pas été approfondi dans cette étude : la place de l'aidant. En effet, comme l'indiquent les ergothérapeutes interrogées, les aidants peuvent être facilitateurs ou obstacles à la prévention de la chute de la personne âgée. Nous avons vu, à travers mon enquête, que l'entourage de la personne peut surprotéger le sujet âgé et ainsi restreindre son indépendance ; ou encore, l'entourage peut être le seul canal afin de distiller les conseils préconisés par l'ergothérapeute. Ainsi, la prise en compte de l'environnement social de la personne est indispensable pour une prise en charge au sein d'une équipe mobile. Ciblant cette étude sur le moyen le plus utilisé, à savoir les mises en situation, cet axe de réflexion n'a pas été approfondi. Celui-ci mériterait d'être creusé pour obtenir une approche holistique de la personne âgée fragile.

6.2. Intérêts de mon étude

Cette étude m'a permis de mettre en avant les actions de prévention mises en place par l'ergothérapeute travaillant au sein d'une équipe mobile. A travers ce travail d'initiation à la recherche, j'ai compris que l'ergothérapeute, par ses compétences spécifiques, a un rôle primordial dans la prévention de la chute de la personne âgée fragile chuteuse ou ayant des risques de chute vivant à domicile.

Conclusion

De nos jours, alors que les pouvoirs publics ont pour objectif depuis 2004 de réduire de 25% le nombre de chutes chez les personnes de plus de soixante-cinq ans ; la chute reste encore l'une des causes principales de décès chez nos aînés. Face à ce constat, j'ai souhaité identifier le rôle de l'ergothérapeute travaillant au sein d'une équipe mobile d'intervention à domicile, dans la prévention des chutes auprès de cette population et l'incidence de ses actions menées sur le maintien à domicile du sujet âgé fragile.

J'ai alors posé l'hypothèse suivante : les mises en situation des activités signifiantes et significatives permettent de prévenir les chutes ou leurs récides. Dans le cadre de mon enquête, je peux dire que mon hypothèse est validée. En effet, j'ai pu remarquer que les personnes âgées fragiles, par les mises en situation de leurs activités signifiantes et significatives, intègrent davantage les préconisations faites par l'ergothérapeute afin de réduire les risques de chutes environnementaux et comportementaux. Ces mises en situation ont également pour objectif de solliciter l'ensemble des capacités de la personne âgée. Ainsi, ces préconisations permettent aux sujets âgés fragiles de continuer ou de reprendre leurs activités courantes et cela de manière la plus sécuritaire possible. A noter cependant, que les mises en situation des activités signifiantes et significatives permettent de prévenir les chutes ou leurs récides à condition qu'elles s'inscrivent dans une prise en charge interdisciplinaire. En effet, ce sont les compétences de chaque professionnel de santé qui permettent de réduire l'ensemble des facteurs de risques de la personne âgée fragile et favoriser ainsi son maintien à domicile dans les conditions les plus satisfaisantes possible.

A travers cette étude, j'ai su répondre aux différentes questions que je me suis posée lors de ma situation de départ. En effet, je pense que la majorité des hospitalisations suite à une chute observées lors de mon stage en SSR gériatrique aurait pu être évitée s'il y avait eu, en amont, l'intervention d'une équipe mobile. Cette étude m'a permis de me rendre compte de l'importance d'une démarche de prévention chez nos aînés et de comprendre que l'ergothérapie y a toute sa place. Afin d'aller plus loin dans mon étude, je pense qu'il serait pertinent de s'interroger sur la prévention de la chute auprès de personnes âgées non fragiles, dites « robustes ». Il serait intéressant de se questionner sur le rôle de l'ergothérapeute dans ce type d'approche, à savoir la prévention primaire.

Bibliographie

Ouvrages:

ANFE, *le domicile : espace de vie, de confort et de soin*, MASSON, Annecy, p 15, Janvier 1991

ANFE, *Ergothérapie : Guide des pratiques*, OPhil, 2000

DJAOUI E., *Intervenir au domicile 3ème édition*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2014

ENNUYER B., *Repenser le maintien à domicile: enjeux, acteurs, organisation*, DUNOD, 2006

FOUGEYROLLAS P., *La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*, Pulval, 2010

MEYER S., *De l'activité à la participation*, SOLAL De Boeck, 2013

MOREL BRACQ MC, *L'activité humaine: un potentiel pour la santé?*, Association Nationale Française des Ergothérapeutes, p 35, 2015

TROUVE E., *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Solal, 2009

Articles :

BLOCH, *Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée*. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Volume 15, Issue 88, p 188–190, 2015

CAYADO, CHAHBI, *La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe?*, NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie, , p194–199, Août 2015

CHRISTEL V, *Trajectoires résidentielles des personnes âgées*, in *Données sociales - La société française*, Edition 2006, 5 pages, p.526, 2006

CLEG A, YOUNG J, ILIFFE S, ROCKWOOD, *Trouble de la marche : Analyse sémiologique*, Repères en gériatrie, n°121, volume 14, p 242-250, Août 2012

- GOULLET de RUGY, *La démarche interdisciplinaire : rêve, cauchemar ou possibilité ?*, Journal d'ergOTHérapie n°7, p 13-17, sept 2002
- INPES, *Personnes âgées : restaurer le lien social* ↯, *Animateurs en gérontologie : des tisseurs de liens*, La Santé de l'Homme n° 363, p 23-26, 2003
- LEGTERS K, *Fear of falling*. Physical Therapy n° 82 , p 264-272, 2002
- MICHEL, J. *La fragilité est-elle inéluctable avec l'avancé en âge?* Dans *Vulnérabilité et vieillissement: comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser*, Elsevier, p 57-64, 2002
- MICHEL H, *La notion de fragilité des personnes âgées: apports, limites et enjeux d'une démarche préventive*. *Retraite et société*, p 174-181, 2012
- PAN KEE SHON, *Isolement relationnel et mal-être, division Etudes territoriales*, INSEE PREMIERE, nov. 2003
- ROBERT-BOBEE I, *Projections de populations 2005-2050 : Vieillesse de la population en France métropolitaine*, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 408-409, p 95- 112, 2007
- ROWE JW, KHAN RL. *Successful aging*. The Gerontologist, 37 p 433-440, 1997
- SIRVEN, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie: Une approche en économie de la Santé* , IRDES, Questions d'économie de la Santé, n° 184, 2013
- STRUBELL D., JACQUOT J.M., MARTIN-HUNYADI C, *Démence et chutes*, Ann Réadaptation Méd Phys, 2001
- VOGEL T, et al, *La fragilité, un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile*, Neurol psychiatr gériatr, juil 2005
- WHOQOL Group, « *Development of the WHOQOL: Rationale and current status* », International Journal of Mental Health, no 23, p. 24-56, 1994

Textes de loi :

Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1, consultable sur www.legifrance.gouv.fr, consulté le 22/01/2016

Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile , www.legifrance.gouv.fr, consulté le 22/02/2016

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, consultable sur www.legifrance.com, consultée le 29/02/16

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, consultable sur www.legifrance.fr, consultée le 13/03/15

Ministère de la santé et des sports. *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*, 2010

Sites internet :

OMS, *Aide-mémoire Chute*, consultable sur www.who.int, consultée le 14/10/15

INSEE, *La qualité de vie, France : portrait social, 2010*, consultable sur www.insee.fr, consulté le 15/03/2016

HAS, *Travailler en équipe*, consultable sur www.has-sante.fr, consulté le 12/03/2016

URCAM Bourgogne, *Le guide du maintien à domicile des personnes âgées*, consultable sur www.sgca.fr, consulté le 26/04/2016

Rapports :

ARS, *Cahier des charges Equipe mobile de soins de suite et de réadaptation*, Travail réalisé dans le cadre de la mise en œuvre du volet SSR du SROS d'Ile de France

DREES, *Objectif 99 de la loi de santé publique. Chutes des personnes âgées*. In : L'état de santé de la population en France - Rapport 2011. Paris, p 332-3, 2011

HAS, SFDRMG, *Prévention des chutes chez la personne âgée*, Recommandations, nov. 2005

HAS, *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires?*, Points clés, solutions et organisation des parcours, juin 2013

INPES, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction d'Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile*, 2005

ROSSO-DEBORD V, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, p 44, juin 2010

Rapport de la Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, remis au Président de la République, p.163, nov 2005

Dictionnaires :

LAROUSSE, récupéré sur www.larousse.fr, 2016

DELAMARE J, Dictionnaire illustré en médecine, Maloine, Paris, 2004

DICTIONNAIRE MEDICALE DE L'ACADEMIE EN MEDECINE, version 2016, récupéré sur www.dictionnaire.medicale.academie.medecine.fr

ANNEXES

Sommaire des annexes

Annexe I : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute interrogée n°3.....	I
Annexe II : Résultats de l'entretien de l'ergothérapeute interrogée n°1.....	IX
Annexe III : Résultats de l'entretien de l'ergothérapeute interrogée n°2.....	XII
Annexe IV : Résultats de l'entretien de l'ergothérapeute interrogée n°4.....	XV
Annexe V : Résultats de l'entretien de l'ergothérapeute interrogée n°5.....	XVIII
Annexe VI : Résultats de l'entretien de l'ergothérapeute interrogée n°6.....	XXI
Annexe VII : Le bilan « TINETTI ».....	XXIV
Annexe VIII : Le bilan « Equilibre et vie quotidienne ».....	XXVII

Annexe I : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute interrogée n°3

1^{ère} partie : Présentation générale de la personne

1) Travaillez-vous auprès des personnes âgées fragiles présentant des risques de chute ?

*Oui oui tout à fait. En fait on a deux antennes dans le service, deux E**** (nom du service expérimental) et puis il y en a une qui est consacrée justement pour des personnes qui sont à risques de chute, qui ont déjà chuté ou qui présentent un risque plus ou moins élevé de chute*

2) Si oui depuis combien de temps ?

Ça fait deux ans et demi pour ma part

3) Dans quel type de service/structure travaillez-vous ?

C'est sous forme d'un SSIAD, à la base qui a été adapté pour proposer des séances d'ergothérapie à domicile, à raison de deux séances par semaine. C'est sous ordonnance du médecin traitant donc on a une quinzaine de séances proposée pour le patient pour justement évaluer les facteurs de risques de chute, les réduire dans la mesure du possible, mettre en situation la personne dans un programme précis qui tourne toujours autour de la problématique de la chute

4) En quelle année avez-vous été diplômé ?

En 2008

2^{ème} partie : Les personnes âgées fragiles et leur risque de chute

1) Pour quel motif vous adresse-t-on les patients pour une prise en charge en ergothérapie ? (prescription médicale)

*A « l'E**** chute » c'est vraiment dans cette orientation quoi. Le signalement se fait en général toujours avec cette problématique de chute parce que la personne est déjà tombée ou parce qu'il y a un risque qui est grandissant entre guillemets donc on nous sollicite exclusivement pour cette orientation quoi.*

Quel est votre/vos principaux objectifs de prise charge ?

Alors comme je disais tout à l'heure ça va être d'évaluer les facteurs de risque de chute environnementaux ou comportementaux ou autres et puis pouvoir les réduire par le biais de mises en situation, d'essais de matériels et puis du réentraînement par rapport aux actes de la vie de tous les jours pour que la personne puisse diminuer son appréhension à la chute. Après on adapte aussi en fonction de la personne, de la situation.

2) Pour vous, qu'est ce qui caractérise une personne âgée fragile à risque de chute ?
Alors une personne qui serait déjà tombée, une personne qui aurait réduit ces activités justement par rapport à une appréhension ou à une difficulté particulière, voilà une personne qui a perdu en activité. Une personne qui aurait peur, l'appréhension à la chute je pense que c'est aussi un signe de fragilité et puis la perte d'autonomie dans la réalisation des actes du quotidien.

Au niveau des facteurs de risques médicaux ?

Alors ça c'est vrai que ça peut être un peu varié mais généralement il va y avoir peut être de l'hypertension, des séquelles vasculaires liées à un AVC et il y a aussi pas mal de personnes qui présentent un risque un peu plus important dû notamment à des antécédents particuliers qui majorent les troubles de l'équilibre en fait.

Au niveau de son environnement ?

C'est vrai que généralement dans quasiment toutes les prises en charge on a toujours des conseils, même minimes, en aménagement. On retrouve souvent, on va dire pour les plus gros facteurs de risques, des logements qui sont encombrés, peu lumineux, avec des tapis qui sont plus ou moins fixés, des espaces de déplacements qui ne sont pas toujours très lisibles en fait, pas très identifiés... Voilà les principaux !

Et l'environnement social ?

C'est vrai qu'on voit souvent, enfin c'est des généralités mais on a quand même souvent l'impression que certaines personnes à risque sont plutôt isolées ou dans des conditions sociales un peu précaires. Ça pourrait rajouter un risque supplémentaire.

3) Avez-vous rencontré des personnes âgées fragiles présentant des complications suite à une chute? Si oui Lesquelles ?

Oui tout à fait. Rien que l'appréhension... Pour moi c'est une complication qui est pour moi la plus... Qui faut prendre en compte rapidement. Le syndrome post-chute, le syndrome de désadaptation psychomotrice. Après ça peut être des douleurs suite à une chute. On observe un déconditionnement aussi parce que la personne a réduit ces activités donc c'est un peu le cercle vicieux. Les personnes qui par peur, suite à une chute font moins et qui perdent les capacités puisqu'elles en font moins. Un peu la boucle dangereuse quoi !

4) Le risque de chute ou les complications suite à une chute ont-ils un retentissement sur les activités de la vie quotidienne de la personne âgée ? Lesquels ?

Oui pour moi, c'est directement très lié parce que du coup la personne perd confiance et souvent il va y avoir une assistance qui va être mise en place. Parfois elle est trop importante parce qu'il va y avoir une surprotection de l'entourage ou l'aide humaine qui a été mise en place réalise à la place de la personne par bienveillance hein ! Puis du coup sur les actes du quotidien, c'est vraiment vraiment directement lié.

5) A votre avis, le risque de chute chez la personne âgée compromet le maintien à domicile ? si oui pourquoi ?

Pour moi il y a quelque chose à jouer là-dessus. Ça peut être un risque d'impossibilité de résider à domicile mais justement je pense qu'en tant qu'ergothérapeute on a vraiment un rôle à jouer là-dessus à un moment où la personne commence à avoir ce risque de chute là.

Et s'il n'y avait aucune prise en charge médicale ou paramédicale, le maintien à domicile peut être compromis ?

Ah oui ! Tout à fait ! Oui c'est vrai ! Ça pourrait directement le mettre en cause. C'est là où justement on va pouvoir intervenir mais s'il n'y avait pas de prise en charge ça pourrait directement le compromettre oui.

6) Comment identifiez-vous le risque de chute chez les personnes âgées fragiles que vous prenez en charge ?

Alors du coup on se base essentiellement sur des bilans que l'on passe en début de prise en charge, à savoir le TIME GET UP AND GO TEST, le TINETTI aussi on prend celui qui est sur 28 mais aussi on a un deuxième TINETTI qui est un peu plus complet. L'appui unipodal qui serait ou pas tenu, la capacité à réaliser une double tâche par le WALKING AND TALKING TEST. Tout ça c'est des éléments qui vont nous permettre d'identifier le risque de chute et déterminer s'il est plus ou moins élevé en fait.

7) Quels moyens utilisez-vous à domicile en prévention du risque de chute auprès de vos patients ?

Principalement, ça va être des mises en situation en conditions réelles de vie. Ça s'est vraiment un moyen qu'on a la possibilité de mettre en place facilement entre guillemets car étant au domicile de la personne bah voilà on est dans ses conditions de vie donc les mises en situation sont de suite écologiques. Ça le fait quasiment à toutes les séances, c'est vraiment le corps de nos séances. Après ça peut être des essais en aides techniques ou en matériel. C'est principalement ça.

8) A votre avis, les mises en situation écologiques ont un intérêt dans la prise en charge du risque de chute ? Pourquoi ?

Ah oui tout à fait pour moi c'est vraiment essentiel car on va pouvoir observer la personne dans ses conditions de vie et puis c'est vraiment le moyen d'être au plus près de la réalité et donc la personne peut plus facilement reprendre confiance sans qu'il y est de transfert à faire si la personne avait été dans un milieu un peu plus aseptisé, éloigné de ses conditions réelles de vie, comme l'hôpital. C'est vrai que pour moi c'est un moyen très concret pour pouvoir améliorer les choses !

3^{ème} partie : Les mises en situation écologiques à domicile

6) Sur quel(s) critère(s) choisissez-vous les mises en situation que vous allez proposer à domicile au sujet âgé fragile chuteur ou présentant un risque de chute ?

Bon c'est vrai qu'on se base sur les observations qu'on a pu faire au moment du bilan initial et puis sur les objectifs que la personne a pu évoquer en fonction de ses demandes car il faut que l'activité soit signifiante. On va essayer de prendre une activité qui a du sens pour la personne. C'est vrai qu'on ne va pas proposer à une personne qui n'a jamais cuisiné de faire une séance orientée sur la cuisine. On essaye vraiment de prendre les activités qui ont du sens.

Et comment arrivez-vous à dégager les activités qui pourraient être significatives pour la personne ?

Alors ça c'est vrai qu'on essaye de le faire par entretiens oraux et puis après ça nous est déjà arrivé d'utiliser la MCRO pour identifier et prioriser les activités que la personne n'aurait pas eu de satisfaction trop importante d'elle dans cette activité.

Cela peut être des activités que la personne ne fait plus à cause notamment du risque de chute ou des complications ?

Ah oui oui oui ! C'est en général quelque chose qu'elle faisait elle-même et qu'elle a perdu suite à une chute ou à simplement une appréhension. C'est sur ces activités là qu'on va se baser. Parce que c'est vrai une activité qu'elle réalise encore oui on va l'évaluer, on peut éventuellement la ré entraîner si on a observé des difficultés mais on va également se concentrer sur des choses qu'elle aurait perdu en fait afin de rélargir les possibilités

d'activités d'une personne qui était en réduction d'activité et trouver une performance dans l'activité.

Y-a-t-il des demandes de l'entourage ?

Oui tout à fait. Etant à domicile on a souvent la possibilité de les rencontrer et c'est tout à fait quelque chose qu'on prend en compte. On prend en compte l'avis des différents intervenants ... libéraux, auxiliaire de vie, même la femme de ménage. Tout le monde a des observations à faire remonter et après on essaye d'en tenir compte le plus possible quoi !

7) Diriez-vous que TOUTES les mises en situation proposées sont des activités signifiantes et significatives? Pourquoi ?

Oui ! Oui franchement parce que on essaye vraiment d'être au plus près de ce qui aurait du sens pour la personne. On ne mettra vraiment pas quelqu'un en situation avant d'avoir, dans un premier temps, identifié si c'était quelque chose qui avait du sens pour elle en fait. C'est vraiment dans cet ordre-là qu'on essaye de faire les choses. Donc pour moi toutes les mises en situation sont des activités signifiantes et significatives.

Quelles mises en situation vous retrouvez généralement ?

Donc souvent c'est les activités reliées aux postes de vie quotidienne comme on les appelle. On dit un poste de vie quotidienne où ça va être le poste de nuit avec la mobilité autour du lit savoir si le poste de nuit est adapté donc on va faire beaucoup de mises en situation sur ce poste-là. Observer la personne quand elle fait son transfert, quand elle fait son déplacement en conditions réelles avec un éclairage diminué comme si c'était la nuit, avec le déplacement jusqu'aux toilettes, la satisfaction des besoins, voir tout ce poste-là. Ça peut être des mises en situation vraiment dans le poste de la cuisine, le poste de toilette avec des mises en situation dans la douche, dans la baignoire toujours aux plus près des conditions réelles de vie. Tous les postes du quotidien sont vraiment évalués à travers des mises en situation.

Uniquement au domicile ?

Oui alors nous c'est vraiment uniquement au domicile.

8) En quoi les mises en situation signifiantes et significatives ont un intérêt dans le maintien à domicile de la personne âgée fragile ?

Bah du coup ça rejoint un peu ce que je disais avant mais la personne qui va pouvoir augmenter sa performance dans une activité significative va pouvoir réaliser cette activité dans son quotidien de façon plus optimale, plus sûre. Donc pour moi ça a directement un

intérêt dans son maintien au domicile puisque sa performance dans l'activité qu'elle aura elle-même choisi va être améliorée en fait. Pour moi c'est vraiment quelque chose de très connectée et qui a vraiment du sens.

Il y a un suivi après votre intervention ?

Oui, du coup on revoit les patient 6 mois après la fin de la prise en charge et ensuite après 12 mois. Ça c'est vraiment quelque chose de positif, ça a même été validé par l'ARS ce format où on revoit les personnes facilement avec l'infirmière de coordination et à 12 mois également. Donc justement, on a un recul et c'est vrai que toutes les compensations qui ont été mises en place sont toujours présentes et ont permis de répondre à certaines problématiques. Alors forcément quand on est chez des personnes âgées, les personnes n'ont pas rajeuni entre guillemets (rires) mais c'est ça aussi les problématiques du vieillissement qui peuvent se rajouter dans ce délai. Mais par rapport à ce qui a été proposé, très très souvent ça a été relayé dans ce sens quoi. La plupart ont retenu les préconisations, les conseils. Justement si on a été au plus près d'une activité signifiante et significative, on a quand même moins de risques que la personne ne le prenne pas en compte quoi. Ça rajoute de l'importance à ce que je disais tout à l'heure, d'être au plus près possible des demandes de la personne et de ce qui a du sens pour elle.

9) Quel(s) est/sont selon vous le(s) bénéfice(s) à les réaliser à domicile ?

Parce qu'on est vraiment au plus près des conditions réelles de vie, parce qu'on est directement dans les repères de la personne, dans son environnement, avec tous les paramètres et toutes les barrières architecturales qui vont être prises en compte. On est au cœur même de la vie de la personne. Il n'y aura pas de décalage entre ce qu'on va pouvoir proposer et ce que la personne aurait pu vivre au domicile. Si on avait été en hôpital, il y a toujours un décalage qui existe entre les conditions présentent dans ce domaine aseptisé et puis le domicile de la personne. Là le décalage est inexistant car on est directement dans ses conditions.

12) Quels sont les inconvénients ?

En tant qu'ergothérapeute il va falloir s'adapter en fait à chaque situation que n'aurait peut être forcément autant à faire entre guillemets un ergothérapeute qui exercerait à l'hôpital parce qu'il va falloir prendre en compte les barrières environnementales, architecturales et

puis sociales aussi en fonction de la personne, son isolement ou pas donc tout ça il va falloir l'intégrer dans la prise en charge et dans les séances quoi.

13) Quelles sont pour vous les limites de la prise en charge ergothérapique au domicile de la personne âgée fragile chuteuse ou à risque de chute ?

Bah franchement je dirai qu'il n'y en a pas beaucoup pour moi. Après pour moi, s'il y a un frein principal je dirai les troubles de l'équilibre qui seraient vraiment majeurs où la compensation serait insuffisante en fait. Ou encore un état général plutôt précaire parce que au bout d'un moment on est un petit peu coincé. Ou encore un engagement insuffisant de la personne dans les séances qui peut être également un frein même si on est rarement confronté à ça. Les gens ont souvent très envie d'améliorer leur autonomie mais ça pourrait être une limite oui. Mais pour ça il y a le premier rendez-vous avec l'infirmière coordinatrice qui permet de cuisiner, c'est peut-être un peu dur de dire ça, mais les personnes qui n'ont pas forcément envie de travailler on ne va pas pouvoir lui proposer nos services parce qu'en ergothérapie en général on a toujours besoin de la participation active de la personne donc ça va être un élément indispensable pour que la prise en charge prenne du sens quoi. Une autre limite aussi c'est que l'on est un peu victime de notre succès et que la liste d'attente est assez importante et parfois, avant même qu'il y a de prise en charge, la personne a fait la demande et il peut se passer plusieurs mois avant qu'elle puisse être intégrée dans le service et parfois il va y avoir plusieurs chutes entre deux ou une dégradation de l'état général.

Souhaitez-vous ajouter quelque-chose ?

Ce que je pourrais ajouter c'est que pour ma part, à l'ESPRAD, c'est un format qui, je pense devrait réellement être développé davantage car on répond à une demande qui est croissante. Les problématiques de la personne âgée fragile à domicile, la chute et le maintien à domicile... ça restent des problématiques de santé publique qu'on entend de plus en plus parler et pour moi on répond à une réelle demande et le fait de pouvoir directement le faire à domicile c'est vraiment quelque chose de très très positif et en tant qu'ergo on s'y retrouve largement. Pour moi c'est vraiment quelque chose qui devrait s'accroître, se développer.

Annexe II : Résultats de l'entretien avec E1

Partie	Thèmes abordés	Résultats
Généralités sur la personne et sur l'équipe mobile	<u>Type d'équipe mobile :</u>	« c'est un SSLAD, c'est pour ça qu'on a deux infirmières coordinatrices mais au lieu que ce soit des auxiliaires de vie c'est vraiment que des ergothérapeutes depuis que le service a été créé »
	<u>Y travaille depuis :</u>	4 ans
	<u>Diplômée en :</u>	2008
	<u>Prise en charge auprès de personnes âgées fragiles :</u>	« C'est souvent une personne qui a chuté ou qui présente des risques importants de chute et qui vit à domicile. »
La personne âgée fragile chuteuse ou ayant des risques de chute	<u>Caractéristiques de la personne âgée fragile :</u>	« il y a beaucoup de choses. Par exemple c'est des personnes fragiles qui ont déjà eu des contextes de fractures suite à une chute ou qui ont de l'ostéoporose, ça peut être les troubles visuels, les affections neurologiques (type AVC,), démence, l'âge aussi. [...] Quand on a plus de soixante-cinq ans il y a un risque plus important de chute. Ça peut être aussi quelqu'un qui est fort isolé, qui n'a plus d'activité ou qui n'ose plus. Après il y a le contexte environnemental qui peut aussi entraîner des chutes avec l'âge. »
	<u>Conséquences de la chute :</u>	« toutes les fractures, l'isolement social, diminution de l'activité, au niveau de la perte musculaire, les difficultés dans les transferts... la dépression, le fait de n'avoir plus trop confiance en soi et en ses capacités et les conséquences sur l'entourage [...] qui peut surprotéger aussi la personne du coup et la sur assister et l'empêcher de continuer à faire certaines choses »
	<u>Retentissements sur les activités courantes :</u>	« Ça peut être sur toutes les activités de la personne âgée » : <ul style="list-style-type: none"> - Déplacements intérieurs : « pouvoir se rendre dans toutes les pièces de son logement, plus accès à l'étage » - Déplacements extérieurs - « Ne plus préparer ses repas, le repassage, le ménage » - Les activités de loisirs
	<u>Maintien à domicile compromis ? :</u>	« Après chaque situation est différente » « Mais pas toujours, je pense qu'après on peut mettre pas mal de mesures en place il y a différentes mesures sécurisantes au domicile. Enfin je trouve que de plus en plus maintenant la société est plus comme ça quoi, il y a pas mal de services d'aide à domicile, de services d'accompagnement même au niveau social, de portage des repas, enfin je pense qu'il y a pas

<p>limites de la prise en charge ergothérapique</p>	<p><u>Limites</u></p>	<p><i>peuvent faire parce que je pense que parfois on a tellement fait à leur place ou il n'ose plus parce que ça fait longtemps qu'ils se sont pas remis en activité, cela redonne confiance. Cela montre qu'ils sont capables de faire encore certaines choses donc du coup ça va les amener à reprendre leurs activités ».</i></p> <p><u>Et du coup pour vous les mises en situation à domicile sont différentes de celles faites en institution ?</u></p> <p><i>« c'est dans leur lieu de vie c'est là où il y a tous leurs repères, enfin c'est là que ça prend tout son sens. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de motivation de la personne : « un peu trop forcé par l'entourage » - La personne n'adhère pas à la prise en charge - Les troubles cognitifs - L'état de santé de la personne : « bien je pense quelqu'un où l'on arrive trop tard, il est déjà trop grabataire, même si c'est rare, qui aurait dû être pris en charge beaucoup plus tôt, bien avant les chutes. » <p><u>Et c'est souvent liés aux conséquences des chutes que ces patients se retrouve grabataire ?</u> « Oui voilà ! Que ce soit psychologique, que ce soit physique, les gens qui ont trop de douleurs aussi du coup le réentraînement est difficile donc la prise en charge est forcément limitée. »</p>
<p>Ajout</p>		<p><i>« Il faudrait que les services se développent encore plus. Bon après il y a l'ergothérapie mais il faudra aussi de la psychomotricité, toutes les choses qui pourraient être plus souvent accessibles à tous, à domicile. Nous c'est déjà un bon début, que ça puisse encore plus se développer. On commence à bien entendre parler de nous et puis il y a certains services qui viennent nous voir pour savoir comment on fonctionne pour qu'ils puissent eux même mettre ça en place ! Après c'est toujours une question de financements, d'accords de l'ARS (Agence Régionale de Santé) ... et puis surtout ce que je pense qui est important c'est la prévention : l'ETP (éducation thérapeutique du patient) qui devrait être mis en place un peu plus »</i></p> <p><u>Avant tout risque de chute ?</u></p> <p><i>« Oui voilà. En amont, c'est un projet de notre service mais on n'a pas encore les financements pour l'instant. Je pense que ça se serait vraiment la base ! Et l'ergothérapeute a un rôle à jouer là-dedans, l'ETP ça nous rejoint bien ! »</i></p>

Annexe III : Résultats de l'entretien avec E2

Parties	Thèmes abordés	Résultats
<p>Généralités sur la personne et sur l'équipe mobile</p>	<p><u>Type d'équipe mobile :</u></p> <p><u>Y travaille depuis :</u></p> <p><u>Diplômée en :</u></p> <p><u>Prise en charge auprès de personnes âgées fragiles :</u></p> <p style="text-align: center;">-</p>	<p>SSIAD composé de psychologues, psychomotriciennes, d'une ergothérapeute et d'une infirmière coordinatrice</p> <p>Juillet 2015</p> <p>Juillet 2015</p> <p>Auprès de personnes ayant déjà chuté</p>
<p>La personne âgée fragile chuteuse ou ayant des risques de chute</p>	<p><u>Caractéristiques de la personne âgée fragile :</u></p> <p><u>Conséquences de la chute :</u></p> <p><u>Retentissements sur les activités courantes :</u></p> <p><u>Maintien à</u></p>	<p>« <i>Il y a souvent des troubles cognitifs ou une maladie évolutive d'origine neurologique. On a beaucoup de personnes atteintes de Parkinson. Beaucoup de maladies Alzheimer ou maladies apparentées</i> »</p> <p><u>Et au niveau environnemental :</u> « <i>beaucoup de facteurs</i> »</p> <p>Des tapis - Petits appartements souvent encombrés - Sols glissants - Lumières pas adaptées</p> <p>« <i>Personnes souvent isolées, vivent seules. La plupart ont la téléalarme ou en tout cas c'est fortement conseillé</i> »</p> <p><u>Au niveau comportemental :</u> « <i>Tout ce qui est plus risqué c'est de l'ordre de l'anosognosie, du déni des troubles à la fois cognitifs et moteurs</i> »</p> <p>Syndrome post-chute Fracture du col du fémur Désorientation au niveau cognitif lié à la chute Peur de la chute</p> <p>« <i>Situation de perte d'autonomie</i> » : besoin d'aide pour les activités de vie, même « <i>essentiels</i> »</p> <p>« <i>Tout dépend du réseau d'aide qui est mis en place. Quand le risque de chute est très présent on va essayer de voir avec les médecins de quelle manière on va organiser la journée, les temps de</i> »</p>

	<u>domicile :</u>	<p><i>repos au fauteuil pour éviter à tout prix tout ce qui est contention etc... Quand le risque de chute est très élevé on essaye de mettre des heures d'aides à domicile pour qu'il y est toujours quelqu'un avec la personne notamment pour les déplacements. Bon après on arrive à certaines limites du maintien à domicile et du coup forcément elles seront orientées en institution ».</i></p> <p><u>Et si aucune aide est mise en place ?</u></p> <p><i>« Au bout d'un moment si la personne chute à répétition, cela pourra engendrer une hospitalisation et des complications importantes et le maintien à domicile sera compromis. »</i></p>
La prévention de la chute au sein de l'équipe mobile	<p><u>Dépistage du risque de chute :</u></p> <p><u>Moyens utilisés :</u></p> <p><u>Mises en situation :</u></p>	<p><i>« Je fais une évaluation quand je vais à domicile, je leur demande si elles ont déjà chuté, soit je fais passer un bilan (EVQ) ou TINETTI»</i></p> <p>Préconisations d'aménagements et aides techniques</p> <p>Oui, juste après les bilans <i>« Après les bilans, je demande à la personne de me montrer comment elle fait ses activités. C'est l'avantage d'être à domicile car je vois tout ce que la personne peut faire dans son environnement initial. Il m'arrive de revenir 2 3 4 fois si une heure ne suffit pas, ça me permet d'avoir une vision assez globale »</i></p>
Les mises en situation au domicile	<p><u>Mises en situation proposées :</u></p> <p><u>Intérêt dans le maintien à domicile</u></p>	<p><i>« C'est surtout sur toutes les activités de la vie quotidienne : les courses, les repas, la toilette. C'est surtout les activités essentielles. Tout ce qui est loisirs aussi... Se rendre sur les lieux de vie social etc. je le fais pas tellement par manque de temps »</i></p> <p><i>« Il n'y a rien de standardisé [...] Pour la toilette, ça dépend. Si elle bénéficie d'une aide, je viens avec les soignants pour voir comment ça se passe, soit elle me dit qu'elle est autonome et qu'elle n'a pas besoin alors là je lui demande de me montrer comment elle fait pour rentrer dans la douche dans la baignoire. C'est forcément significatif parce que c'est ce que font les personnes chez elle, dans leur environnement. »</i></p> <p><i>« Ça permet de se rendre compte directement sur place que si on aménage de telle ou telle façon, finalement on peut reprendre une activité. Je pense notamment à la cuisine, souvent c'est des personnes qui vivent dans leur appartement depuis trente ou quarante ans et qui n'ont jamais</i></p>

		<i>pensé à aménager les choses pour que ce soit plus facile pour elles. Donc le fait de les mettre en situation, on se rend compte ensemble qu'il y a des difficultés et quand on modifie un peu l'environnement, ça facilite et du coup ça favorise le maintien à domicile. »</i>
Bénéfices et limites de la prise en charge ergothérapique	<p><u>Bénéfices :</u></p> <p><u>Limites</u></p>	<p><i>« A l'hôpital, c'est quasiment impossible de reproduire quelque chose de façon écologique donc là le fait de travailler à domicile, je vois quasiment que des bénéfices. Au niveau de la motivation, au niveau de la prise de conscience des troubles. On part sur une base relationnelle beaucoup plus simple qu'à l'hôpital ! Moi je n'ai pas de blouse quand je viens à domicile donc le dialogue s'installe de façon beaucoup plus saine. C'est à base de dialogue, de négociation.»</i></p> <p><i>« il y a des refus c'est souvent parce que la personne a des gros troubles cognitifs, elle ne comprend l'objet de ma visite donc je vais venir soit avec quelqu'un de sa famille ou son aide à domicile »</i></p> <p><i>« Je dirais que c'est plutôt la fréquence car je n'ai pas un suivi aussi fréquent que dans un centre de rééducation ou que dans un EHPAD. »</i></p>
Ajout		Non

Annexe IV: Résultats de l'entretien de E4

Partie	Thèmes abordés	Résultats
Généralités sur la personne et sur l'équipe mobile	<u>Type d'équipe mobile :</u>	<p>équipe mobile de soins de suite et de réadaptation <i>« on travaille auprès de personnes présentant une situation de handicap liée à un dysfonctionnement qui soit traumatologique, rhumatologique, neurologique, peu importe la source du handicap auprès de personnes de plus de personnes de plus de 18 ans. »</i></p> <p><i>« Les motifs sont divers et variés puisque la population est complètement disparate souvent c'est quand même pour évaluer le maintien à domicile parce que dans le cadre des retours à domicile je n'interviens pas puisque maintenant il y a déjà des ergothérapeutes qui sont dans les services. »</i></p>
	<u>Y travaille depuis :</u>	Juillet 2015
	<u>Diplômée en :</u>	2010
	<u>Prise en charge auprès de personnes âgées fragiles :</u>	Ayant déjà chuté
La personne âgée fragile chuteuse ou ayant des risques de chute	<u>Caractéristiques de la personne âgée fragile :</u>	<i>« une rétropulsion, une baisse du ballant du bras, une difficulté à lever le pas. Après chaque caractéristique dépend de chacun et de leurs habitudes de vie, de son environnement architectural : les tapis mal fixés mais seulement si la personne a des difficultés à lever le pied. Cela dépend vraiment des caractéristiques de la personne âgée, de son environnement et de ses habitudes de vie. Il n'y a pas un seul risque en particulier. »</i>
	<u>Conséquences de la chute :</u>	<p>Conséquence physique et conséquences « morales » avec un syndrome post-chute Hospitalisation Peur de tomber avec désadaptation du schéma corporel Au niveau du comportement social « c'est des personnes qui vont s'isoler petit à petit. Elles vont restreindre leur périmètre de marche et leur aire de mobilité »</p>
	<u>Retentissements sur les activités courantes :</u>	Oui. Activités « de base » de vie quotidienne et celles nécessitant une aire de mobilité plus importante.
	<u>Maintien à domicile :</u>	Oui. Les conséquences de la chute peuvent entraîner des hospitalisations et des situations de dépendance.
La prévention de la chute au sein de l'équipe mobile	<u>Dépistage du risque de chute</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « mon bilan des déficiences » - « évaluation du domicile » - « mise en situation dans toutes ses activités de la vie quotidienne »
	<u>Moyens utilisés :</u>	<i>« Tout dépend du risque. Je vais d'abord évaluer la personne</i>

		<p><i>peux très bien intervenir auprès d'une personne âgée à risque de chute, je peux très bien écarter les risques de chutes apparents à domicile mais je pourrais jamais prévenir un malaise qui va entraîner une chute, il y a plein d'autres facteurs que je pourrais pas éviter. Je pense que oui je favorise un maintien mais je ne peux pas le quantifier. Il y a un suivi trois mois après et trois mois encore après. »</i></p> <p><u>Est-ce qu'après votre suivi les personnes ont déjà rechutées ?</u> <i>« Oui. »</i></p> <p><u>Pourquoi ?</u> <i>« Les chutes qui sont intervenues ont eu lieu dans la rue et donc pour moi sont inévitables ou dans les parties communes de l'immeuble »</i></p> <p><u>Mais à domicile non ?</u> <i>« J'ai pas eu de retour non mais c'est possible que ce soit arrivé. »</i></p>
--	--	--

Annexe V : Résultats de l'entretien avec E5

Partie	Thèmes abordés	Résultats
<p>Généralités sur la personne et sur l'équipe mobile</p>	<p><u>Type d'équipe mobile :</u></p> <p><u>Y travaille depuis :</u></p> <p><u>Diplômée en :</u></p> <p><u>Prise en charge auprès de personnes âgées fragiles :</u></p>	<p>Equipe mobile SSIAD 3 infirmières coordinatrices 1 ergothérapeute</p> <p>2008</p> <p>1994</p> <p>Personnes ayant déjà chuté</p>
<p>La personne âgée fragile chuteuse ou ayant des risques de chute</p>	<p><u>Caractéristiques de la personne âgée fragile :</u></p> <p><u>Conséquences de la chute :</u></p> <p><u>Retentissements sur les activités courantes :</u></p>	<p><i>« Je connais les signes cliniques et les facteurs de risque de chute etc (les signes médicaux, la polymédication, certains troubles neurologiques) Moi c'est surtout le comportement qui me frappe chez les personnes âgées : le déni de leurs difficultés et de leurs troubles, un déni qui se caractérise plus par un hyperoptimisme ou un refus de changer leurs habitudes (enlever le petit tapis, de déplacer un meuble) »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - peur de la chute - fractures - conséquences psychologiques - conséquences sur l'entourage : <i>« l'entourage qui surprotège la personne, qui fait tout à sa place et qui l'interdit de bouger »</i> <p><i>« Une perte d'autonomie, soit parce que physiquement la personne a perdu des capacités fonctionnelles et sait faire moins de chose soit une perte d'autonomie psychologique : une personne qui perd confiance en elle et qui du coup ne se sent plus capable ne serait-ce de se lever et d'aller jusqu'aux toilettes ou jusqu'à sa salle de bain. »</i></p> <p><i>« Sur les activités de la vie quotidienne oui et aussi sur la vie sociale : on voit des personnes qui ne sortent plus, qui ne voient plus personne, qui ne vont plus à leur club alors que c'est quelque chose qu'ils faisaient avant : ils ne vont plus faire de courses tout ça »</i></p>

	<u>Maintien à domicile :</u>	<i>[...] les complications suite à une chute peuvent entraîner le fait que la personne ne peut pas rentrer à la maison car il y a l'apparition d'un handicap. Ça peut vraiment le compromettre. Après c'est une décision de l'entourage souvent : ce n'est pas la personne elle-même qui va dire « je ne peux plus rester chez moi » - c'est souvent le médecin, la famille, les soignants qui constatent que le maintien à domicile est difficile. Les personnes tiennent à rester chez eux</i>
La prévention de la chute au sein de l'équipe mobile	<u>Dépistage du risque de chute</u>	« J'analyse l'environnement : le logement, les tapis, les seuils, les marches, s'il y a des obstacles etc.. je vais avoir une vision de l'environnement, de l'aménagement du domicile etc.. « je demande à la personne de me faire visiter et du coup ça me permet d'observer tout ça, j'essaye de le rendre acteur de la visite et du coup je vois un peu comment il se comporte et ça me donne une petite idée des risques qu'il pourrait y avoir en dehors de ce que j'ai constaté car on y va à un instant t, on constate des choses mais après quand on est pas là faut essayer d'anticiper, d'imaginer comment la personne pourrait se comporter chez elle et c'est pas évident. »
	<u>Moyens utilisés :</u>	L'aménagement : les tapis, libérer l'espace, enlever des meubles pour avoir un bel espace de circulation, installation de barres d'appuis, les rehausses-WC , aménagements de pièces du domicile, rampe d'escalier Conseils de l'entourage : leur apporter un regard extérieur sur la situation (à dédramatiser ou le contraire)
	<u>Mises en situation :</u>	<i>Non <u>Pourquoi ?</u> « Par manque de temps, mon intervention c'est vraiment une expertise donc je vais au domicile une à deux fois seulement. »</i>
Les mises en situation au domicile	<u>Mises en situation proposées :</u>	X
	<u>Intérêt dans le maintien à domicile</u>	X
Bénéfices et limites de la prise en charge ergothérapeutique	<u>Bénéfices :</u> <u>Limites :</u>	<i>Comment vous fonctionnez ? « Alors je fais des conseils d'aménagements et après je fais un courrier qui reprend toutes mes propositions et qui est adressé au médecin, à tous les intervenants et à la personne. Et ça lui permet de revoir tout ce que j'ai établi mais c'est vrai que ce n'est ni complet ni approfondi. » <u>Une prise en charge en ergothérapie dans votre service dure combien de temps ?</u> « Ça peut être très rapide, 20 min mais environ 1heure de manière générale. » <u>Les conseils/les aménagements sont compris par le patient ?</u> « Je ne suis pas sûre qu'il y est grand-chose qui passe. Après ça peut être une heure auprès du patient avec lui pour lui donner des conseils ou bien ça peut être une heure où il y a l'entourage et le patient finit par s'isoler, ne plus suivre réellement ce que je dis donc je donne des fois plus des conseils à l'entourage. » « Ça m'arrive aussi de leur faire essayer du matériel mais c'est</i>

		<i>juste une seule fois à un instant t et des fois bon y a des personnes qui comprennent très vite l'intérêt d'un aménagement que je peux proposer et qui vont acquérir le matériel et qui vont faire les aménagements que je propose et puis y en a d'autres il faut leur démontrer et les mettre devant la difficulté pour qu'il comprennent l'intérêt parce que il y a un déni, une méfiance»</i>
Ajout		Non

Annexe VI : Résultats de l'entretien avec E6

Partie	Thèmes abordés	Résultats
Généralités sur la personne et sur l'équipe mobile	<p><u>Type d'équipe mobile :</u></p> <p><u>Y travaille depuis :</u></p> <p><u>Diplômée en :</u></p> <p><u>Prise en charge auprès de personnes âgées fragiles :</u></p>	<p>Equipe mobile de Soins de Suite et de Réadaptation</p> <p>5 ans</p> <p>1991</p> <p>Chuteuses</p>
La personne âgée fragile chuteuse ou ayant des risques de chute	<p><u>Caractéristiques de la personne âgée fragile :</u></p> <p><u>Conséquences de la chute :</u></p> <p><u>Retentissements sur les activités courantes :</u></p> <p><u>Maintien à domicile :</u></p>	<p>La pluripathologie et un environnement inadapté</p> <p>Pluripathologie : « <i>il y a souvent l'association de pathologies : fréquemment une pathologie neurologique type parkinson, ou AVC et à ça s'associe souvent des troubles métaboliques, un ralentissement global qui fait que les fonctions équilibratrices sont moins performantes, des troubles visuels, des troubles auditifs et parfois des symptômes dépressifs et j'en oublie</i> »</p> <p>« <i>Des habitudes de vie qui sont très ancrées et qui sont à risque de chute</i> »</p> <p>Environnement architectural qui ne posait pas de difficultés avant mais avec la pluripathologie et l'âge l'environnement finit par être inadapté.</p> <p>L'environnement urbain peut être difficile avec des voitures garées sur le trottoir, l'accès aux utilités publiques pas forcément adapté ou souvent des étages</p> <p>« <i>L'environnement social n'est pas adapté souvent lié à un veuvage qui isole d'autant plus la personne âgée alors qu'au contraire on devrait lui apporter une assistance</i> »</p> <p>Fracture</p> <p>Peur de la chute</p> <p>« <i>Complications liés aux complications</i> » (institutionnalisation)</p> <ul style="list-style-type: none"> - « <i>Soit parce qu'on a recommandé de pas faire quelque chose et qu'on n'a pas forcément de solution à mettre en place pour que la personne continue d'effectuer cette activité</i> - <i>Soit parce que la personne a peur donc ça la bloque</i> - <i>Soit parce qu'elle a des conséquences liées à cette chute qui l'empêche de faire une de ses activités quotidiennes et qui la limite dans son autonomie.</i> » <p>« <i>Oui parce que si on ne fait pas intervenir une équipe la personne risque de rechuter à la maison et à moment donné va être hospitalisée avec tous les risques que ça comporte</i> »</p>

<p>La prévention de la chute au sein de l'équipe mobile</p>	<p><u>Dépistage du risque de chute</u></p> <p><u>Moyens utilisés :</u></p> <p><u>Mises en situation :</u></p>	<p><i>Parce qu'ils ont déjà chuté et rechuté et nous généralement en équipe mobile on intervient parce que la situation a déjà craqué, elle a déjà posé des problèmes donc c'est assez facile de voir comment son problème s'est manifesté. Ensuite, parce qu'il peut y avoir une déficience motrice et donc a un impact sur les capacités et ensuite parce qu'il peut y avoir un discours anosognosique de la part de la personne ou au contraire un discours de peur exagéré face au risque de chute et tous les troubles associés que j'ai cité auparavant</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - « l'aménagement du lieu de vie - l'aménagement des habitudes de vie - la communication des aidants parce qu'il faut leur tenir informé de tous ce qui peut être mis en place pour limiter le risque de chute » <p>«Oui et Non »</p> <p><i>« Oui mais c'est des situations avec des aides techniques, mais ça ne va pas être des mises en situation type « je vais aller faire les courses avec elles ». Je vais plutôt faire des mises en situation d'aides techniques lors d'activités de la vie quotidienne afin de vérifier le bon usage et aussi pour me rendre compte que ça peut résoudre toutes les parties du problème ça oui. »</i></p> <p>Pourquoi vous ne faites pas de mises en situation d'activité de vie quotidienne ?</p> <p><i>« Par manque de temps et peut être par soucis méthodologique également. Je pense que ce qui limite un peu c'est que la personne n'est pas d'accord avec l'aménagement et que dans ces conditions organiser une mise en situation, si il y a opposition c'est impossible mais j'avoue que je n'ai pas poussé jusque-là. »</i></p>
<p>Les mises en situation au domicile</p>	<p><u>Mises en situation proposées :</u></p> <p><u>Intérêt dans le maintien à domicile</u></p>	<p>Essais d'aide technique lors d'activité de vie quotidienne</p> <p><i>« Les mises en situation permettent à la personne de faire ressortir les bénéfices d'acquérir une aide technique, elle le ressent, elle voit que ce n'est pas un bouleversement considérable de ce qu'elle avait l'habitude de faire donc ça ne lui fait pas perdre de temps. C'est toutes ses données là que ça renforce. »</i></p>
<p>Bénéfices et limites de la prise en charge ergothérapique</p>	<p><u>Bénéfices :</u></p> <p><u>Limites</u></p>	<p><i>« Ça tient compte de l'environnement architectural, de l'ambiance, de la luminosité, de la présence ou non des aidants, c'est tout le reste de la dimension de l'activité en elle-même qui est important. Tout ça on ne le retrouve pas dans un environnement stérile in vitro. Au domicile, l'activité est in vivo, ça lui donne toutes ses valeurs et la démonstration de ces mises en situation est beaucoup plus validante. »</i></p> <p><i>« Lorsque l'accompagnement doit prendre fin, le relai n'est pas toujours facile à passer ou n'est pas toujours facile à trouver alors je pense aux structures municipales type CLIC ou SSIAD qui sont parfois débordées et qui ne peuvent pas avoir la disponibilité que nous on a. Alors du coup on pourrait se dire que notre intervention a pu être plus délétère qu'autre chose parce qu'elle a</i></p>

		<i>fait naître l'hypothèse d'un maintien à domicile possible et en sécurité et en fait non ce n'est pas possible et là il vaut mieux ne pas le faire dans ce cas. C'est plus un limite de système »</i>
Ajout		Non

Annexe VII : Le bilan « TINETTI »

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans le tableau ci-après. L'interprétation est expliquée après le tableau.

<p>Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :</p> <p>1. Equilibre assis sur la chaise</p> <p>0= se penche sur le côté, glisse de la chaise</p> <p>1= sûr, stable</p>
<p>On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :</p> <p>1. Se lever</p> <p>0= impossible sans aide</p> <p>1= possible, mais nécessite l'aide des bras</p> <p>2= possible sans les bras</p>
<p>2. Tentative de se lever</p> <p>0 = impossible sans aide</p> <p>1 = possible, mais plusieurs essais</p> <p>2 = possible lors du premier essai</p>
<p>3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes)</p> <p>0= instable (chancelant, oscillant)</p> <p>1= sûr, mais nécessite une aide technique debout</p> <p>2= sûr sans aide technique</p>
<p>Test de provocation de l'équilibre en position debout :</p> <p>4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints</p> <p>0 = instable</p> <p>1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique</p> <p>2 = pieds joints, stable</p>
<p>6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises)</p> <p>0= commence à tomber</p> <p>1= chancelant, s'agrippe, et se stabilise</p> <p>2= stable</p>

<p>7. Yeux fermés</p> <p>0 = instable</p> <p>1 = stable</p>
<p>Le patient doit se retourner de 360° :</p> <p>8. Pivotement de 360°</p> <p>0= pas discontinus</p> <p>1= pas continus</p>
<p>9. Pivotement de 360°</p> <p>0= instable (chancelant, s'agrippe)</p> <p>1= stable</p>
<p>Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) :</p> <p>10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ)</p> <p>0= hésitations ou plusieurs essais pour partir</p> <p>1= aucune hésitation</p>
<p>11. Longueur du pas : le pied droit balance</p> <p>0= ne dépasse pas le pied gauche en appui</p> <p>1= dépasse le pied gauche en appui</p>
<p>12. Hauteur du pas : le pied droit balance</p> <p>0= le pied droit ne décolle pas complètement du sol</p> <p>1= le pied droit décolle complètement du sol</p>
<p>13. Longueur du pas : le pied gauche balance</p> <p>0= ne dépasse pas le pied droit en appui</p> <p>1= dépasse le pied droit en appui</p>
<p>14. Hauteur du pas : le pied gauche balance</p> <p>0= le pied gauche ne décolle pas complètement du sol</p> <p>1= le pied gauche décolle complètement du sol</p>
<p>15. Symétrie de la marche</p> <p>0= la longueur des pas droit et gauche semble inégale</p> <p>1= la longueur des pas droit et gauche semble identique</p>
<p>16. Continuité des pas</p> <p>0= arrêt ou discontinuité de la marche</p> <p>1= les pas paraissent continus</p>

<p>Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m)</p> <p>0 = déviation nette d'une ligne imaginaire</p> <p>1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique</p> <p>2 = pas de déviation sans aide technique</p>
<p>Stabilité du tronc</p> <p>0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique</p> <p>1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras</p> <p>2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet</p>
<p>Largeur des pas</p> <p>0 = polygone de marche élargi</p> <p>1 = les pieds se touchent presque lors de la marche</p>
<p>Le patient doit s'asseoir sur la chaise :</p> <p>17. S'asseoir</p> <p>0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise</p> <p>1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier</p> <p>2 = sécuritaire, mouvement régulier</p>
<p>SCORE MAXIMUM = 28 points</p>

Annexe VIII : Le bilan « Equilibre et vie quotidienne »

Equilibre et Vie Quotidienne E.V.Q

Biot M, Nouvel F, Dupeyron A

NOM Prénom	DATE	DATE	DATE
Aller décrocher le téléphone lorsqu'il sonne - test reproduit 2 fois pendant la passation des autres items			
Porter un sac à provisions -Poids : 2kg -distance de 10m minimum			
Entrer dans une pièce et ressortir -ouvrir et refermer la porte			
Mettre le couvert pour 4 personnes -Étagère : hauteur des yeux +- 10cm -Tiroir : hauteur des hanches +- 10cm			
Déplacer une chaise Amener une chaise placée à 2 mètres contre la table			
S'asseoir et se relever d'une chaise -Chaise sans accoudoirs -Placée contre la table			
Amener une casserole d'eau sur la table -Petite casserole sur étagère hauteur genoux (+-10cm) -Volume de remplissage : 3/4			

Cotation

- | | |
|-----------------------|--|
| 1 Normal | Pas d'instabilité |
| 2 Adapté | Utilise des points d'appui, des stratégies sécuritaires : adaptation par anticipation

Pas d'instabilité |
| 3 Anormal | Utilise des réflexes d'adaptation posturale, des stratégies de parade de chutes : adaptation par correction
Instabilité mineure |
| 4 Très anormal | Réflexes d'adaptation posturale inefficaces
Instabilité majeure |

Résumé :

Les sujets âgés fragiles sont les plus enclins de chuter. Cet accident entraîne de nombreuses complications pouvant compromettre le maintien à domicile. Le but de l'ergothérapie est de prévenir les situations de handicap, en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement de la personne.

L'objectif de cette enquête est d'identifier les moyens de prévention utilisés par l'ergothérapeute au sein d'une équipe mobile d'intervention à domicile auprès des personnes âgées fragiles chuteuses ou ayant des risques de chute. Pour cela, nous nous baserons sur un moyen spécifique à l'ergothérapie, à savoir les mises en situation.

Afin de répondre à cet objectif, j'ai effectué six entretiens auprès d'ergothérapeutes : quatre travaillant au sein de SSIAD et deux au sein d'équipes mobiles SSR.

Ces entretiens m'ont permis de constater que les mises en situation des activités signifiantes et significatives permettent à la personne âgée fragile d'intégrer les préconisations effectuées par l'ergothérapeute afin de continuer ses habitudes de vie de manière la plus sécuritaire possible.

Cette étude met en évidence l'utilisation de mises en situation des activités signifiantes et significatives comme étant le moyen privilégié de la prévention de la chute, à condition qu'elle s'inscrive dans une prise en charge interdisciplinaire.

Mots clés : Ergothérapie - Chute – Personne âgée fragile – Maintien à domicile – Mise en situation

Abstract:

The frail elderly are the most likely to fall. This accident can lead to many complications that might compromise home care. The aim of occupational therapy is to prevent disabilities taking into account of daily living activities and environment.

The aim of this study is to identify the prevention means used by the occupational therapist in mobile team home-based intervention for frail elderly people who have fallen or with fall risks. For this, we will consider one specific approach of occupational therapy: the ecological scenario.

To this end, six interviews were made with occupational therapists: four work in home nursing services and two in subacute care mobile teams.

These interviews show that the ecological scenario of meaningful and significant activities allows frail elderly people to integrate recommendations made by the occupational therapist to increase their daily living activities in the safest way possible.

This study demonstrates that the ecological scenario is the preferred means of fall prevention, provided it is integrated in interdisciplinary care.

Key words: Occupational therapy – Fall – Frail elderly people – Homecare – ecological scenario