

Institut de Formation en Ergothérapie La Musse



La participation sociale des personnes âgées présentant un syndrome post-chute

Mémoire d'initiation à la recherche

JOLY Sophia
Promotion 2018-2021

MOISAN Laure
Maître de mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e Joly Sophia.....

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Bolbec..... Le 08/05/2021..... signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

A travers ces quelques lignes, je tiens à remercier chaque personne qui a contribué à rendre mon travail meilleur.

Je souhaite remercier Madame MOISAN Laure qui m'a accompagnée tout au long de ce travail de recherche. Par ses remarques et ses conseils, elle a étayé mes réflexions.

Je remercie les responsables pédagogiques de l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse pour leur encadrement et accompagnement durant les différentes étapes du mémoire d'initiation à la recherche.

Je remercie tous les ergothérapeutes qui ont accepté de réaliser les entretiens.

Je tiens à remercier Marie, Lisa, Lucie, Justine et Pauline pour leur écoute, leur soutien et leur conseil.

Je remercie ma famille qui a été un soutien et une source d'encouragements. Je remercie tout particulièrement ma Maman qui a très souvent lu mon travail et m'a donné des conseils. Je souhaite également remercier Fabienne et Aïssatou qui, par leurs lectures, m'ont apportées des conseils.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Cadre contextuel.....	3
2. Cadre conceptuel.....	4
2.1 Personnes âgées et chutes.....	4
2.1.1 Vieillessement et fragilité, deux processus liés.....	4
2.1.2 Les problèmes de santé liés au vieillissement.....	5
2.1.3 La marche.....	6
2.1.4 La chute.....	7
2.1.5 Une expérience subjective.....	7
2.1.6 Les conséquences d'une chute.....	8
2.1.7 Installation du sentiment de peur.....	8
2.1.8 Syndrome post-chute.....	9
2.1.9 Les conséquences sociales.....	11
2.2 Participation sociale.....	11
2.2.1 Définition de la participation sociale.....	11
2.2.2 Utilisation d'un modèle conceptuel.....	12
2.2.3 Le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap.....	12
A. Présentation du modèle.....	12
B. Les facteurs environnementaux.....	14
2.2.5 Contexte de la chute.....	15
2.3 Accompagnement en ergothérapie.....	16
2.3.1 Définition de l'ergothérapie.....	16
2.3.2 L'ergothérapeute en gériatrie.....	17
2.3.3 Interventions au sein du domicile de la personne âgée.....	17
3. Question de recherche.....	20
4. Hypothèses de recherche.....	20
5. Cadre expérimental.....	20
5.1 Dispositif méthodologique et expérimental.....	20
5.1.1 Enquête exploratoire.....	20
5.1.2 Choix de la méthode et de l'outil expérimental.....	21
5.1.3 Sélection de la population cible.....	21
5.1.4 Recherche de la population cible.....	22
5.1.5 Réalisation du guide d'entretien.....	22
5.2 Présentation des résultats.....	24
5.2.1 Validation des critères d'inclusion et informations générales.....	24
5.2.2 Les composantes du syndrome post-chute.....	25
5.2.3 L'aménagement du domicile et la prise de confiance.....	28
5.2.4 La mise en situation et la prise de confiance.....	33
5.2.5 L'application de la participation sociale.....	35
6. Discussion.....	37
7. Vérification des hypothèses.....	40
8. Biais et limites de ma recherche.....	40
9. Impact de ma recherche sur la profession.....	42
10. Perspectives envisagées.....	42
11. Conclusion.....	43
12. Liste des références	
13. ANNEXES	

Introduction

Actuellement, la proportion de personnes âgées augmente et continuera d'accroître dans les années à venir. Ainsi, une accélération de la demande de soins est constatée pour cette partie de la population. Cette augmentation est probablement liée au risque de chute (Borris, C. et al, 2011).

En effet, deux millions de personnes âgées chutent en moyenne par an en France. La plupart de ces accidents surviennent chez des sujets âgés non sédentaires et actifs (Auvinet, B. et al, 2002).

Ainsi, les chutes chez les personnes âgées sont des incidents qui surviennent fréquemment. Elles peuvent être la conséquence de traumatisme physique et psychologique comme développés dans de nombreux articles scientifiques. Certains articles évoquent de façon indirecte les conséquences des chutes dans la vie sociale des personnes âgées : diminution des activités extérieures induisant un appauvrissement des contacts, diminution dans la réalisation des activités quotidiennes et une augmentation d'accompagnement provenant des aidants (Pin, S., & Spini, D., 2016).

Il existe de nombreux articles scientifiques qui développent « l'après chute » d'une personne âgée notamment en terme de prévention et de syndrome post-chute. Cependant, très peu font référence à la notion de participation sociale de la personne âgée suite à une chute. En effet, le terme participation sociale a été utilisé au début du 20ème siècle par le sociologue Boodin et est apparu récemment dans les différents modèles conceptuels (Larivière, N., 2008).

L'objectif de cette étude est donc de s'interroger sur le rôle de l'ergothérapeute auprès de personnes âgées ayant chuté, et ce principalement en terme de participation sociale. En effet, les ergothérapeutes sont des professionnels qui peuvent juger le niveau de sécurité dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (Borris, C. et al, 2011).

Dans un premier temps, le cadre contextuel sera exposé. Ainsi une description d'une situation ayant été source de réflexions personnelles sera étudiée afin de mettre en évidence la question de départ. Dans un second temps, les concepts clés de ce travail de recherches seront abordés. Le premier concept sera une description générale d'une personne âgée en s'appuyant sur le concept du vieillissement ainsi que sur la chute et le syndrome post-chute. Puis la participation sociale sera abordée au travers d'un modèle conceptuel et des possibilités

d'accompagnement en ergothérapie. Après avoir abordé l'ensemble de ces concepts clés, j'exposerai le cadre expérimental : une explication des choix méthodologiques sera développée ainsi qu'une présentation et une analyse des résultats.

1. Cadre contextuel

En début de deuxième année, j'ai réalisé un stage dans un centre hospitalier. L'orientation de cette structure était gériatrique. Cet établissement public de santé offrait un large panel de services à destination des personnes âgées dont une unité de Soins de Suite et Rééducation (SSR). La durée moyenne du séjour des patients dans ce service était de deux mois. Ils étaient souvent hospitalisés à la suite d'une chute à domicile. Je me souviens avoir discuté avec une personne âgée qui m'avait confiée son inquiétude quant à son retour au domicile. Elle m'avait fait part de sa peur de retomber et s'inquiétait de savoir comment refaire ses activités habituelles sans appréhender la chute.

Pendant ce stage, la notion de chute m'a énormément interpellée car elle était présente au quotidien. J'avais par ailleurs réalisé une de mes Analyses Réflexives sur ma Pratique Professionnelle (ARPP) en lien avec cette notion. Mes recherches m'avaient permise de comprendre, notamment grâce à des études chiffrées, que les chutes étaient des accidents qui arrivaient fréquemment, qui risquaient d'entraîner des conséquences physiques et psychologiques notamment par l'apparition d'un syndrome post-chute, et qui pouvaient être mortelles .

Durant mon stage, une majeure partie de notre travail était centrée autour de la prévention de ce risque. Pour y répondre, les ergothérapeutes de l'établissement vérifiaient que les chaussons étaient adaptés à la marche et pouvaient proposer des parcours de marche. Ainsi, dans la structure, notre travail consistait avant tout à prévenir les risques de chute.

Je me suis souvenue de l'appréhension de la personne âgée qui s'inquiétait de son retour à domicile et me suis interrogée : comment son retour s'était-il passé ? Avait-elle rencontré des difficultés ? Avait-elle restreint ses occupations ? Continuait-elle à faire des sorties extérieures ?

Toutes ces interrogations m'ont amenée à m'intéresser plus particulièrement à la participation sociale des personnes âgées ayant chuté et vivant au domicile.

Ainsi, ma question de départ est apparue : **en quoi l'ergothérapeute peut accompagner les personnes âgées à maintenir leur participation sociale après une chute ?**

2. Cadre conceptuel

2.1 Personnes âgées et chutes

2.1.1 Vieillesse et fragilité, deux processus liés

D'un point de vue général, le vieillissement peut être associé à des changements de vie. En effet, un départ en retraite, un déménagement dans un autre domicile ou dans une structure plus adaptée ou bien la perte de proches font parties des changements de vie. D'un point de vue anatomique, « *le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps.* ». Les dommages moléculaires et cellulaires sont une source de « *dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès* ». Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ces modifications ne sont pas identiques d'une personne âgée à l'autre. En effet, deux personnes âgées ayant le même âge auront des capacités différentes (OMS, 2018).

Le vieillissement et la fragilité sont deux processus liés car tous deux sont caractérisés par une diminution des réserves fonctionnelles. En effet, la fragilité est définie selon « *un processus continu de vulnérabilité croissante qui prédispose un individu au déclin fonctionnel et conduit finalement à la mort* ». Elle est le résultat d'« *interaction entre les capacités d'un individu et ses déficits* ». La fragilisation est un processus composé de trois stades : préfragilité, fragilité, complication. Les chutes apparaissent au troisième stade appelé « complication ». Globalement, « *le processus de fragilisation conduit à la perte d'un ou de plusieurs domaines de fonctionnement physique, psychique et/ou social et ce par l'épuisement des réserves physiologiques nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme* ». La fragilité regroupe plusieurs signes et symptômes qui peuvent se combiner comme « *l'isolement social, une détérioration modérée des capacités cognitives et/ou une vulnérabilité au stress* ». Il faut identifier et cibler le plus rapidement possible la fragilité (Lang, P.O., Trivalle C., Dramé, M., 2012).

En effet, selon Camille Benzine-Cauvy, la fragilité est un processus réversible. Cela signifie qu'« *une prise en charge précoce et adaptée, proposée lorsque la personne est à l'état de fragilité, favorise le maintien de la situation, voire la réversibilité de cet état fragile* ». Les ergothérapeutes sont donc des professionnels

aptes à intervenir auprès de personnes âgées fragiles, notamment par le biais de la prévention (Benzine-Cauvy, C., 2020).

L'étude intitulée *«Impact of falling on social participation and social support trajectories in a middle-aged and elderly European sample »*¹ a mis en évidence que la participation sociale est diminuée chez les personnes âgées fragiles contrairement aux personnes âgées ne présentant pas de signes de fragilité. En outre, les sujets fragiles présentent une baisse de participation sociale qui diffère selon le niveau de fragilité (Pin, S., & Spini, D., 2016).

Ainsi, le vieillissement et la fragilité peuvent engendrer des problèmes de santé (OMS, 2018).

2.1.2 Les problèmes de santé liés au vieillissement

Au fil des années, les individus ont plus de risque d'être confronté à différents soucis de santé. *« Le déficit auditif, la cataracte et les défauts de réfraction, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète, la dépression et la démence sont des problèmes de santé courants chez les personnes âgées »* (OMS, 2018).

Les problèmes rencontrés au grand âge sont également *« les déficits musculosquelettiques et sensoriels, les maladies cardiovasculaires et les facteurs de risque tels que l'hypertension et le diabète ; les maladies mentales, la démence et les déficits cognitifs; le cancer, la santé bucco-dentaire et les syndromes gériatriques tels que la fragilité, l'incontinence urinaire, le délire et les chutes »* (OMS, 2016).

Des syndromes gériatriques peuvent donc se développer au cours du vieillissement. Ils correspondent aux *« conditions de santé multifactorielles qui se produisent lorsque les effets cumulés des déficiences de plusieurs systèmes rendent une personne (âgée) vulnérable aux changements de situation »*. Il existe cinq principaux syndromes gériatriques : le déclin fonctionnel qui se caractérise par l'incapacité à réaliser les activités de la vie quotidienne, les délires, les escarres,

¹ Impact de la chute sur la participation sociale et les trajectoires de soutien social dans un échantillon européen d'âge moyen et de personnes âgées.

l'incontinence urinaire mais aussi les chutes (Dinesh, G., Gursimran, K., Akriti, G, 2016).

C'est donc à ce dernier syndrome gériatrique, la chute, que je me suis intéressée. En effet, les chutes sont des incidents qui surviennent fréquemment. Selon Santé Publique France, les personnes âgées chutent approximativement 3 fois au cours d'une année. Plus de 9 300 personnes âgées décèdent après être tombées et 76 000 sont hospitalisées à la suite d'une fracture du col du fémur (Santé publique France, 2019).

2.1.3 La marche

Il semble important de définir la marche puisque l'étude chiffrée de Cécile Ricard et Bertrand Thélo a mis en évidence que les chutes se produisaient régulièrement lors de cette activité. En effet, sur 100 personnes âgées qui ont chuté, 69 étaient en train de marcher, 11 réalisaient une activité vitale, 8 faisaient une activité domestique et 5 jouaient ou faisaient des loisirs (Ricard C., & Thélot, B., 2007).

Ainsi, Aurélien Ribadier, Sophie Sainjeon-Cailliet définissent la marche comme « *l'activité alternée des membres inférieurs, comme une succession de déséquilibres contrôlés permettant de se déplacer, c'est aussi un moyen d'être interactif avec l'environnement, d'être en communication avec l'entourage* ». Par ailleurs, la marche est le résultat de stimulations corporelles et cognitives qui permettent d'accomplir une action, un objectif. Plus un sujet est âgé, plus le risque de chute est important car l'intégration est plus lente, la mémoire motrice est défaillante ce qui conduit à une augmentation « *du temps de latence des réponses posturales* » (Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S., 2011).

Le vieillissement conduit à des changements au niveau de la marche. L'équilibre et la posture sont contrôlés par plusieurs facteurs dont la vue, l'audition, la sensibilité et les muscles. Or, en vieillissant, ces facteurs sont affectés ce qui peut troubler le schéma de marche. En effet, la vitesse de marche, la hauteur et la longueur du pas se réduisent, et l'écart entre les pieds ainsi que la durée du double appui sont plus longs. Globalement, « *l'équilibre devient précaire, le pas est modifié*

et le risque de chute augmente » (Strauss, Y., & Mourey, F., 2011).

2.1.4 La chute

Le Dictionnaire « Larousse » définit la chute comme : « *Action de tomber, de perdre l'équilibre, d'être entraîné vers le sol* » (Larousse).

La Haute Autorité Sanitaire (HAS) complète la définition ci-dessus comme le « *fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ* ». Par ailleurs, l'HAS définit le caractère répétitif d'une chute lorsque la personne âgée réalise au minimum deux chutes durant une année (HAS, avril 2009).

Aurélien Ribadier et Sophie Sainjeon-Cailliet qualifient la chute comme une action violente, rapide et non maîtrisée (Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S., 2011).

En effet, chaque chuteur possède sa propre expérience de la chute. Ainsi, l'événement est associé à une expérience individuelle et subjective (Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T., & Delefosse, M. S., 2007).

2.1.5 Une expérience subjective

« *Le fait de tomber n'est pas assimilable à un événement sur lequel il est possible de porter un regard objectif : la chute est accompagnée d'une multitude d'interprétations, d'émotions, de représentations symboliques, qui lui donnent un sens très personnel et subjectif* ». En effet, la chute peut être décrite par plusieurs adjectifs afin de qualifier l'impact émotionnel vécu. Certaines personnes âgées vont décrire la chute comme soudaine, une perte de contrôle, un sentiment d'impuissance, une angoisse, une hébétude, une honte, une prise de conscience brutale ou encore une peur que personne ne vienne en aide. Les personnes âgées utilisent donc un grand nombre d'adjectifs pour qualifier cet événement. De ces ressentis personnels, un manque de motivation, une diminution d'activités, une perte d'autonomie sont des conséquences possibles de ce choc émotionnel. Les personnes âgées ne se perçoivent plus de la même manière ce qui peut conduire au développement de nombreuses conséquences (Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T., & Delefosse, M. S., 2007).

2.1.6 Les conséquences d'une chute

La chute peut être le déclenchement de la prise de conscience du vieillissement, que la fragilité est bien présente et que la mort n'est plus très loin (Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S., 2011).

Selon une étude qualitative qui cherche à « définir " la peur de tomber " chez les personnes âgées à domicile », les chutes peuvent conduire à des conséquences primaires immédiates telles que l'apparition de blessures ou de fractures, ou bien à des conséquences secondaires à long terme comme une baisse de l'activité physique ou la peur de tomber. L'ensemble des conséquences citées ci-dessus ne touchent pas de la même manière et dans la même intensité chaque personne âgée (Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T., & Delefosse, M. S., 2007).

Je me suis plus particulièrement intéressée aux conséquences secondaires, et notamment à l'installation du sentiment de peur car « *La peur de chuter est une urgence gériatrique* » (Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S., 2011).

2.1.7 Installation du sentiment de peur

La peur correspond à un « *Sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace* » mais aussi à une « *Appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation* ». La peur est donc définie à travers les adjectifs crainte, appréhension et angoisse (Larousse).

« *Cette peur s'exprime à des degrés différents d'intensité d'une personne à l'autre et ne s'installe pas toujours immédiatement après l'événement de la chute* ». La peur de tomber « *apparaît peu à peu dans la vie de la personne âgée avec le développement d'une vigilance particulière face aux dangers de l'environnement, puis, progressivement, avec l'évitement de certaines activités* ». Une diminution d'activité physique peut être remarquée induisant « *un appauvrissement des contacts sociaux, à une perte de confiance en soi, à des pensées négatives et à un sentiment subjectif de diminution de la qualité de vie* ». La peur amènerait donc à une diminution de la confiance en soi (Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T., & Delefosse, M. S., 2007).

La confiance en soi est un concept subjectif qui évolue sans cesse (Kate Burton et Brinley N. Platts, 2011). La confiance en soi correspond au fait que l'individu prenne des décisions ayant par la suite un impact sur lui-même. En outre, « *on part de soi et on revient à soi* ». Cela signifie que le choix que l'individu va effectuer aura des répercussions sur lui-même (Fanget, F., 2003).

De façon générale, la peur de tomber peut être corrélée au développement d'un syndrome post-chute (Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T., & Delefosse, M. S., 2007).

2.1.8 Syndrome post-chute

Lorsque les personnes âgées chutent, un syndrome post-chute peut se développer. Il existe deux formes de syndrome post-chute : chronique et aiguë. La forme chronique de ce syndrome est composée d'éléments qui prédisposent son apparition tels que les troubles cardiovasculaires qui auraient des conséquences sur le débit de sang apporté au cerveau. La forme aiguë correspond à une apparition brutale du syndrome dont fait partie la chute. En effet, après être tombé, en quelques heures ou quelques jours des signes du syndrome peuvent se développer : sur 100 personnes âgées, 32 avaient développé une forme aiguë du syndrome. La forme aiguë est « *une urgence en pratique médicale et en rééducation* » (Mourey, F., Camus, A., Tavernier, B., & Pfitzenmeyer, P., 2001)

Le syndrome post-chute comporte deux dimensions. La première dimension est motrice et correspond aux troubles de la posture et de la marche. La seconde est la dimension psychologique qui est liée à l'anxiété importante que peut avoir l'individu lorsqu'il est debout (Bloch, F., 2015).

A. Dimension motrice

Des signes neurologiques, des troubles de la posture, une altération de la marche, des anomalies psycho-comportementales caractérisent le syndrome post-chute (Warzee, E., & Petermans, J., 2007).

Plusieurs éléments peuvent être observés au niveau moteur. Tout d'abord, la personne âgée a tendance à être en rétropulsion : le corps est en constant déséquilibre vers l'arrière. Pour compenser ce déséquilibre, les personnes

âgées mettent leur tronc en avant et plient les genoux.

Ensuite, lorsque les personnes âgées s'assoient, le tronc reste vertical. L'action est donc réalisée de façon brutale. Une fois assises, elles ne mettent pas leur bassin au fond du siège et posent les épaules sur le dossier : ce positionnement est source de glissement. Et, lorsque les personnes âgées doivent se lever d'une chaise, le « *centre de masse* » ne se projette pas. Elles éprouvent alors des difficultés pour se lever.

Enfin, lorsque les personnes âgées marchent, leur tronc et le centre de masse sont projetés en arrière et les genoux sont en flexum. Elles réalisent des petits pas, il n'y a pas de déroulement du pied, le double appui est plus long. De plus, lorsque les personnes âgées effectuent des demi-tours ou sont face à un obstacle, les difficultés deviennent majorées. Il n'existe plus de réflexe pour répondre à un déséquilibre et le risque de chute est donc important. Malgré une hypertonicité durant une activité, celle-ci s'amointrit lorsque la personne âgée est mise en confiance (Mourey, F., Camus, A., Tavernier, B., & Pfitzenmeyer, P., 2001).

Beaucoup d'articles s'intéressent aux conséquences traumatiques c'est-à-dire motrices de la chute. Néanmoins, il ne faut pas négliger les répercussions psychologiques (Bloch, F., 2015).

B. Dimension psychologique

Quand une personne âgée tombe au sol, il est possible qu'elle ne réussisse pas à se relever et peut rester plusieurs heures au sol. Le fait de rester allongé peut conduire la personne âgée à « *développer des répercussions psychologiques* ». La peur de tomber impacte l'autonomie, augmente le risque d'entrer dans une institution et peut aussi impacter la qualité de vie. Tout développement de conséquences psychologiques tel qu'une diminution de la confiance en soi tend à développer l'installation du syndrome post-chute.

Globalement, après qu'une personne âgée soit tombée, diverses conséquences vont en résulter comme les conséquences « *médicales, psychologiques et sociales* » (Bloch, F., 2015).

Je me suis principalement intéressée aux conséquences sociales qui peuvent apparaître à la suite d'une chute.

2.1.9 Les conséquences sociales

Les conséquences sociales englobent « *les changements dans les activités sociales ou le besoin du soutien des proches, consécutivement à une chute* ». En effet, il est possible qu'à la suite d'une chute, des personnes âgées cessent des activités qu'elles effectuaient, qu'elles aient un besoin plus important de la présence familiale ou encore qu'elles soient placées dans une structure adaptée. Ainsi, la vie sociale peut être impactée de différentes façons. Il est tout de même possible que des personnes âgées mettent en place des stratégies pour maintenir leur vie sociale en modifiant ou en réduisant les visites extérieures (Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T., & Delefosse, M. S., 2007).

Par ailleurs, lorsque les personnes âgées ont chuté, il est possible qu'elles reçoivent plus de soutien et diminuent leur participation au sein d'activités sociales (Pin, S., & Spini, D., 2016).

2.2 Participation sociale

2.2.1 Définition de la participation sociale

Aleksej Bukov, Ineke Mass et Thomas Lampert définissent la participation sociale comme « *le partage social des ressources individuelles* » (Bukov, A. , Maas, I., & Lampert, T. , 2002).

Dans l'article intitulé « *Social Participation of Older Adults : A Concept Analysis* »², Manijeh Dehi et Farahnaz Mohammadi définissent quant à eux la participation sociale comme étant « *Social participation is defined as a person's involvement in activities that provide interaction with others in the society or the community and expresses interpersonal interactions outside the home*³ » (Dehi Aroogh, M., & Mohammadi Shahboulaghi, F., 2020).

Utz, Carr et Nesse et Wortman proposent également une définition de la participation sociale. Selon eux, la participation sociale englobe l'ensemble des échanges que possède une personne en dehors de son conjoint. Elle permet à

2 La participation sociale des personnes âgées : une analyse conceptuelle

3 « *la participation d'une personne à des activités qui permettent d'interagir avec les autres membres de la société ou de la communauté et exprime les interactions interpersonnelles à l'extérieur de la maison* »

l'individu de posséder « *des rôles sociaux formels (p. ex., participation aux réunions, participation religieuse et obligations bénévoles) et informels (p. ex., contacts téléphoniques et interactions sociales avec des amis)* »(Larivière, N., 2008).

À travers mes différentes lectures, je me suis aperçue qu'il y avait plusieurs approches pour définir la participation sociale car ce concept est récent. De même, il est fréquent que la participation sociale soit définie avec des concepts similaires comme l'intégration sociale ou le réseau social (Dehi Aroogh M., & Mohammadi Shahboulaghi F. 2020). Afin de poursuivre ce travail de recherches, il est essentiel de s'appuyer sur une définition unique de la participation sociale. Mon choix s'est donc porté sur la définition de la participation sociale présente dans un modèle conceptuel : le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH).

2.2.2 Utilisation d'un modèle conceptuel

L'ergothérapeute, quand il prend en compte le risque de chute durant un accompagnement, doit prendre en compte l'ensemble des facteurs propres à la personne (biologiques, comportementaux, socio-économiques et environnementaux). Une évaluation globale de la personne est donc privilégiée. Ainsi, les ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur des modèles théoriques (Borris, C. et al, 2011).

L'un des intérêts des modèles conceptuels est de permettre aux professionnels de comprendre et prendre en compte la participation sociale durant la prise en charge (Poriel, G., 2016).

2.2.3 Le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap

A. Présentation du modèle

Le MDH-PPH est un modèle interprofessionnel qui a été élaboré en 2010 à partir du modèle du Processus de Production du Handicap créé en 1998.

Le MDH-PPH comprend plusieurs parties.

En effet, le modèle est composé de facteurs personnels et environnementaux qui agissent sur les habitudes de vie.

Les facteurs personnels constituent les caractéristiques d'une personne alors que les facteurs environnementaux ont « une dimension sociale (comme le système éducatif) ou physique (comme l'aménagement du territoire) qui détermine l'organisation et le contexte d'une société ».

Les habitudes de vie correspondent aux « activités courantes (comme les soins personnels) ou un rôle social (comme la vie communautaire) valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques ». Elles s'évaluent avec une échelle allant de la participation sociale totale à la situation de handicap. Ainsi, le MDH-PPH définit la participation sociale comme étant l'accomplissement des habitudes de vie qui sont le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

La notion de « situation de handicap » est importante car cette approche signifie que les facteurs environnementaux et les facteurs personnels peuvent interagir ensemble pour influencer la participation sociale (Cf. illustration 1). Ainsi, la situation de handicap « correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) ». Par conséquent, une situation de handicap peut évoluer et peut disparaître avec l'aide de professionnels (Morel-Bracq, M. C., 2017).

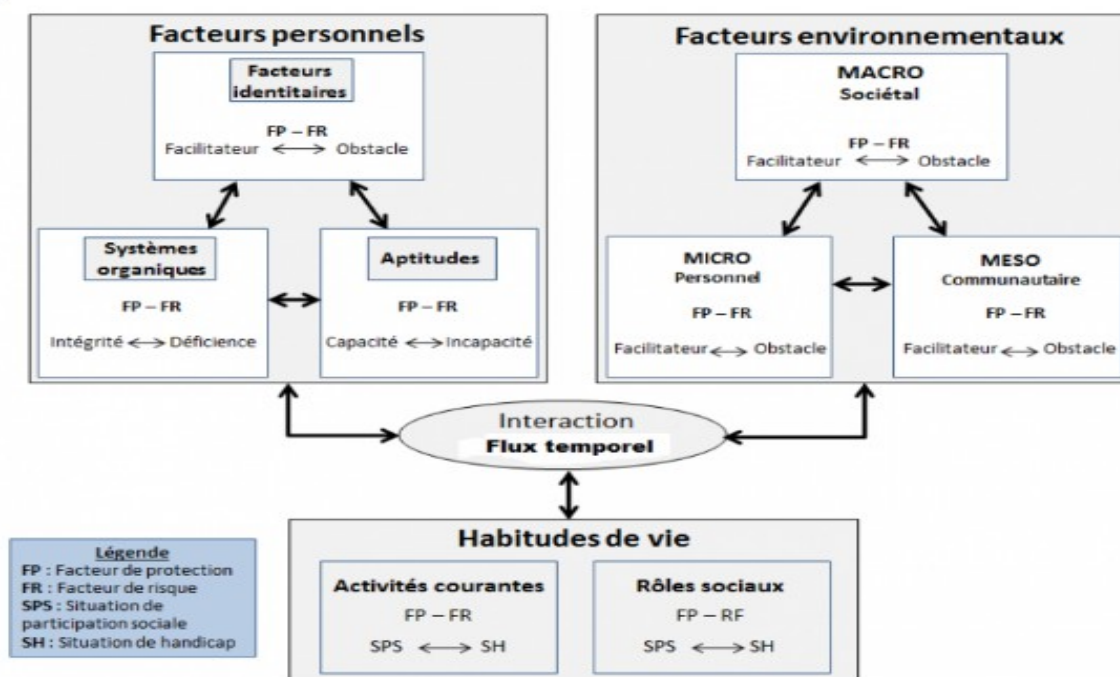


Illustration 1: Modèle de Développement Humain - Processus du Production du Handicap D'après le Réseau international

Comme Marie Chantal Morel-Bracq l'a évoqué, les habitudes de vie sont composées d'activités courantes et de rôles sociaux. Les activités courantes englobent différents éléments tels que la communication, les déplacements, la nutrition, les conditions physiques et le bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation. Les rôles sociaux représentent quant à eux les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie associative et spirituelle, l'éducation, le travail et les loisirs (Réseau international sur le Processus de Production du Handicap).

« Par ailleurs, la qualité de la participation sociale se mesure en rapport à la valeur que les individus attribuent aux différentes habitudes de vie ». Il est donc préférable d'intervenir sur des habitudes de vie ayant un sens pour la personne afin d'avoir un impact significatif sur le développement de la participation sociale. Ce sont donc ces habitudes de vie sur lesquelles il faut s'axer en priorité (Jeuland, C., 2018).

Poriel Géraldine, ergothérapeute, ajoute que la participation sociale interagit constamment avec les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Les facteurs personnels correspondent aux facteurs intrinsèques c'est-à-dire au système organique, aux aptitudes, mais aussi aux facteurs identitaires. Les facteurs environnementaux quant à eux correspondent aux facteurs extrinsèques composés de 3 niveaux : le niveau sociétal (MACRO), le niveau communautaire (MESO) et le niveau personnel (MICRO). Ainsi, les facteurs personnels et environnementaux déterminent *« le résultat situationnel de la performance de la réalisation des habitudes de vie »*. L'environnement est donc l'un des facteurs pouvant constituer un handicap (Poriel, G., 2016).

B. Les facteurs environnementaux

Dans le MDH-PPH, les facteurs environnementaux sont constitués de deux dimensions : sociale et physique. Ces deux dimensions *« déterminent l'organisation et le contexte d'une société »*.

Les facteurs sociaux correspondent aux facteurs politico-économiques et aux facteurs socioculturels. Les facteurs physiques correspondent quant à eux à la nature (le climat, le bruit ou encore la luminosité) et à l'aménagement de l'environnement (architecture, aménagement du territoire, technologies).

Afin d'évaluer les facteurs environnementaux, il existe une échelle allant de facilitateur à obstacle. Un facilitateur est défini comme étant « *un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels* ». A contrario, un obstacle est défini comme « *un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels* ».

Il est essentiel de prendre en compte le milieu de vie de l'individu afin de favoriser sa participation sociale (Réseau international sur le Processus de Production du Handicap).

En effet, au travers la lecture des différents articles scientifiques, j'ai relevé que plusieurs facteurs de risque de chute existaient notamment celui de l'environnement. Selon Stéphanie Pin Le Corre, Hélène Boudessol et Philippe Gilbert, le risque de chute résulte souvent de l'addition de plusieurs risques dont « *l'état de santé de la personne âgée* » auquel « *s'ajoutent des facteurs de risque comportementaux (médication, prise de risque, alimentation par exemple) et environnementaux (caractéristiques des lieux, obstacles par exemple)* » (Pin Le Corre, S., Bourdessol, H., & Guilbert, P., 2007).

2.2.5 Contexte de la chute

Selon un article de la revue épidémiologique de santé publique (volume 56), la répartition des lieux de chute a lieu principalement au domicile de la personne âgée (78 %) puis en ville (16 %) et enfin dans les maisons de retraite (11 %). La plupart du temps, un facteur extérieur est à l'origine de la chute. C'est principalement le revêtement du sol qui en est la cause (Ricard, C., & Thélot, B., 2007).

Néanmoins, l'HAS apporte des différences aux résultats précédent. En effet, les pourcentages indiqués dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de 2009 sont plus importants à l'extérieur du domicile. Les données statistiques mettent en évidence que la chute se déroule principalement en dehors de la maison dans 60 % des cas. La chute a lieu « *soit dans leur jardin, la rue ou les magasins* ». Pour 40 % des chutes, elles se déroulent dans le logement et le plus souvent « *dans les pièces de vie telles que la cuisine, la chambre ou la salle à manger* ». Les chutes au domicile restent toutefois des accidents qui surviennent

fréquemment car le domicile peut contenir des éléments favorisant le risque de chute. « *La présence d'obstacles au niveau des lieux de passage, des sols glissants ou une luminosité inadéquate* » sont considérés par les personnes âgées comme les causes de la chute (HAS, 2009).

À cela, l'HAS ajoute que la première étape après une chute consiste à réaliser une « *évaluation du chuteur et de son environnement* ». La prévention de chute au domicile peut être réalisée par une utilisation d'aide technique à la marche mais aussi une « *modification de l'environnement* ». Aussi, l'aménagement du domicile permet de réduire le risque de chute des personnes âgées ayant un risque de chute important et une mobilité faible (HAS, 2009).

Les ergothérapeutes sont des professionnels qui prennent en compte l'environnement des personnes afin de diminuer et limiter les situations de handicap. En effet, selon la définition de l'ANFE, l'ergothérapie est une profession qui « *prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* » (ANFE, 2019).

2.3 Accompagnement en ergothérapie

2.3.1 Définition de l'ergothérapie

L'association mondiale des ergothérapeutes appelée « World federation of occupational therapist » (WFOT) définit l'ergothérapie comme une profession qui intervient afin d'aider les personnes à participer aux activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute peut agir sur l'environnement pour favoriser l'engagement dans les occupations (WFOT, 2012).

Une des valeurs et objectifs de la profession est d'améliorer la participation des personnes qu'elle accompagne. En effet, il s'avère que la participation est un vecteur positif au bien-être (Jeuland, C., 2018).

Ainsi, les ergothérapeutes sont des professionnels de santé capables de favoriser la participation sociale des patients qu'ils accompagnent (Poriel, G., 2016).

2.3.2 L'ergothérapeute en gériatrie

Après une hospitalisation, il n'est pas toujours possible pour les aînés de reprendre immédiatement les activités antérieures car leur autonomie peut être entravée. Pour répondre à cette perte, les personnes âgées peuvent réaliser un séjour dans les SSR afin de retrouver la totalité ou une partie de leur indépendance. Une équipe pluridisciplinaire accompagne le patient dans ses projets de vie dont l'ergothérapeute. Ce professionnel « *accompagne les patients afin de préserver et de développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement quotidien et social* ». Par ailleurs, l'ergothérapeute peut agir sur la qualité de vie de la personne âgée en intervenant au sein du domicile (Luce, V., 2020).

En effet, les ergothérapeutes ont une place importante dans la « *prévention et le traitement du risque de chute* ». Ces professionnels de santé ont des « *compétences pour mener des actions de prévention, de conseils et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé* ». Globalement, « *l'approche rééducative et réadaptatrice de l'ergothérapeute permet de favoriser la participation et l'engagement du sujet âgé dans les activités journalières tout en diminuant son risque de chute. En favorisant la mobilité, il diminue son isolement et améliore sa vie sociale* » (Villaumé, A., 2018).

2.3.3 Interventions au sein du domicile de la personne âgée

« *L'Équipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation* » installée au pays de Loire, a des missions qui consistent à soutenir le travail réalisé en SSR. Ainsi, l'objectif va être de lutter contre la diminution de l'autonomie au retour à domicile. Le rôle de l'ergothérapeute au sein de cette équipe est l'« *aménagement du cadre de vie* ». Agir sur l'environnement va permettre de maintenir l'autonomie, rendre le lieu de vie plus sécurisé mais aussi prévenir les risques de chute. Ainsi, l'ergothérapeute est apte à proposer des travaux à réaliser dans le logement, mettre en situation la personne mais aussi réaliser des séances d'essai d'aide technique. L'ergothérapeute a donc des objectifs préventifs et réadaptatifs (Boucher, É., Frotier, A. & Udamad, 2017).

Une autre équipe intervient à Lille au sein du domicile des personnes. L'« *Équipe Spécialisée de Prévention Réadaptation A Domicile* » est composée d'infirmières, de psychologues et d'ergothérapeutes. Elle intervient dans la continuité

des prestations effectuées dans les Services de Soins Infirmiers A Domicile. Lorsque l'ergothérapeute intervient au domicile d'un patient, cela va lui permettre d'être au sein de l'environnement et des occupations habituels de la personne pour mieux évaluer sa participation sociale. L'ergothérapeute peut mettre en place « *un programme de rééducation, de réadaptation, de réassurance et de réentraînement en situation réelle de vie* » au sein du domicile. L'ergothérapeute peut être amené à réaliser une visite du domicile afin d'apporter des conseils et des préconisations concernant l'agencement des pièces afin d'éliminer l'ensemble des obstacles environnementaux. Il peut également mettre en situation le patient afin que celui-ci soit confronté à ses difficultés pour pallier, avec le patient, aux difficultés rencontrées grâce à un réentraînement ou par la préconisation de moyens de compensation (Saragoni, A., Bizalion, M., Robert, C., Devergnies, B. & Goncalves, C., 2018).

Ces compétences que possèdent les ergothérapeutes permettent de préserver l'autonomie et l'indépendance induite par l'environnement. Ainsi, en réalisant des visites à domicile et en préconisant des conseils cela permettra « *d'améliorer l'orientation du sujet, sa prise d'initiative et bien évidemment sa sécurité* » (Villaumé, A., 2018).

Au regard des articles scientifiques, les ergothérapeutes peuvent intervenir au domicile des personnes âgées afin d'aménager le lieu de vie et réaliser des mises en situation.

A. Aménagement du domicile

L'aménagement du domicile peut favoriser les déplacements. Dans le MDH-PPH, les déplacements font partis des habitudes de vie et plus précisément des activités courantes. Ainsi, quand une personne est confrontée à une situation de handicap concernant les déplacements dans le logement, plusieurs travaux peuvent être envisagés : « *aménagement des circulations horizontales ou des circulations verticales, réalisation d'extensions ou aménagement de l'accès au balcon / terrasse / garage* ». Par ailleurs, aménager l'environnement pour faciliter les déplacements peut également agir sur d'autres sphères telles que les relations interpersonnelles, l'habitation, ou encore les soins personnels qui sont, tout comme les déplacements, des éléments susceptibles d'améliorer la participation sociale dans le modèle MDH-

PPH (Jeuland, C., 2018).

B. Mise en situation

« *L'ergothérapeute est un rééducateur qui va mettre en évidence les capacités et les incapacités par des mises en situation de la personne et va l'accompagner en fonction de ses objectifs* ». La mise en situation permet de réaliser une évaluation globale du patient. Néanmoins, la mise en situation est différente lorsqu'elle est réalisée dans la structure car les moyens matériels et humains ne sont pas identiques à ceux retrouvés au domicile : « *les mises en situation à l'hôpital ne remplacent pas le domicile du patient* » (Luce, V., 2020).

« *La mise en situation du patient dans son milieu écologique est fondamentale* ». En effet, la mise en situation permet d'être au plus près des habitudes de vie du patient afin de mettre en avant « *les éléments facilitateurs et les obstacles, ainsi que l'autonomie et l'indépendance* ». Le patient, en s'entraînant et en répétant des tâches dans un environnement réel peut agir sur ses habiletés, réaliser un transfert des acquis mais aussi être plus efficace pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute peut identifier les facteurs de risque de chute grâce à des mises en situation. Ainsi, le patient âgé va développer des adaptations posturales et de sécurité dans les activités de la vie quotidienne. Les mises en situation permettent également d'aborder les besoins en aides humaines et matérielles (Villaumé, A., 2018).

Lors de mises en situation, l'ergothérapeute s'appuie sur des évaluations dites « maison ». Ces évaluations sont d'une grande richesse mais ne s'appuient pas sur des critères standardisés. L'observation est donc privilégiée. Les mises en situation permettent d'observer la performance d'un individu durant l'activité. Globalement, l'objectif de celles-ci est « *non pas de diagnostiquer, mais plutôt de prédire comment le fonctionnement quotidien dans les AVQ⁴ subit des perturbations liées aux conséquences des troubles* ». Souvent, les mises en situation sont réalisées avant le retour à domicile afin de mesurer les risques et améliorer les performances du patient en mettant des moyens en place. Une étude a montré que les mises en situation qui n'étaient pas habituelles et réalisées dans un environnement non

4 Activité de la Vie Quotidienne

familier étaient susceptibles de générer des difficultés dans leur réalisation (Sorita, É., 2016).

3. Question de recherche

Au regard de la littérature qui a montré que la chute, et plus particulièrement le développement du syndrome post-chute, pouvait avoir un impact négatif sur la participation sociale des personnes âgées et afin de poursuivre cette recherche sur le terrain, la question de recherche de ce travail méthodologique est la suivante : **en quoi l'ergothérapeute peut aider la personne âgée présentant un syndrome post-chute à maintenir sa participation sociale au domicile ?**

4. Hypothèses de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, je formule deux hypothèses que je vais expérimenter par la suite :

→ **Hypothèse 1** : L'ergothérapeute en aménageant le domicile permet à la personne âgée présentant un syndrome post-chute de réaliser ses habitudes de vie ce qui lui redonne confiance.

→ **Hypothèse 2** : L'ergothérapeute réalise des mises en situation suite à l'aménagement du domicile pour améliorer la participation sociale de la personne âgée présentant un syndrome post-chute.

Afin de répondre aux hypothèses formulées, une approche hypothético-déductive sera employée. Ainsi, l'outil de recherche utilisé devra permettre de valider ou invalider les hypothèses.

5. Cadre expérimental

5.1 Dispositif méthodologique et expérimental

5.1.1 Enquête exploratoire

Afin de m'assurer de la viabilité de ma question de recherche et des hypothèses formulées, j'ai réalisé un entretien exploratoire qui s'est déroulé le 20 janvier 2021. L'entretien a duré trente minutes et comportait 12 questions. L'entretien exploratoire a été une source enrichissante. En effet, j'ai interviewé un

ergothérapeute travaillant dans un EHPAD où il y a un service de SSR. Dans ce service, les personnes âgées de plus de 65 ans sont hospitalisées quelques mois avant de rentrer chez eux. L'ensemble des réponses apportées par l'ergothérapeute a permis de recentrer le sujet et plus précisément le cadre conceptuel afin de proposer un sujet pertinent. Cet échange a également permis de formuler les hypothèses de recherche.

5.1.2 Choix de la méthode et de l'outil expérimental

Pour répondre à la question de recherche, il est nécessaire de s'appuyer sur un outil. J'ai souhaité utiliser une méthode qualitative. En effet, l'enquête qualitative s'intéresse à la définition que les individus ont de la réalité. L'entretien est un outil qualitatif qui permet de recueillir les ressentis et les impressions des interviewés. « *L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations* ». Utiliser l'entretien comme outil de recherche permet « *d'explorer des expériences humaines, de découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire* » (Tétreault, S., & Guillez, P., 2014). J'ai choisi de mener un entretien semi-structuré pour pouvoir poser des questions prédéterminées dans un ordre flexible en fonction du discours de l'interviewé.

5.1.3 Sélection de la population cible

La population cible de ce travail de recherche est définie par des critères d'inclusion et d'exclusion. En effet, les ergothérapeutes interviewés devront répondre à 4 critères.

Tout d'abord, les ergothérapeutes interviewés doivent être diplômés d'État.

Ensuite, ils doivent avoir travaillé ou avoir déjà eu l'opportunité de travailler auprès de personnes âgées de 60 ans et plus.

De plus, les ergothérapeutes doivent avoir déjà accompagnés des personnes âgées répondant aux critères suivants : ayant développé un syndrome post-chute après être tombé (forme aiguë du syndrome), pouvant encore se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs. J'ai souhaité que les patients ne possèdent pas de troubles cognitifs durant l'accompagnement afin que ceux-ci aient conscience de la chute, des séquelles ayant pu émerger mais aussi des bénéfices des aménagements et des mises en situation proposés. Par ailleurs, l'étude intitulée « *Sortie d'un hôpital gériatrique : retour à domicile ou placement* » évoque que les personnes âgées qui

retournent au domicile après une hospitalisation à la suite d'une chute ont des résultats aux tests cognitifs corrects (Cusin, C. et al, 1991). Il me semble donc plus pertinent de m'intéresser à cette population.

Enfin, les ergothérapeutes devront avoir accompagné des personnes âgées à leur domicile.

La sélection de la population cible est en accord avec la loi « Jardé » votée le 6 mars 2012. Cette loi encadre les travaux de recherche « *impliquant la personne humaine* » (Lemaire, F., 2019).

Avant de commencer les entretiens, l'ensemble de ces critères d'inclusion devront être vérifié et validé afin de ne pas interroger des ergothérapeutes ne rentrant pas dans les critères de recherche. Ainsi, les premières questions du guide d'entretien visent à valider les critères d'inclusion.

5.1.4 Recherche de la population cible

La recherche d'ergothérapeutes répondant aux quatre critères d'inclusion s'est faite en plusieurs étapes. Dans un premier temps, j'ai posté un message sur un réseau social afin d'entrer en contact avec des ergothérapeutes pouvant participer à l'enquête. Ce premier essai n'a pas été concluant car seulement deux professionnels se sont manifestés, dont l'un qui ne répondait pas aux critères d'inclusion, et l'autre qui n'a pas donné suite. J'ai donc recherché sur internet les coordonnées d'ergothérapeutes pouvant éventuellement entrer dans les critères d'inclusion. Fin février, je me suis mise en relation par mail auprès de plusieurs structures (approximativement 80). Beaucoup de structures n'ont pas répondu, d'autres ont apporté une réponse négative ou positive. J'ai ainsi pu recruter 7 ergothérapeutes pour réaliser les entretiens.

5.1.5 Réalisation du guide d'entretien

Plusieurs caractéristiques définissent un entretien dont le fait qu'il « *repose sur son apparence spontanée et naturelle alors qu'il suit une trame prédéfinie par le guide d'entretien* ». En effet, il s'appuie sur des questions élaborées au préalable dans un guide d'entretien (Tétreault, S., & Guillez, P., 2014). Par ailleurs, j'ai souhaité poser des questions ouvertes afin de laisser une liberté de réponse aux ergothérapeutes ainsi que pour ne pas influencer et guider leurs pensées.

Les entretiens ont été téléphoniques pour plusieurs raisons : certains interviewés

habitent dans des régions éloignées et beaucoup d'ergothérapeutes avaient des contraintes horaires.

Ainsi, afin de donner un sens et une cohérence à l'ensemble des entretiens je me suis appuyée sur un guide d'entretien (Cf. ANNEXE II) que j'ai élaboré. Le guide d'entretien répertorie l'ensemble du matériel à avoir le jour de l'interview ainsi qu'une introduction. Cela permet de ne rien oublier avant de commencer l'interview, de me présenter et d'introduire le sujet. Les indications sur le formulaire de consentement sont rappelées durant l'introduction (Cf. ANNEXE I) ce dernier ayant été envoyé avant l'entretien. Cela a permis de réceptionner des formulaires de consentement pour certains, et faire un rappel pour les autres. Avant de démarrer, la validation du consentement d'enregistrement a été demandée et tous ont donné leur accord.

L'entretien est composé de 5 thématiques. La première concerne les informations générales. Ces informations ont pour but de relier les pratiques de chaque ergothérapeute et de mettre en évidence des différences et/ou des similitudes selon ces informations générales. Le but est de s'assurer que les ergothérapeutes répondent bien aux critères d'inclusions de l'enquête.

La seconde thématique permet d'évaluer les connaissances des ergothérapeutes sur le syndrome post-chute. À travers 3 questions je me renseigne sur leur connaissance du syndrome post-chute ainsi que leur implication quant à la dimension sociale.

La troisième thématique est composée de 9 questions. Des liens sont réalisés entre l'aménagement du domicile et la confiance en soi ce qui me permet de valider ou invalider la première hypothèse. À travers les 9 questions je cherche à connaître les aménagements réalisés au domicile, la définition que donnent les ergothérapeutes aux habitudes de vie ainsi que leur avis concernant la confiance en soi.

La quatrième thématique est axée sur les mises en situation suite à l'aménagement du domicile et l'influence qu'elles peuvent avoir sur la confiance en soi. La première question cherche à savoir si les ergothérapeutes pratiquent les mises en situation. En effet, il est essentiel de savoir si les ergothérapeutes font des mises en situation sur le terrain afin de mesurer leur objectivité dans leur réponse sur ce moyen.

Enfin, la dernière thématique abordée est la participation sociale qui permet de valider ou invalider la seconde hypothèse. Afin que l'interviewé et moi-même ayons la même définition du concept de participation sociale, je demande d'abord leur propre représentation puis je transmets la définition du MDH-PPH afin d'être en phase. En effet, à travers cette question je cherche à valider un langage commun

concernant un concept clé du mémoire.

Enfin, après que l'interviewé ait répondu à l'ensemble des questions, je lui propose d'ajouter un commentaire en lien avec la thématique du sujet de l'entretien. Cette dernière question permet d'apporter des réponses supplémentaires, donner des pistes ou des ouvertures sur le sujet.

5.2 Présentation des résultats

5.2.1 Validation des critères d'inclusion et informations générales

Tout d'abord, les sept ergothérapeutes interrogés ont déjà accompagné des personnes âgées ayant chuté, pouvant se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.

Ensuite, la seconde question correspondait à l'année d'obtention du diplôme. Tous les ergothérapeutes interrogés sont diplômés d'État. La date la plus récente d'obtention du diplôme est 2019 et la plus éloignée 2000. La moyenne d'obtention du diplôme s'élève à 8 ans et la médiane à 6 ans. Ainsi, la majorité des ergothérapeutes, soit cinq ergothérapeutes sur sept interrogés, ont obtenu leur diplôme récemment c'est-à-dire il y a moins de 8 ans. En outre, la majorité des ergothérapeutes interrogés exercent sur le terrain depuis quelques années ce qui peut traduire une expérience moins importante que l'ergothérapeute qui exerce depuis 21 ans.

Enfin, les questions 4 et 5 ont permis d'obtenir des informations sur la structure où exercent ces professionnels ainsi que leur parcours. Tous les professionnels interrogés accompagnent actuellement des personnes âgées. Sur sept ergothérapeutes, quatre, soit plus de la moitié, travaillent dans une Équipe Spécialisée de Prévention et de Réadaptation À Domicile et ont donc des compétences, des objectifs et des accompagnements similaires. Les trois autres ergothérapeutes travaillent soit dans une équipe d'appui, une association ou dans un centre hospitalier. Je constate que la moyenne de prise de poste s'élève à 2 ans et demi et la médiane à 1 an. En effet, quatre ergothérapeutes ont moins d'un an d'expérience dans leur poste actuel dont trois qui travaillent dans l'Équipe Spécialisée de Prévention et de Réadaptation À Domicile. Même si l'expérience dans la structure actuelle est récente, de nombreux ergothérapeutes ont déjà travaillé auprès de personnes âgées, notamment dans des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, Équipe Spécialisée Alzheimer ou encore dans

un SSR gériatrique. En moyenne, les ergothérapeutes sont présents dans les structures à 75 %. Un seul ergothérapeute est présent à temps plein auprès de la population à laquelle je m'intéresse.

Les profils des ergothérapeutes interrogés sont donc hétérogènes ce qui peut avoir une influence sur les réponses lors des entretiens. Ainsi, les possibilités d'action et d'accompagnement peuvent être différentes d'un ergothérapeute à l'autre selon l'année du diplôme, la structure, l'expérience ou encore le temps de présence. De ce fait, tous les critères d'inclusion ont été validés.

5.2.2 Les composantes du syndrome post-chute

L'ensemble des ergothérapeutes ont déjà accompagné des personnes âgées présentant un syndrome post-chute. Ainsi, les professionnels abordent spontanément la dimension motrice et la dimension psychologique pour définir le syndrome, sauf E6 qui évoque le syndrome post-chute principalement sous l'aspect psychologique.

A. Dimension psychologique

Si l'on s'intéresse aux réponses concernant l'aspect psychologique du syndrome post-chute, de nombreux adjectifs ont été utilisés par les professionnels. En effet, l'adjectif « peur » a été utilisé 11 fois ainsi que d'autres adjectifs similaires. Voici un tableau récapitulatif des adjectifs d'ordre psychologique que les ergothérapeutes ont associés au syndrome post-chute :

Tableau 1 : Récapitulatif des adjectifs d'ordre psychologique

E1	« Une peur euh importante de la personne suite à une chute euh de rechuter ». « Vraiment une peur de la personne de euh... de rechuter ».
E2	« Une appréhension ». « Une peur de la verticalisation ».
E3	« Une peur de la chute ». « Peur d'aller vers l'avant »
E4	« Crainte de chuter au quotidien ».
E5	« Une peur de chuter de la personne ». « Elle va être anxieuse limite en panique ». « Donc c'est de l'anxiété beaucoup d'anxiété en fait ».

E6	« <i>La peur de remarquer, la peur de tomber euhm parfois même une dépression</i> ».
E7	« <i>Une énorme peur de de rechuter</i> ». « <i>Il a développé une peur de rechuter</i> ». « <i>C'est vraiment une peur de la chute vers l'avant</i> ».

Les synonymes employés par les professionnels pour décrire la peur tels qu'« appréhension », « crainte » ou encore « anxieuse » sont des adjectifs présents dans la définition de la peur du dictionnaire Larousse. Par ailleurs, six ergothérapeutes expriment que le syndrome post-chute conduit la personne âgée à avoir peur de tomber. Deux ergothérapeutes abordent également la notion d'autonomie. En effet, E6 évoque que le syndrome post-chute entraîne « *une grosse perte d'autonomie* » auquel E5 ajoute « *elle osera plus faire les choses de façon autonome* ».

D'un point de vue psychologique, les ergothérapeutes décrivent donc le syndrome post-chute à travers l'installation du sentiment de peur et une diminution de l'autonomie.

B. Dimension motrice

La majorité (Six ergothérapeutes) a abordé la dimension motrice du syndrome post-chute. Voici un tableau qui reprend les éléments moteurs évoqués dans le discours des ergothérapeutes interrogés :

Tableau 2 : Récapitulatif des adjectifs d'ordre moteur

E1	« <i>des répercussions sur le plan euh... sur le plan d'la motricité et d'la marche</i> »
E2	« <i>une sorte de rétropulsion euh du du corps</i> »
E3	« <i>Désadaptation posturale</i> », « <i>au niveau de la verticalisation on a plus le schéma au niveau du schéma moteur</i> »
E4	« <i>plus capable de marcher sans un... un accompagnement</i> ».
E5	« <i>posture pathologique</i> », « <i>va vers l'arrière</i> », « <i>une rétropulsion</i> ». « <i>du mal à démarrer la marche</i> »
E7	« <i>rétropulsion</i> », « <i>le poids du corps est extrêmement vers l'arrière</i> ».

E5 et E4 évoquent que certaines personnes âgées ont besoin d'être accompagné.

En effet, E4 exprime qu'actuellement, elle suit une personne âgée présentant un syndrome post-chute important qui nécessite un accompagnement physique lors des activités de marche. Seul E3 aborde le syndrome post-chute comme une urgence gériatrique. En effet, l'ergothérapeute exprime que le syndrome post-chute doit être « pris en charge tout de suite » car « c'est quand même très compliqué de de venir récupérer euh... de de revenir à la normale ».

Les ergothérapeutes définissent le syndrome post-chute par une posture pathologique entraînant une rétropulsion et un schéma moteur inadapté. Le poids du corps est vers l'arrière. Les répercussions motrices peuvent nécessiter une aide humaine. Le syndrome post-chute est abordé comme une urgence gériatrique car il nécessite un accompagnement rapide afin d'avoir un impact le plus positif possible.

C. Dimension sociale

Lorsque la question sur la dimension sociale et le syndrome post-chute a été abordée, six ergothérapeutes sur sept ont demandé des précisions sur le terme « dimension sociale ». Ainsi, ce concept semble large et difficilement identifiable. Néanmoins en définissant le concept comme le fait de pouvoir réaliser les habitudes de vie ou encore avoir des interactions sociales, les ergothérapeutes ont répondu. Cela sous-entend que les professionnels prennent en compte cette dimension. Ainsi, cinq ergothérapeutes sur sept ont spontanément répondu qu'ils prenaient en compte la dimension sociale. E4 et E7 indiquent évaluer la dimension sociale notamment par le biais d'évaluations qu'ils utilisent. En effet, E4 réalise des évaluations de l'environnement physique et social, des tests cognitifs et s'appuie sur les échelles Activities of Daily Living (ADL) ou Instrumental Activities of Daily Living.(IADL). E2 cependant exprime qu'il ne prend pas en compte de façon systématique la dimension sociale sauf si cet aspect constitue un levier durant la prise en charge. E5 se réfère à la dimension sociale notamment à travers la notion d'isolement lorsqu'il dit : « *Disons que le but c'est qu'la personne puisse justement ressortir de chez elle et qu'elle soit plus euh qu'elle s'isole pas en fait* ».

La dimension sociale est donc un concept qui semble être pris en compte par l'ensemble des ergothérapeutes interrogés. Certains professionnels s'intéressent à la dimension sociale des personnes âgées qui présentent un syndrome post-chute notamment au moment des évaluations. Je remarque que les ergothérapeutes n'ont pas abordé les conséquences sociales dans leur définition du syndrome post-chute.

5.2.3 L'aménagement du domicile et la prise de confiance

A. Aménagements réalisés au domicile

Tout d'abord, je me suis intéressée aux différents aménagements que pouvaient réaliser les ergothérapeutes au domicile des personnes âgées présentant un syndrome post-chute. Voici un diagramme en barre qui recueille les aménagements préconisés de façon générale durant la pratique professionnelle en fonction du nombre d'ergothérapeute qui les préconisent :

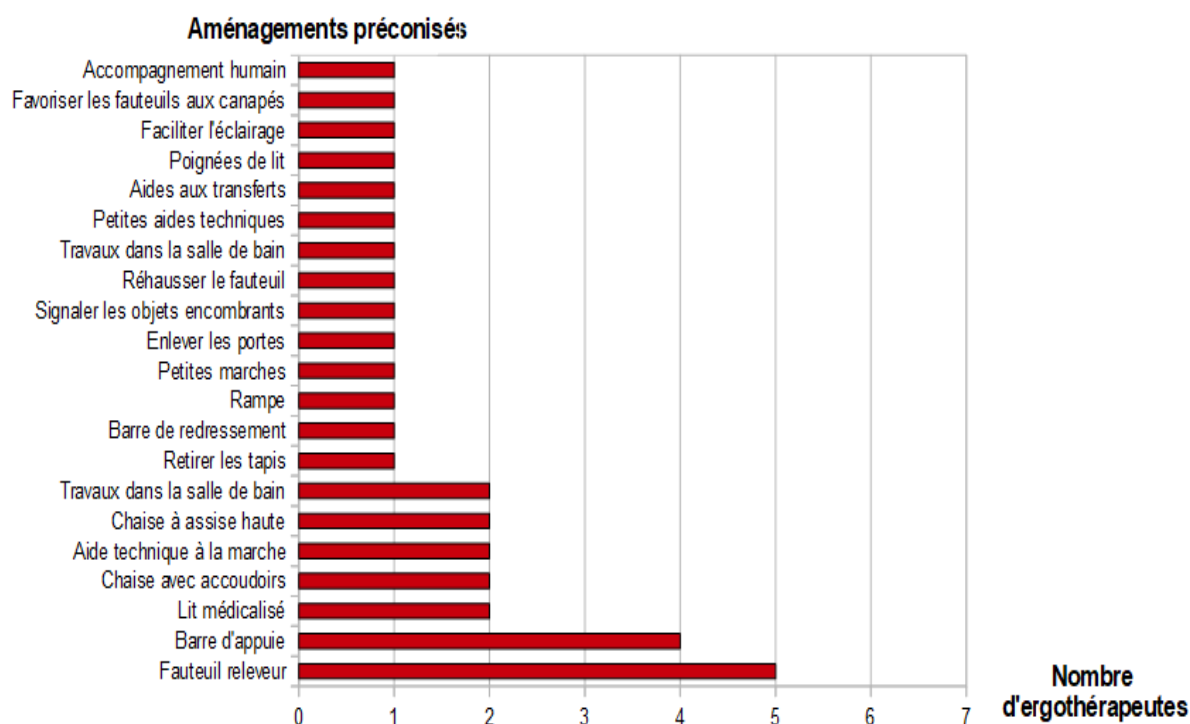


Illustration 2: Aménagements préconisés de façon générale durant la pratique professionnelle en fonction du nombre d'ergothérapeute

Afin d'obtenir une vision plus simplifiée des aménagements, j'ai réalisé des thèmes. Les thèmes récurrents sont la préconisation de matériel pour aménager le domicile, donner des conseils, mettre en place des travaux et proposer des aides humaines.

Sur les sept ergothérapeutes interviewés, six précisent que ces aménagements dépendent de plusieurs éléments. En effet, E4 et E7 indiquent que les aménagements sont « très aléatoires » et « très divers et variés ». E3 et E6 évoquent les possibilités offertes par le domicile pour aménager l'environnement. E6 dit plus précisément « il y a le syndrome post-chute mais il y a aussi concrètement ce qui est possible de mettre en place au domicile ». Selon E1, les aménagements dépendent de la personne car « À chaque fois c'est s'adapter selon les patients ».

Enfin, E2 évoque que les aménagements dépendent des séquelles motrices.

Ainsi, les aménagements semblent dépendre de plusieurs facteurs : l'architecture du domicile, les choix du patient et les séquelles motrices.

B. Les habitudes de vie

a. Définition

Pour définir les habitudes de vie, six ergothérapeutes emploient un vocabulaire général et un ergothérapeute définit les habitudes de vie au travers d'exemples d'activités (continence, transferts, l'habillage etc...). Cinq professionnels utilisent le terme « quotidien » dans leur réponse : « *habitude de faire dans la vie au quotidien* », « *activités essentielles de vie quotidienne* », « *automatismes dans la vie quotidienne* », « *ce que la personne euh fait au quotidien* », « *activités du quotidien* ». Trois ergothérapeutes ajoutent un aspect temporel aux habitudes de vie. En effet, E3 évoque « *un rythme habituel* », E5 « *un rythme de fonctionner habituel* » et E7 « *une journée type* ».

J'ai remarqué que pour les sept ergothérapeutes interrogés, les habitudes de vie correspondent aux activités courantes du MDH-PPH. Par ailleurs, E4 a précisé que les termes qu'il utilise ne sont pas les mêmes que ceux du modèle mais signifie la même idée. Néanmoins, dans le MDH-PPH, les habitudes de vie correspondent également aux rôles sociaux. Cette dimension n'a pas été évoquée par les ergothérapeutes ni même soulevée après que ma définition ait été partagée.

b. Prise en compte dans la pratique professionnelle

Afin d'améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute, les ergothérapeutes interrogés proposent plusieurs moyens. Je n'ai pas tenu compte des réponses de E5. En effet, E5 a répondu à la question à travers son ancienne expérience en EHPAD. Or je m'intéresse principalement à ce qui est mis en place au sein du domicile afin de favoriser les habitudes de vie. Voici un diagramme qui représente les moyens mis en place par les ergothérapeutes et, plus particulièrement, afin de favoriser la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute :

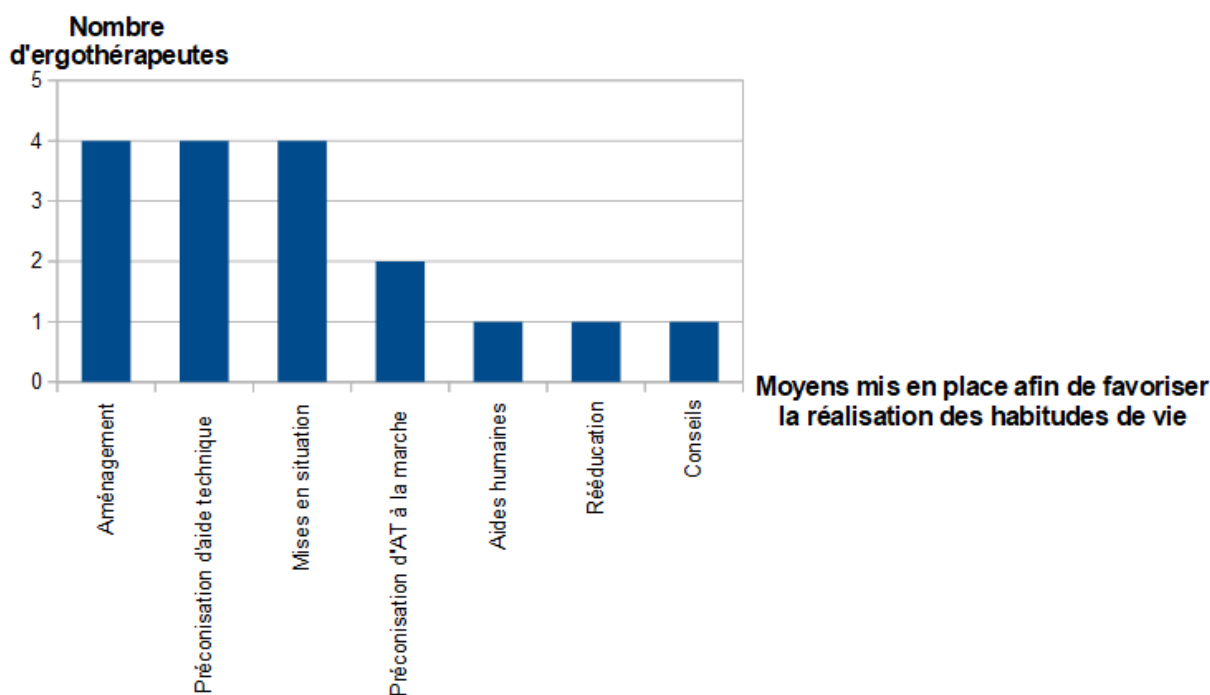


Illustration 3: Moyens mis en place par les ergothérapeutes afin de favoriser la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute

On remarque donc que l'aménagement du domicile, la préconisation d'aide technique et les mises en situation sont les moyens que les ergothérapeutes mettent le plus en place afin de faciliter la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute. J'ai donc souhaité recueillir l'avis de l'ensemble des ergothérapeutes plus particulièrement sur l'effet de l'aménagement du domicile sur la réalisation des habitudes de vie. Les ergothérapeutes ont répondu positivement à la question. En effet, E4 dit « *Ah bah c'est un facteur facilitant hein euh ça permet vraiment d'améliorer leur euh leur confort et leur qualité de vie donc euh pour moi c'est pas négligeable* ». E2 et E6 ajoutent qu'il faut que l'aménagement émane d'une volonté de la personne âgée. Par ailleurs, cinq ergothérapeutes, soit la majorité, ont précisé que ce qui était mis en place dépendait de la personne et de ses habitudes de vie.

C. La confiance en soi

a. Définition

Quatre ergothérapeutes définissent la confiance en soi à travers le terme de capacité. E4 évoque plutôt des aptitudes « *pour pouvoir faire plein de tâches de la vie quotidienne* ». E6 précise que selon lui, il faut d'abord accentuer sur les capacités

de faire plutôt que sur la prise de décision.

Ainsi, les professionnels ont défini la confiance en soi à partir d'un aspect moteur faisant apparaître les termes capacités et aptitudes. La prise de décision n'apparaît pas. Selon les professionnels de terrain, la confiance en soi passe par une réappropriation des capacités motrices et non par l'aspect psychologique.

b. Lien confiance en soi et aménagement du domicile

Tous les ergothérapeutes, excepté E6, s'accordent pour dire que l'aménagement du domicile peut favoriser la prise de confiance d'une personne âgée présentant un syndrome post-chute. E2 et E3 apportent une nuance à la réponse. En effet, E2 précise que l'aménagement peut être vecteur de confiance mais peut aussi refléter une perte de capacité : *« Il peut y avoir le côté un peu de " bah ouais bah du coup je suis plus capable bah... On me modifie tout et puis c'est pas mes affaires, c'est pas mes habitudes parce que du coup j'ai pas l'habitude d'utiliser tel truc pour faire ça". Donc je pense que majoritairement c'est mieux »*. Quant à E3, l'aménagement peut donner confiance en soi si les repères de la personne âgée sont conservés.

E6 exprime qu'il n'y a pas de lien entre l'aménagement du domicile et la prise de confiance car *« l'aménagement du logement ça vient améliorer les conditions. Mais si la personne ne reprend pas confiance en elle euh même fin l'aménagement du logement servira à rien »*.

L'aménagement semble donc favoriser la prise de confiance. Néanmoins, il semble important de prendre en considération l'acceptation de la personne âgée face aux changements physiques liés au vieillissement. De plus, il paraît important de garder des repères lors des aménagements du domicile de la personne âgée pour ne pas la déstabiliser.

c. Prise en compte de la confiance en soi dans la pratique professionnelle

Je me suis intéressée à la façon dont les ergothérapeutes évaluent la prise de confiance suite à un aménagement du domicile. Trois ergothérapeutes n'évaluent pas l'évolution de la confiance en soi et pour E7 cela est *« difficilement évaluable »* au regard de la fréquence à laquelle elle se rend au domicile. Trois ergothérapeutes évaluent la prise de confiance en soi à travers l'observation. Enfin, E6 évalue

l'évolution de la confiance en soi indirectement : « *Pas directement. [...] à ma connaissance il y a pas d'échelle pour euh pour voir si la personne à confiance euh... mais euh oui indirectement on on perçoit si elle reprend confiance en elle ou pas* ». Ainsi, j'ai demandé aux ergothérapeutes de graduer la prise de confiance suite à un aménagement du domicile selon trois degrés : pas du tout, moyennement, beaucoup. Les réponses sont représentées dans le diagramme circulaire ci-dessous :

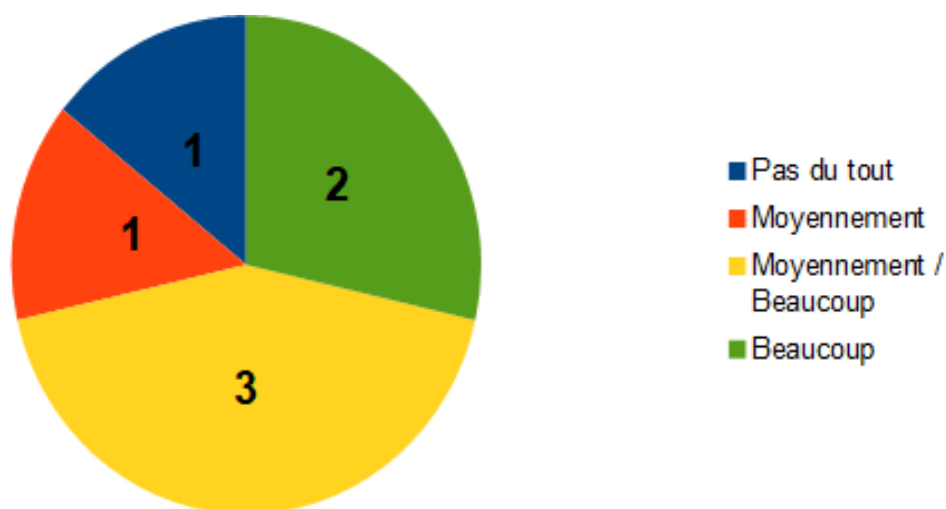


Illustration 4: Répartition de l'évolution de la confiance en soi des personnes âgées après un aménagement du domicile d'après les ergothérapeutes

Tout d'abord E1 pense que l'aménagement du domicile permet d'améliorer moyennement la confiance de la personne âgée car il n'est pas suffisant à ce que la personne âgée ait une très bonne confiance en elle. Il précise que la personne âgée doit prendre conscience de ses capacités à travers, par exemple, des exercices de relevé du sol : « *Par exemple travailler sur des relevés de sol ou des choses comme ça et que la personne soit en capacité de le faire, que ça puisse la rassurer pour le cas où elle viendrait à chuter, de savoir que elle restera pas toute seule allongée par terre et de ne pas pouvoir se relever enfin je pense qu'il y a d'autres choses euh et donc ça pour moi ça en fait partie c'est, ça va lui permettre de se rassurer* ».

Les réponses apportées par les professionnels sont donc très hétérogènes. Pour certains, l'aménagement du domicile permet à la personne âgée de reprendre confiance. Pour d'autres, il n'existe pas de liens entre l'aménagement et la prise de confiance. Enfin, pour les autres professionnels l'aménagement n'est pas suffisant à lui seul pour permettre une reprise de confiance.

d. L'objectif de l'aménagement du domicile

Trois ergothérapeutes répondent que l'aménagement permet de sécuriser les habitudes de vie. En effet, E3 dit « *Euh ben je pense que c'est surtout le fait que ce soit de se sentir en sécurité c'est vraiment euh ce mode de fonctionnement là à partir du moment où la personne se sent plus en danger euh elle va pouvoir refaire ses activités* » auquel E7 ajoute le terme d'indépendance. Trois ergothérapeutes ont également évoqué que l'aménagement du domicile permettait à la personne âgée de faire ses activités notamment lorsque E2 dit « *C'est-à-dire vu qu'on facilite le quotidien et qu'on facilite la réalisation de des fameuses habitudes de vie euh la personne elle prend du coup plus confiance en elle euh parce que du coup elle est capable de faire seule ce qu'elle aurait pas pu forcément faire seule sans aménagement* ». E5 évoque que cela rassure les personnes âgées et diminue leur anxiété. Enfin, E6 comme exprime que l'aménagement est un facteur facilitant mais de façon indirecte.

Globalement, l'objectif de l'aménagement du domicile est donc de sécuriser les habitudes de vie pour que la personne âgée soit indépendante. L'aménagement permet une réalisation des activités habituelles tout en diminuant l'anxiété et la peur.

5.2.4 La mise en situation et la prise de confiance

A. Modalités des mises en situation

Six ergothérapeutes sur sept réalisent des mises en situation après avoir aménagé le domicile. E2 répond qu'il ne peut pas faire de mise en situation et E6 précise qu'il peut en faire mais que ce n'est pas systématique et sur demande. Ainsi, la question « Pourriez-vous m'en parler davantage » a été posée à six ergothérapeutes sur sept. En effet, étant donné que E2 ne réalise pas des mises en situation, je ne l'ai pas sollicité.

a. Objectif des mises en situation

E1 exprime que le but des mises en situation est de vérifier que les préconisations sont correctes et de pouvoir ajuster ce qui a été proposé si besoin au regard de la situation. Par ailleurs, E3 partage le même avis et explique que les mises en situation sont un temps qui lui permet de s'assurer que le matériel préconisé correspond bien aux besoins, aux envies mais aussi à l'environnement de la personne âgée. Elles permettent aussi de faire accepter l'aménagement pour une

utilisation quotidienne. Par ailleurs, E1 et E3 pensent que les mises en situation aident à rassurer la personne car elle est accompagnée. Pour E4, le but de celles-ci est de soulever les problématiques de la personne et préconiser un matériel adapté. Elles visent à la sécurité et au confort du domicile. Selon E5, les mises en situation ont plusieurs répercussions sur le patient dont une diminution du syndrome post-chute et une amélioration de la confiance en soi qui favorise une prise de conscience des capacités et une diminution du sentiment de risque de chute. Ensuite, pour E6, les mises en situation ont pour but que la personne reprenne ses habitudes en utilisant correctement l'aménagement proposé. Elles permettent donc à la personne âgée de s'approprier l'aménagement. Enfin pour E7, les mises en situation sont un temps qui lui permet d'évaluer le risque de chute. Elles sont également un moyen de faire prendre conscience à la personne âgée de certaines difficultés.

Globalement le but des mises en situation est de vérifier que les préconisations sont adaptées aux besoins de la personne âgée, les modifier si cela est nécessaire et s'assurer de leur bonne utilisation. L'objectif est également de mettre en évidence les situations à risque de chute et parfois mettre en difficulté la personne âgée pour qu'elle prenne conscience de ses capacités. Les mises en situation permettent à la personne âgée de refaire une activité en étant rassurée grâce à l'accompagnement d'un professionnel. Elles permettent une appropriation de l'aménagement.

b. Temporalité des mises en situation

Selon E1, les mises en situation sont réalisées en amont de tout aménagement à travers des essais sauf si l'aménagement consiste à désencombrer une pièce d'un tapis par exemple. Par ailleurs, E4 souligne qu'il est essentiel de faire des mises en situation avant de proposer du matériel. E5 évalue le domicile, enlève d'abord les éléments sources de chute, met en place des aides techniques qui permettent la station debout puis fait des mises en situation en parallèle de la rééducation.

Les mises en situation peuvent donc être proposées en deux temps : avant et/ou après aménagement du domicile.

c. Structuration des mises en situation

Deux ergothérapeutes s'appuient sur l'observation. E5 réalise des mises en

situation selon les difficultés qu'il observe et les habitudes de vie des personnes âgées. Pour E6, elles sont « *la décomposition d'une activité* ». Ainsi, il faut laisser la personne faire l'activité dans son entièreté selon ses habitudes afin, d'évaluer s'il faut apporter des modifications.

Les ergothérapeutes réalisent donc des mises en situation en lien avec les habitudes de vie des personnes âgées qu'elles accompagnent.

B. Prise de confiance de l'aménagement du domicile à travers les mises en situation

Tous les professionnels interrogés pensent que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur nouvel environnement. Quatre ergothérapeutes, soit plus de la moitié, indiquent que les mises en situation permettent de rassurer la personne âgée notamment par la présence d'un thérapeute. Trois ergothérapeutes sur sept évoquent que les mises en situation permettent aux personnes âgées de se rendre compte qu'elles sont capables de faire des choses. Enfin, selon E1 : « *Si elles se rendent compte qu'elles sont capables de faire les choses en étant en sécurité, elles peuvent être rassurées, elles peuvent aussi avoir confiance en elles dans la mesure où elles sont capables de le faire* ».

Réaliser des mises en situation à la suite d'un aménagement du domicile permet à la personne âgée de se rassurer grâce à la présence de l'ergothérapeute. Ainsi, la personne âgée va se sentir en sécurité et avoir davantage confiance en elle et ses capacités ce qui amplifie le phénomène de réassurance.

5.2.5 L'application de la participation sociale

A. Définition

Deux ergothérapeutes sur sept ont répondu de façon spontanée qu'ils ne connaissaient pas le concept de participation sociale. Quatre ergothérapeutes en ont déjà entendu parler mais expriment que le concept n'est pas clair pour eux. Enfin, E4 définit la participation sociale comme : « *une personne qui participe activement dans l'ensemble de ses activités de la vie quotidienne* ».

Ainsi, globalement les ergothérapeutes ont déjà entendu parler de la participation sociale mais ne savent pas la définir. E4 aborde la participation sociale à travers l'accomplissement des habitudes de vie sans prendre en compte les

facteurs personnels et environnementaux présents dans le MDH-PPH. La définition est donc incomplète au regard du modèle.

B. Rôle des mises en situation après un aménagement du domicile

Selon les sept ergothérapeutes, prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation est un moyen d'améliorer la participation sociale. Cinq ergothérapeutes sur sept expriment que les mises en situation permettent de reprendre confiance lors de la réalisation des habitudes de vie. E7 explique que proposer des adaptations permet de faciliter l'indépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. E2 conclut les dires de E7 et indique « *plus tu fais des mises en situation plus la personne elle va... Elle va...Prendre confiance en l'utilisation des aménagements et cetera et... Du coup ça va forcément augmenter sa... sa participation dans la réalisation de ses habitudes de vie* ». E3 et E5 ajoutent une notion temporelle. En effet, E3 exprime que le retour à la participation sociale ne se fait pas du jour au lendemain compte tenu de la spécificité du syndrome post-chute. E3 aborde également l'importance de ne pas intervenir trop tard dans l'accompagnement pour permettre une évolution du syndrome post-chute. E5 précise qu'il est essentiel de « *se remettre à cheval* ». Ainsi, il apparaît important pour E5 que la personne âgée réalise à nouveau des activités courantes car sinon elle « *va se refermer et rester dans son cocon parce qu'elle a plus confiance euh en son en ses capacités en son corps surtout si il y a eu plusieurs chutes* ».

Ainsi, les mises en situation permettent de s'assurer que les préconisations sont utilisées, performantes, rassurantes et sécurisantes. Réaliser des mises en situation suite à un aménagement du domicile permet une amélioration de la participation sociale au regard du MDH-PPH. Néanmoins, il semble important de proposer un accompagnement rapide aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute car le retour à la participation sociale est un processus long.

6. Discussion

Je vais maintenant comparer les résultats obtenus durant les entretiens à la littérature scientifique étudiée.

A. Le syndrome post-chute

Tout d'abord, les sept ergothérapeutes ont déjà accompagné des personnes âgées présentant un syndrome post-chute. Les professionnels s'accordent pour dire que le syndrome post-chute a des répercussions sur les sphères psychologiques et motrices. Ces deux versants, psychologiques et moteurs, sont présents dans l'article rédigé par Frédéric Bloch en 2015 notamment lorsqu'il écrit « *ce syndrome comprend une composante motrice entraînant des troubles de la posture et de la démarche et une composante psychologique avec une anxiété majeure notamment lors des phases de verticalisation.* » (Bloch, F., 2015).

Concernant l'aspect social, celui-ci n'a pas été évoqué au premier abord. Par ailleurs, les ergothérapeutes n'étaient pas à l'aise avec cette terminologie. En effet, six ergothérapeutes ont demandé des précisions sur le terme de « dimension sociale » avant de répondre. Néanmoins, après avoir apporté des précisions, six ergothérapeutes ont indiqué prendre en compte la dimension sociale. Cela montre que la sphère sociale est tout de même prise en compte par les professionnels de terrain de façon implicite.

Le syndrome post-chute est décrit à travers une urgence gériatrique par l'un des ergothérapeutes. Ce terme est également défini par Aurélien Ribadier et Sophie Sainjeon-Cailliet lorsqu'ils disent que « *La peur de chuter est une urgence gériatrique* » (Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S., 2011).

B. L'aménagement du domicile

Ensuite, concernant les aménagements au domicile, les ergothérapeutes réalisent principalement des préconisations de matériels, donnent des conseils, réalisent des travaux, et proposent des aides humaines. Ces réponses étaient attendues puisque les ergothérapeutes Amélie Saragoni, Marie Bizalion, Clélia Robert, Barbara Devergnies et Camille Goncalves évoquent dans leur article que les ergothérapeutes peuvent donner des conseils, faire des mises en situation ou encore préconiser des aides techniques durant des accompagnements au domicile. Les interventions proposés au domicile par les ergothérapeutes interrogés sont des

propositions qui permettent d'améliorer la réalisation des habitudes de vie.

Le MDH-PPH définit les habitudes de vie à travers les activités courantes mais également à travers les rôles sociaux. Cette deuxième dimension n'a pas été évoquée durant les entretiens par les interviewés.

L'aménagement ne semble pas suffisant pour permettre d'améliorer la confiance en soi dans la réalisation des habitudes de vie. En effet, globalement les ergothérapeutes évaluent la prise de confiance à « moyennement » suite à l'aménagement proposé. Par ailleurs, l'ensemble des ergothérapeutes définissent la confiance en soi à travers la notion de capacité ce qui est contradictoire avec la définition proposée par Frédéric Fanget. En effet, l'auteur définit la confiance en soi comme « *décision, prise par la personne elle-même et destinée à la personne elle-même* » (Fanget, F., 2003). Il n'inclut donc pas un aspect moteur.

Les ergothérapeutes ont ajouté un aspect supplémentaire aux lectures scientifiques que j'ai pu lire. En effet, les professionnels ont souligné qu'il est essentiel que les personnes âgées prennent conscience de vieillir et acceptent que leurs capacités physiques diminuent.

C. Les mises en situation

Lorsque j'aborde les questions en lien avec les mises en situation, les ergothérapeutes ont davantage développé leurs pensées. Cela peut signifier que les professionnels réalisent régulièrement des mises en situation et que le sujet est maîtrisé. En effet, durant les entretiens, les ergothérapeutes évoquent que les mises en situation s'appuient sur de l'observation et qu'elles peuvent être proposées avant ou après l'aménagement du domicile. Ainsi, l'analyse par l'observation et la possibilité de faire des mises en situation avant le retour à domicile sont des éléments déjà développés dans l'article de l'ergothérapeute Eric Sorita.

Par ailleurs, Anaïs Villaumé aborde dans son article intitulé « *Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie* » que l'objectif des mises en situation est de mettre en évidence les situations à risque de chute. Cet élément a été retrouvé dans le discours des interviewés. De même que, comme évoqué par Anaïs Villaumé, les ergothérapeutes réalisent des mises en situation en lien avec les habitudes de vie des personnes âgées qu'elles accompagnent. De plus, l'article scientifique évoque également que les mises en situation permettent à l'ergothérapeute d'aborder les besoins humains et matériels.

Dans l'article de Valérie Luce, les mises en situation sont un moyen de mettre en évidence les capacités et incapacités de la personne : « *L'ergothérapeute est un rééducateur qui va mettre en évidence les capacités et les incapacités par des mises en situations* ». Un interviewé a ajouté que parfois il mettait en évidence les difficultés de la personne âgée afin de lui faire prendre conscience de ses capacités et incapacités. En effet, le professionnel indique : « *Dans d'autres cas euh ça va être aussi euh un choix de vouloir mettre les personnes un petit peu en difficulté parce que certaines personnes n'ont pas du tout conscience en fait de d'être en danger dans la réalisation de certaines activités* ». Ainsi, lorsque le thérapeute choisi de mettre en difficulté la personne âgée, il les accompagne et sécurise les déplacements. Finalement, l'objectif est de mettre en évidence les situations compliquées, le risque de chute et les difficultés du retour à domicile sans aide.

Les articles scientifiques n'ont pas abordé l'impact de l'accompagnement auprès des personnes âgées. Or, les ergothérapeutes ont soulevé l'effet de réassurance des personnes âgées lorsqu'un professionnel les accompagne durant la réalisation des habitudes de vie. Les ergothérapeutes interrogés ajoutent que le but des mises en situation est également de vérifier si les préconisations sont adaptées aux besoins de la personne âgée et peuvent être modifiées si cela est jugé nécessaire durant la mise en situation.

Tous les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que les mises en situation permettent, aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute, d'être en confiance dans leur nouvel environnement pour réaliser leurs habitudes de vie.

D. La participation sociale

Concernant la participation sociale à travers le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap, les résultats obtenus sont homogènes. En effet, globalement les ergothérapeutes en ont déjà entendu parler mais ne savent pas la définir. L'un des professionnels définit la participation sociale comme la réalisation des activités de la vie quotidienne. Par ailleurs, le terme « *activités de la vie quotidienne* » a été fréquemment employé durant les entretiens et est finalement très proche des habitudes de vie. Après avoir défini la participation sociale qui est l'accomplissement des habitudes de vie dans le MDH-PPH, l'ensemble des ergothérapeutes s'accordent pour dire que prendre confiance après un aménagement du domicile, à travers des mises en situation, peut être un moyen

d'améliorer la participation sociale. Par ailleurs, les professionnels soulignent qu'il est essentiel que l'accompagnement soit rapidement proposé aux personnes âgées.

7. Vérification des hypothèses

Mener ces travaux m'ont permise d'élaborer deux hypothèses de recherche que j'ai tenté de vérifier au travers d'entretiens. Grâce à ceux-ci, j'ai recueilli et analysé des éléments pouvant valider ou invalider les hypothèses émises.

La première hypothèse que j'ai souhaité vérifier est « *L'ergothérapeute en aménageant le domicile permet à la personne âgée de réaliser ses habitudes de vie ce qui lui redonne confiance* ». Au regard des réponses apportées par les sept ergothérapeutes, cette hypothèse est difficilement validée. En effet, les professionnels ont répondu que l'aménagement du domicile permettait à la personne âgée de réaliser ses habitudes de vie. Néanmoins, les réponses sont très hétérogènes sur la variation du degré de confiance en soi quant à la réalisation des habitudes de vie suite à un aménagement du domicile (Cf. illustration 4). Ainsi, la première hypothèse n'est pas validée. Une enquête plus approfondie doit être envisagée afin d'obtenir des résultats plus précis. La diffusion d'un questionnaire permettrait d'obtenir davantage de réponses auprès des professionnels afin de généraliser les résultats obtenus.

La seconde hypothèse que j'ai tenté de vérifier est « *L'ergothérapeute réalise des mises en situation suite à l'aménagement du domicile pour améliorer la participation sociale de la personne âgée* ». Les sept professionnels interrogés se sont accordés pour dire que la réalisation des mises en situation à la suite d'un aménagement permettait d'améliorer la participation sociale. En effet, selon cinq ergothérapeutes, les mises en situation permettent à la personne âgée de reprendre confiance dans la réalisation des habitudes de vie. Ainsi, au regard des réponses apportées par les ergothérapeutes en parallèle de la définition de la participation du MDH-PPH, la seconde hypothèse est validée.

8. Biais et limites de ma recherche

Durant la phase expérimentale, certains éléments ont constitué une limite au travail de recherche.

La première limite est liée au nombre d'entretien. En effet, sept entretiens ont été

réalisés ce qui représente un nombre restreint pour généraliser les résultats.

Par ailleurs, compte tenu du contexte sanitaire et de la zone géographique où exercent les ergothérapeutes, je n'ai pas pu les rencontrer. Ainsi, les entretiens se sont fait à distance par le biais du téléphone. Or, il s'avère que lorsque le chercheur n'a pas le professionnel face à lui, il est plus difficile d'interpréter les temps de pause signifiant que l'ergothérapeute réfléchit à la réponse de ceux signifiant qu'il a fini. En étant en présence de l'ergothérapeute, cette difficulté n'aurait pas été rencontrée. En effet, à travers une communication non verbale il aurait été plus facile d'interpréter le sens de ces nombreuses pauses.

Enfin, ma posture en tant que chercheur est récente ce qui a probablement entraîné une limite dans mon travail de recherche. En effet, la passation d'entretien est un exercice complexe. Il nécessite une écoute active pour permettre de poser des questions de relance pertinentes. Ainsi, il est probable que certaines questions de relance aient manqué durant les entretiens.

Concernant les biais survenus durant le travail de recherche, sur les sept entretiens réalisés, deux ergothérapeutes travaillent au sein de la même structure. Leurs entretiens ont été menés la même semaine, l'un le lundi et l'autre le jeudi. Il est donc probable que le premier ergothérapeute interrogé ait échangé avec son collègue sur des questions en lien avec l'entretien. Ainsi, les réponses du second ergothérapeute ont pu être influencées.

Ensuite, l'un des autres biais concerne la durée de prise de poste des ergothérapeutes interviewés. En effet, sur sept ergothérapeutes interrogés, quatre (plus de la moitié) avaient moins d'un an d'expérience. Il est important de souligner cet élément car il peut mettre en évidence une expérience moins approfondie auprès de la population de recherche ciblée et donc des réponses moins complètes.

L'un des derniers biais concerne la structuration de certaines questions présentent dans le guide d'entretien. En effet, les sept ergothérapeutes ont demandé des précisions sur les mêmes questions notamment lorsque celles-ci étaient longues. Il est arrivé que certaines réponses soient incomplètes où dévient sur un autre sujet. Enfin, je me questionne sur la manière dont a été intégrée la définition des habitudes de vie du MDH-PPH. En effet, la définition des habitudes de vie que j'ai transmis au début de l'entretien a-t-elle été prise en compte lors de la réponse en lien avec la participation sociale ? Pour rappel, la participation sociale est définie comme

l'accomplissement des habitudes de vie et les habitudes de vie à travers les activités courantes et les rôles sociaux. Or les professionnels n'avaient pas exprimé les rôles sociaux dans leur définition. Ainsi, je me demande si les deux dimensions ont bien été prises en compte. Une reformulation de ces éléments au travers d'une question de relance aurait permis de supprimer ce biais.

9. Impact de ma recherche sur la profession

Les recherches menées sur le terrain ont mis en évidence que l'aménagement du domicile des personnes âgées permettait de faciliter la réalisation des habitudes de vie. Cependant, ceux-ci ne sont pas forcément source d'amélioration de la confiance en soi. En effet, l'aménagement du domicile permet une réassurance de la personne âgée dans son environnement mais cela ne semble pas suffisant. Au regard de ce résultat, il paraît essentiel de proposer d'autres solutions en parallèle des aménagements proposés afin de favoriser la prise de confiance. L'un des ergothérapeutes interviewé a suggéré de proposer des ateliers de « relevé de sol » afin que les personnes âgées prennent confiance en leurs capacités et soient rassurées. Un accompagnement global est donc nécessaire.

Mener ce travail de recherche m'a permise d'approfondir mes connaissances sur les personnes âgées et de me documenter sur la participation sociale et la place que peut occuper l'ergothérapeute. Au regard de ma future pratique professionnelle, si je devais accompagner des personnes âgées ayant chuté à leur domicile, je m'appuierai sur le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap afin de me rendre compte de son apport.

10. Perspectives envisagées

Dans l'idée de poursuivre ce travail de recherche, je pourrai envisager de mener une étude plus approfondie. En effet, cette seconde enquête me permettrait d'obtenir davantage de résultats notamment par le biais d'un questionnaire. Ainsi, je réévaluerai les hypothèses de recherche.

En tant que future diplômée, je pourrai également mener une recherche de terrain. À travers la création d'un protocole de recherche, je tenterai de mettre en évidence les moyens que l'ergothérapeute peut mettre en place afin d'accompagner les personnes âgées à reprendre confiance en elles.

J'aimerais également mettre en place une étude en lien avec les interactions sociales des personnes âgées après une chute. En effet, ce sujet m'intéresse et peut être complémentaire avec mon mémoire d'initiation à la recherche.

11. Conclusion

La participation sociale a une influence sur la santé, la qualité de vie mais aussi le bien-être des personnes âgées. Elle permet de maintenir et développer la santé mentale et physique (Dehi Aroogh, M., & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2020)). De plus, la participation sociale est un élément important dans le vieillissement actif (Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H., 2015). Ainsi, les politiques actuelles se tournent vers des politiques sociales. Effectivement, depuis l'alerte du conseiller d'État Pierre Laroque en 1961 qui aborde l'isolement social, les politiques ont évolué vers une amélioration des conditions de vie des personnes âgées. Le maintien au domicile est devenu un enjeu politique. Récemment, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement vise à « permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et de santé » (Grand, A., 2016).

Je pense que la thématique abordée dans ce mémoire de recherche permet de donner des éléments de réponses et de réflexions aux ergothérapeutes qui interviennent au domicile des personnes âgées.

Tout d'abord, il est important de souligner qu'un travail en collaboration avec d'autres professionnels et l'entourage est essentiel. En effet, l'un des ergothérapeutes évoque que l'accompagnement de la personne âgée au domicile « *est vraiment une prise en charge pluridisciplinaire et l'ergo amène sa petite pierre à l'édifice* ».

Enfin, à travers le MDH-PPH, les ergothérapeutes améliorent la participation sociale des personnes âgées présentant un syndrome post-chute grâce à la réalisation de mises en situation suite à un aménagement du domicile. Néanmoins, aménager le domicile n'est pas suffisant à lui seul pour permettre une évolution croissante de la confiance en soi. Un travail de recherche plus approfondie permettrait d'apporter des réponses. En effet, il semblerait que l'aménagement du domicile en plus d'exercices de relevé du sol participerait davantage à l'amélioration de la confiance en soi.

12. Liste des références

Ouvrages :

1. Burton, K., & Platts, B. N. (2011). *La Confiance en soi Pour les Nuls*. Edi8 (p. 12).
2. Fanget, F. (2003). *OSER : Thérapie de la confiance en soi*. Odile Jacob (37-38).
3. Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur (p. 27-37).
4. Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S. (2011). Identité et chute de la personne âgée. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 49-60). ERES.
<https://www.cairn.info/protéger-et-construire-l-identite-de-la-personne--9782749214733-page-49.htm>
5. Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 215-245).

Articles :

1. Auvinet, B., Berrut, G., Touzard, C., Moutel, L., Collet, N., Chaleil, D., & Barrey, E. (2002). *Chute de la personne âgée : De la nécessité d'un travail en réseau*.
2. Benzine-Cauvy, C. (2020). En quoi les compétences de l'ergothérapeute le prédisposent-elles à un rôle de coordinateur ? Illustration auprès d'un dispositif de prévention des fragilités des personnes âgées dans l'Hérault. *Ergothérapies*, 77, 15-22.
3. Bloch, F. (2015). Les complications non traumatiques des chutes : Des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 15(88), 188-190. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.02.001>
4. Borris, C., Cardinal, D., Leclair, F., & Hébert, M. (s. d.). *Evaluer l'équilibre lors de la marche chez la personne âgée*. <https://cnfs.ca/agees/documents/Article-DGI.pdf>
5. BOUCHER, É., FROTIER, A., & UDAMAD. (2017). Mise en place d'une Équipe

- d'Appui en Adaptation-Réadaptation. *Ergothérapies*, 65, 47-55.
6. Bukov, A., Maas, I., & Lampert, T. (2002). Social participation in very old age : Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. Berlin Aging Study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), P510-517. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.p510>
 7. Cusin, P. C., & Michel, E. J.-P. (s. d.). *SORTIE D'UN HÔPITAL GÉRIATRIQUE: RETOUR À DOMICILE OU PLACEMENT EN PENSION?* 10.
 8. Dehi Aroogh, M., & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2020). Social Participation of Older Adults : A Concept Analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 8(1), 55-72. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.82222.1055>
 9. Grand, A. (2016). Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. *Vie sociale*, 3(3), 13-25. <https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0013>
 10. Jeuland, C. (2018). Adapter le logement : Un enjeu de participation sociale. *Ergothérapies*, 70(1), 23-31.
 11. P.O. Lang, C. Trivalle, M. Dramé (august 2012) La fragilité : Mythe ou réalité ? (2012). *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 12(70), 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.04.007>
 12. Larivière, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale : Définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 114-127. <https://doi.org/10.1177/000841740807500207>
 13. Luce, V. (2020). Atelier « Cuisine thérapeutique » : Préparation au retour à domicile chez des patients en soin de suite gériatrique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 20(116), 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.12.001>
 14. Mourey, F., Camus, A., Tavernier, B., & Pfitzenmeyer, P. (2001). *Le syndrome de post-chute chez les sujets âgés et le syndrome de régression psychomotrice*.

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.476.6984&rep=rep1&type=pdf#page=18>

15. (PDF) *Geriatric syndromes*. (s. d.). ResearchGate. Consulté 7 septembre 2020, à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/328772991_Geriatric_syndromes
16. Pin Le Corre, S., Bourdessol, H., & Guilbert, P. (2007). *Prévention des chutes des personnes âgées à domicile. Un référentiel francophone de bonnes pratiques en santé communautaire*. n°37-38, 329-332. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.06.041>
17. Pin, S., & Spini, D. (2016). Impact of falling on social participation and social support trajectories in a middle-aged and elderly European sample. *SSM - Population Health*, 2, 382-389. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.05.004>
18. Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T., & Delefosse, M. S. (2007). Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative. *Bulletin de psychologie*, Numéro 492(6), 515-525.
19. Poriel, G. (2016). Ergothérapie et participation sociale : Quels liens pour quelle pratique ? *Ergothérapies*, 61, 5-12.
20. Ricard, C., & Thélot, B. (2007). *Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France*. N°37-38, 322-324. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.06.041>
21. Saragoni, A., Bizalion, M., Robert, C., Devergnies, B., & Goncalves, C. (2018). L'équipe spécialisée de prévention et de réadaptation à domicile de Lille : Expérience d'une intervention en ergothérapie à domicile centrée sur l'occupation. *Ergothérapies*, 70(1), 15-22.
22. SORITA, É. (2016). Quel est l'intérêt pour les ergothérapeutes français d'introduire dans leurs pratiques des outils validés d'évaluation de mises en situation dans les activités de la vie quotidienne? *Ergothérapies*, 63, 13-22.
23. Strauss, Y., & Mourey, F. (2011). Aides à la marche et personnes âgées : Étude préliminaire pour les modalités du choix. *Kinésithérapie, la Revue*, 11(114), 41-46.

[https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(11\)75132-4](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(11)75132-4)

24. Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2015). Social Participation and the Prevention of Decline in Effectance among Community-Dwelling Elderly: A Population-Based Cohort Study. *PLoS ONE*, 10(9).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139065>
25. Villaumé, A. (2018). *Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie*. 19, 30-38.
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002>
26. Warzee, E., & Petermans, J. (s. d.) (2007). Les troubles de la marche de la personne âgée. *Rev Med Liege*, 6.

Autres références :

1. *Définitions : Peur—Dictionnaire de français Larousse*. (s. d.). Consulté 24 avril 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>
2. HAS. (2009). *Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf
3. handicap, R. international sur le P. de production du. (s. d.). *Le modèle*. RIPPH. Consulté 1 février 2021, à l'adresse <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
4. *La profession*. (s. d.). Consulté 7 septembre 2020, à l'adresse <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
5. *Larousse.fr : Encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne*. (s. d.). Consulté 7 septembre 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/>
6. *Les chutes – Santé publique France*. (s. d.). Consulté 7 septembre 2020, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute>
7. OMS. (2016). *Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : Projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé* (p.19).
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-fr.pdf?ua=1
8. Therapists, W. F. of O. (2020, septembre 7). *About Occupational Therapy* (<https://www.wfot.org/>) [Text/html]. WFOT; WFOT.

<https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

9. OMS. (2018) *Vieillesse et santé*. (s. d.). Consulté 7 septembre 2020, à l'adresse

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

13. ANNEXES

ANNEXE I : Formulaire de consentement.....	1
ANNEXE II : Guide d'entretien.....	2
ANNEXE III : Entretien avec l'ergothérapeute 1 (E1).....	7
ANNEXE IV : Entretien avec l'ergothérapeute 2 (E2).....	18
ANNEXE V : Entretien avec l'ergothérapeute 3 (E3).....	28
ANNEXE VI : Entretien avec l'ergothérapeute 4 (E4).....	42
ANNEXE VII : Entretien avec l'ergothérapeute 5 (E5).....	56
ANNEXE VIII : Entretien avec l'ergothérapeute 6 (E6).....	74
ANNEXE IX : Entretien avec l'ergothérapeute 7 (E7).....	86

ANNEXE I : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Je soussigné(e)....., déclare accepter de participer au mémoire d'initiation à la recherche de JOLY Sophia dont le thème est « **L'accompagnement des personnes âgées après une chute** ».

Ainsi je certifie avoir :

- Connaissance du thème, des objectifs et du déroulement de l'entretien.
- Donné mon accord pour participer à l'entretien mené par Joly Sophia, étudiante en ergothérapie à l'institut de La Musse.
- Prit conscience que je peux quitter à tout moment l'étude sans avoir à me justifier si j'en ressens le besoin.
- Accepté que JOLY Sophia réalise un enregistrement audio destiné à l'étude. Ces enregistrements seront détruits à compter du 15 septembre 2021.
- Noté que les éléments que je vais apporter seront anonymisés. Mon identité n'apparaîtra dans aucun document de l'étude.

Je peux avoir accès aux résultats si je le souhaite en envoyant un mail à l'adresse suivante : soso.joly76@gmail.com.

Fait à, Le/...../..... (2 exemplaires)

Signature de l'ergothérapeute

Signature de l'étudiante

ANNEXE II : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Matériel à avoir le jour de l'entretien

- Le formulaire de consentement
- Le guide d'entretien
- Une trousse avec des stylos
- Des feuilles blanches
- Un téléphone portable chargé
- Chargeur de téléphone

Population cible

- Ergothérapeute diplômé d'État.
- Ergothérapeute travaillant ou ayant déjà travaillé auprès de personnes âgées de 60 ans et plus.
- Avoir déjà accompagné des personnes âgées répondant aux critères suivants : ayant développé un syndrome post-chute après être tombé, pouvant encore se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.
- Ergothérapeute ayant déjà intervenu où intervenant au domicile de la personne âgée.

Introduction

Bonjour, je m'appelle Sophia JOLY et je suis actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de la Musse, prêt d'Évreux.

Je me permets de vous solliciter pour que nous réalisons un entretien afin que je puisse continuer à rédiger mon mémoire d'initiation à la recherche. Le thème de mon mémoire est l'accompagnement des personnes âgées après une chute.

La durée de l'entretien est estimée à 45 minutes. Vous pouvez interrompre à tout moment l'entrevue.

Pouvez-vous signer le formulaire de consentement s'il vous plaît ?

L'entretien sera anonymisé et votre identité restera confidentielle.

M'autorisez-vous à enregistrer nos échanges afin de m'aider à retranscrire l'ensemble de l'interview ? Ces enregistrements seront supprimés dans un délai de 6 mois.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Partie I : Validation des critères d'inclusion

Avant de commencer, j'aimerais m'assurer que vous répondez bien aux critères d'inclusion :

1. Avez-vous déjà accompagné des patients répondant aux critères suivant : déjà chuté, pouvant se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.

Partie II : Informations générales

Parlez-moi un peu de vous :

2. Depuis quand êtes-vous diplômé ?

→ Année.

3. Actuellement dans quelle structure travaillez-vous et depuis quand ?

→ Type de structure, accompagnement proposé, nombre d'années dans la structure, combien de temps par semaine.

4. Quel est votre parcours professionnel

→ Formation(s) suivie(s), expérience, reconversion professionnelle.

Partie III : Évaluation des connaissances du syndrome post-chute

Vous travaillez où vous avez déjà travaillé auprès de personnes âgées, ainsi :

5. Comment définissez-vous le syndrome post-chute.

Si la définition donnée correspond à ma définition je continue, sinon je donne ma définition. Le syndrome post-chute est composé de deux dimensions. La première dimension est la dimension motrice qui correspond au trouble de la posture et de la marche. La seconde est la dimension psychologique c'est-à-dire l'anxiété importante lorsque l'individu est en station debout.

6. Avez-vous déjà accompagné des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

7. Prenez-vous en compte la dimension sociale des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ? De quelle façon ?

Partie IV : L'aménagement du domicile et la prise de confiance

8. Quels aménagements du domicile effectuez-vous durant votre pratique professionnelle pour des patients présentant un syndrome post-chute ?

9. Comment définissez-vous les habitudes de vie ?

Après que l'interviewé m'ait donné sa définition des habitudes de vie, je lui transmets ma définition.

Selon le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap, les habitudes de vie correspondent aux activités courantes (communication, les déplacements, la nutrition, les conditions physiques et de bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation) et aux rôles sociaux (responsabilités, relations interpersonnelles, à la vie associative et spirituelle, à l'éducation, le travail et loisirs).

10. Que mettez-vous en place pour améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

11. Que pensez-vous de l'aménagement du domicile dans le cadre des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

12. Comment définissez-vous la confiance ?

13. Est-ce que, selon vous, l'aménagement du domicile favorise la prise de confiance ?

14. Comment évaluez-vous la prise de confiance dans un nouvel environnement ?

15. Avez-vous une échelle d'évaluation ?

1. Si oui laquelle ?

2. Sinon, graduer la confiance suite à un aménagement du domicile : pas du tout, moyennement, beaucoup ?

16. Selon vous, de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

Partie V : La mise en situation et la prise de confiance

17. Faites-vous des mises en situation après avoir réalisé des aménagements du domicile ?

18. Si oui, Pourriez-vous m'en parler davantage ?

→ **Quel est le but de ces mises en situation ?**

→ **Quelles mises en situation effectuez-vous durant vos accompagnements (modalités) ?**

→ **Quelles répercussions pensez-vous que les mises en situation ont sur le patient ?**

19. Pensez-vous que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur nouvel environnement ?

1. Pourquoi ?

Partie VI : L'application de la participation sociale

20. Connaissez-vous le concept de participation sociale ?

S'il dit non, proposer ma définition.

21. Comment définissez-vous le concept de participation sociale ?

Après que l'interviewé m'ait transmis sa définition, je lui propose la mienne afin que nous soyons d'accord sur la signification de ce concept tout le long de l'entretien.

Selon le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap, la participation sociale correspond à l'accomplissement des habitudes de vie qui sont le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels tels que les déficiences et les facteurs environnementaux tels que l'architecture.

À savoir que les habitudes de vie correspondent aux activités courantes (communication, les déplacements, la nutrition, les conditions physiques et de bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation) et aux rôles sociaux (responsabilités, relations interpersonnelles, à la vie associative et spirituelle, à l'éducation, le travail et loisirs).

22. Selon vous, prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

Conclusion

J'ai fini de vous poser mes questions.

23. Auriez-vous des pistes de remarques à me soumettre ? Des points à soulever ?

Je vous remercie du temps que vous avez accordé pour répondre à mes questions.

Je vous laisse mon adresse mail et mon numéro de téléphone si vous souhaitez me contacter pour des informations supplémentaires.

ANNEXE III : Entretien avec l'ergothérapeute 1 (E1)

Moi : Ma première question c'est est ce que vous avez déjà accompagné des patients répondants aux critères suivant donc des patients ayant déjà chuté, pouvant encore se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.

E1 : Oui.

Moi : D'accord. Depuis quand êtes-vous diplômée ?

E1 : Depuis 2 ans.

Moi : Donc c'était en deux milles euh....

E1 : En 2019.

Moi : Mh, actuellement dans quelle structure travaillez-vous et depuis quand ?

E1 : J'travail en ESPRAD, en équipe spécialisée de prévention et de réadaptation à domicile depuis 1 an.

Moi : D'accord. Euh donc du coup euh ça fait deux ans que vous êtes diplômée. Quel a été du coup votre parcours professionnel ?

E1 : Euh.. C'était une reprise d'étude en fait dans euh le diplôme d'ergothérapie. J'ai travaillé auparavant auprès d'enfant sourd en tant que codeuse en langue française parlé et complété.

Moi : D'accord. Et euh au sein de l'ESPRAD euh vous êtes à temps pleins, à mi-temps ?

E1 : À temps pleins.

Moi : Et euh... quel est le type d'accompagnement proposé ?

E1 : Alors, euh c'est un accompagnement du coup à domicile sur un... auprès de personnes présentant soit une sclérose en plaques et des maladies apparentées, soit la maladie de parkinson et les maladies qui sont apparentées où soit les personnes présentant un haut risque de chute de plus de 60 ans sans troubles cognitifs sévères.

Moi : D'accord. Euh du coup euh comme vous travaillez avec des personnes âgées comment vous défini, définiriez, définissez-vous le syndrome post-chute ? Comment vous le définissez ?

E1 : Alors le syndrome post-chute je le définirai comme étant euh une peur euh importante de la personne suite à une chute euh de de rechuter. Euh donc avec euh des répercussions sur le plan euh... sur le plan d'la motricité et d'la marche mais euh principalement fin c'est vraiment une peur de la personne de euh... de rechuter en fait avec les conséquences que cela peut engendrer derrière.

Moi : D'accord. Et du coup vous avez déjà accompagné des personnes présentant un syndrome post-chute ?

E1 : Oui.

Moi : Et est-ce que vous prenez en compte la dimension sociale de ces personnes âgées qui présentent un syndrome post-chute ?

E1 : La dimension sociale c'est-à-dire ?

Moi : Euh c'est-à-dire euh tout ce qui est lié à... à la sociabilisation de la personne âgée. Tout ce qui est voir du monde, réaliser des habitudes de vie.

E1 : Oui forcément oui.

Moi : D'accord. Mh... Quels aménagements du domicile effectuez-vous durant votre pratique professionnelle pour des patients présentant un syndrome post-chute ?

E1 : Bah tout dépend... après c'est propre à chaque patient malgré tout hein euh il y a pas, il n'y a pas une, un aménagement pour une personne. À chaque fois c'est s'adapter selon les patients qu'on a avec nous mais euh euh ça peut, ça va dépendre si c'est des personnes qui ont un lit médicalisé, pas de lit médicalisé, si, si ya des... un encombrement du domicile pas d'encombrement, si c'est une personne qui a une aide technique à la marche ou qui n'en a pas fin c'est difficile de répondre à la question euh de façon très claire et de façon enfin ça va tellement être aléatoire selon les patients que...

Moi : D'accord, il n'y a pas des aménagements que vous préconisez plus souvent que d'autres ?

E1 : Bah euh si retirer les tapis qu'il peut y avoir au sol. Ça peut être euh... euh... la mise en place de barres d'appui à certains endroits pour euh... pour que la personne puisse avoir un appui et du coup se sécuriser pendant le déplacement. Euh ça peut être la mise en place, euh en effet si la personne elle a... Si le syndrome post-chute implique que les transferts soient difficiles, transferts assis/debout puissent être difficiles par la suite de peur de chuter euh ça peut être aussi la préconisation d'un fauteuil releveur, ça peut être d'un lit médicalisé pour justement pouvoir varier la hauteur du lit et donc éviter euh éviter une chute lors de la sortie du lit. Euh.... Après ça peut-être la salle de bain. Ça dépend, ça dépend vraiment du contexte en fait hein euh.

Moi : D'accord. D'accord. Comment définissez-vous les habitudes de vie ?

E1 : Les habitudes de vie. Euh... Bah les habitudes de vie c'est ce que la personne à l'habitude de faire dans la vie au quotidien. Donc euh dans sa façon de, dans toutes les activités de... Ses activités essentielles de vie quotidienne en gros hein euh. Les habitudes pour se déplacer, les habitudes pour euh... Pour manger, pour se laver pour toutes ces choses-là. Les habitudes de vie pour moi c'est ça et en prenant en compte bien évidemment euh en plus des activités essentielles de vie quotidienne, les activités instrumentaux aussi puisque la personne peut avoir l'habitude de, je sais pas moi, d'aller manger chez ses enfants tous les vendredis midi enfin donc tout ça c'est à prendre en compte aussi. Les habitudes de vie pour moi c'est vraiment que la

personne elle euh, elle à l'habitude de faire dans toutes ces activités là.

Moi : D'accord. Parce que oui selon le Modèle de Développement Humain – de Processus de Production, les habitudes de vie elles ont deux dimensions, donc les activités courantes tout ce qui est lié à la communication, les déplacements, la nutrition, les conditions physiques, bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation et aux rôles sociaux donc c'est tout ce qui était plus lié à la responsabilité, les relations interpersonnelles, la vie associative, l'éducation, le travail et loisirs. Donc c'est ce que... Si je comprends bien c'est un peu ce que vous m'avez dit précédemment.

E1 : Oui c'est ça, en gros c'est ça.

Moi : Ok. Mh... Que mettez-vous en place du coup pour améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E1 : Euhh... Bhin... c'que je mets en place, ça peut être.... Ça peut être des adaptations, ça peut être de l'aménagement. Ça peut être, euh... Ça dépend des habitudes de vie et de ce que ça peut impliquer derrière. À quel moment la personne peut avoir, euh... À quel moment le syndrome post-chute peut vraiment se manifester en fait puisque si la personne elle a des habitudes de vie qui sont euh deuh.... Je sais pas moi, de s'habiller en étant déjà assise, ou des choses comme ça tout bon euh tout dépend de ce que la personne à déjà l'habitude de faire en fait. Donc euh ça va être des adaptations de l'aménagement selon ses habitudes ou pas si les habitudes qu'elle a sont déjà, sont déjà, sont déjà aménagées ou adaptées par rapport à ça.

Moi : D'accord. Donc ça dépend vraiment de la personne et...

E1 : Bhin oui c'est vrai, c'est vraiment, c'est pas évident de répondre à ce genre de question de façon... Fin voilà en l'occurrence en plus euh en intervenant au domicile de la personne il y a quand même beaucoup de choses à prendre en compte et le domicile de la personne n'est pas le même d'une personne à une autre et du coup même si un syndrome post-chute ça se manifeste souvent euh de la même façon

d'une personne à l'autre euh tout le contexte environnemental, le contexte familial, le contexte social, le contexte euh.... Tous ces contextes-là sont vraiment différents d'une personne à l'autre donc forcément les habitudes de vie sont différentes et donc l'intervention de l'ergo sera aussi différente quoi.

Moi : Oui. D'accord. Et comment définissez-vous la confiance ?

E1 : La confiance. Entre, entre le patient et thérapeute ou ?

Moi : La confiance, plutôt la confiance en soi.

E1 : La confiance en soi. Bhin... c'est le fait d'avoir bonne connaissance de ses capacités et du coup d'avoir confiance, enfin de... de ... Comment définir la confiance en soi.... bhin.... si je fais le lien avec le syndrome post-chute euh.... Je sais pas trop comment le définir là comme ça mais euh pour moi la confiance en soi elle est mise en jeu du coup selon la connaissance ou non de.... la bonne connaissance des capacités de la personne.

Moi : Du coup j'ai une définition qui s'approche aussi de la vôtre qui est que du coup la confiance en soi avoir être capable de faire des choix et prendre des décisions. C'est le fait d'agir et de réagir.

E1 : Ouais d'accord.

Moi : Et il y avait aussi la notion de capacités.

E1 : Ouais.

Moi : Euh du coup est-ce que, selon vous, l'aménagement du domicile favorise la prise de confiance, de la personne présentant un syndrome post-chute ?

E1 : Oui ça peut oui.

Moi : Est-ce que vous l'évaluez la prise de confiance dans un nouvel

environnement ?

E1 : Euh... Ça doit pouvoir s'évaluer je pense que... Je sais pas si il y a des échelles qui sont déjà euh... des échelles normées ou des choses comme ça qui sont déjà euh mises en place mais euh... Mais certainement que ça doit pouvoir s'évaluer. Mh.

Moi : Euh, donc du coup vous vous n'avez pas d'échelle d'évaluation ?

E1 : Par rapport à la confiance en soi euh non pas spécialement non.

Moi : D'accord. Et est-ce que, selon vous, aménager l'environnement permet à la personne ayant un syndrome post-chute de prendre pas du tout confiance, moyennement confiance en elle ou beaucoup confiance ? Enfin, avec une échelle....

E1 : L'aménagement du domicile ?

Moi : Oui.

E1 : Bhin... D'avoir plus confiance je dirais euh bhin... C'est donc soit pas du tout, soit moyen soit beaucoup c'est ça ?

Moi : Euh oui. Ou une autre proposition.

E1 : Je pense que ce n'est pas suffisant à ce que la personne elle ait une très bonne confiance en elle. Ce n'est pas juste l'aménagement du domicile qui va faire que. Donc euh pour moi ça peut favoriser la confiance en elle euh ça peut que le favoriser donc ça peut que être mieux. Donc je dirais moyennement par rapport à ce que je dis je pense que c'est du coup ce qui répond le mieux à Votre question. Mais euh je dirais moyennement mais évidemment ce sera pas que l'aménagement qui permettra une confiance en elle optimale.

Moi : Et euh du coup est ce que vous auriez un autre exemple pour favoriser l'amélioration de la personne dans son environnement ?

E1 : Bah je pense qu'il faut qu'elle prenne conscience de ses capacités et le fait de pouvoir euh... Par exemple travailler sur des relevés de sol ou des choses comme ça et que la personne soit en capacité de le faire, que ça puisse la rassurer pour le cas où elle viendrait à chuter, de savoir que elle restera pas toute seule allongée par terre et de ne pas pouvoir se relever enfin je pense qu'il y a d'autres choses euh et donc ça pour moi ça en fait partie c'est, ça va lui permettre de se rassurer. Alors pas forcément d'avoir euh... Enfin je pense que le fait d'être rassuré lui permettra d'avoir aussi peut être plus confiance en elle.

Moi : D'accord. Mh... Du coup là j'avais une question mais vous avez sans doute déjà répondu. C'était selon vous, de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

E1 : Oui donc oui c'est ça. Au final j'y ai répondu.

Moi : Alors du coup j'ai une autre question. Faites-vous des mises en situation après avoir réalisé des aménagements du domicile ?

E1 : Ouais bien évidemment.

Moi : Est-ce que vous pourriez m'en parler davantage ? À travers un exemple où ?

E1 : Bha euh.... les mises en situation tout dépend de l'aménagement qui a été réalisé hein. Mais si on reste sur de l'aménagement domicile, si euh... De toute façon euh... Si c'est que de l'aménagement, par exemple la pose de barre d'appui ou des choses comme ça euh de toute façon avant, avant de mettre en place la barre d'appui on fait des essais donc euh déjà on met en situation avant même que l'aménagement soit réalisé. Donc euh...Donc il y a des essais qui sont prévus avant ça. Si c'est l'aménagement en mettant du nouveau matériel. Maintenant si c'est de l'aménagement juste en retirant les tapis ou en désencombrant un peu la pièce ou ce genre de chose euh là euh de toute façon on fait le nécessaire et on évalue au fur et à mesure de ce qu'on fait.

Moi : Et vous évaluez comment ?

E1 : Bhin en mettant la personne en situation.

Moi : Et vous avez une grille ou c'est de l'observation ?

E1 : Non non c'est de l'observation.

Moi : D'accord. Et du coup le but des mises en situation globalement c'est quoi ?

E1 : Bah le but des mises en situation c'est mettre de mettre euh, de s'assurer que ce que l'on propose ça fonctionne bien. Et ça permet aussi à la personne de se rendre compte parce que si c'est pour faire de l'aménagement, mettre des aides techniques en place ou des choses comme ça euh de juste les mettre en place et pas de les faire faire à la personne. Là l'avantage de la mise en situation c'est que la personne nous on est là donc déjà la personne est rassurée par le fait de...de...de ne pas être toute seule. Et en plus de ça on peut l'entraîner aussi à certaines choses aussi. Par exemple la mise en place d'une barre d'appui et du coup c'est pour favoriser les transferts, par exemple bhin on peut travailler aussi les transferts en la mettant en situation avec la barre d'appui. Donc euh... Donc les mises en situation permettent déjà de s'assurer que ce que l'on préconise c'est, c'est correct et que ça fonctionne bien. Et éventuellement du coup d'adapter si ce n'est pas suffisant mais en plus de ça, ça permet d'accompagner la personne dans... Dans... Enfin avec ces aménagements qui ont été réalisés.

Moi : D'accord. Et selon vous, quelles sont les répercussions des mises en situation ont sur le patient ?

E1 : Bhin les mises en situation ça peut que les rassurer en fait hein. Le fait de faire les choses en étant accompagné et de se rendre compte que c'est possible et de se rendre compte que c'est mieux et cetera ça peut que les rassurer.

Moi : D'accord. Euh pensez-vous que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur environnement, leur nouvel environnement pardon ?

E1 : D'être plus en confiance oui ça c'est sûr.

Moi : Et pourquoi ?

E1 : Bhin.. Pour les mêmes raisons que j'ai évoqué juste avant en fait hein euh. Si elles se rendent compte qu'elles sont capables de faire les choses en étant en sécurité, elles peuvent être rassurées, elles peuvent aussi avoir confiance en elles dans la mesure où elles sont capables de le faire. Euh peut-être que la personne qui présente un syndrome post-chute euh elle euh... Les conséquences peuvent être que la personne ne faisait plus ses transferts par exemple. Euh le fait de mettre en place une barre d'appui et du coup elle a un appui pour pouvoir se relever et réaliser le transfert, euh bah elle se rend compte que c'est possible, qu'elle est sécurisée et qu'elle est en capacité de le faire de façon, euh de façon autonome et indépendante donc du coup euh... Euh ça peut favoriser la confiance en elle, et du coup ça peut faire en sorte que ça se passe mieux par rapport au syndrome post-chute.

Moi : D'accord. Connaissez-vous le concept de participation sociale ?

E1 : Euh... Oui j'en ai entendu parler mais bon c'est pas forcément euh... C'est pas forcément très clair là comme ça.

Moi : Si vous deviez me le définir, vous me diriez quoi ?

E1 : La participation sociale ? Bah pour moi c'est le fait que la personne elle euh... Elle soit actrice dans les comment... Dans les situations euh bah les situations euh... De vie sociale enfin les situations qui peuvent l'amener à je sais pas moi... Je dirais que la participation sociale c'est plus euh... C'est le fait d'être acteur dans différentes activités euh qui mettent en... Je sais pas. J'arrive pas à définir comme ça.

Moi : Euh bah du coup dans mon cadre conceptuel, j'ai défini la participation sociale à travers le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap qui définit la participation sociale comme le fait d'accomplir des habitudes de vie qui sont le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels comme les

déficiences et les facteurs environnementaux comme l'architecture par exemple.

E1 : Ah ouais.

Moi : Donc selon le PPH, du coup la participation sociale c'est vraiment le fait de pouvoir réaliser les habitudes de vie.

E1 : D'accord.

Moi : D'où ma question suivante qui est selon vous, prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E1 : Bah oui.

Moi : Et pourquoi ?

E1 : Bah parce queuh si.... Fin reposer la question.

Moi : Selon vous, prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E1 : Bah oui parce que si la personne elle prend confiance, si elle prend confiance en plus si on l'a mise en situations, donc on l'a mise en situation potentiellement par rapport à ses habitudes de vie, donc du coup si elle prend confiance grâce aux mises en situation qui ont été réalisées euh au sein du domicile euh forcément que derrière euh ça va, ça va avoir une répercussion, ça va forcément être positif.

Moi : D'accord. D'accord. Euh donc du coup j'ai fini de vous poser les questions. Est-ce que vous auriez des pistes de remarques à me soumettre, des points à soulever sur l'entretien que l'on vient d'avoir ?

E1 : Non pas spécialement.

Moi : D'accord. Je vous remercie du temps que vous avez accordé pour répondre à mes questions. Vous avez mon adresse si jamais vous avez des questions.

ANNEXE IV : Entretien avec l'ergothérapeute 2 (E2)

Moi : Ma première question est est ce que tu as déjà accompagné des patients répondant aux critères suivant donc des patients ayant déjà chuté, pouvant encore se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.

E2 : Oui tout à fait.

Moi : D'accord. Depuis quand êtes-vous diplômée ?

E2 : Depuis 2014.

Moi : D'accord. Actuellement tu travailles dans quelle structure et depuis quand ?

E2 : Je travaille à la maison pour l'association Merci Julie depuis novembre.

Moi : D'accord. Et du coup, quel est ton parcours professionnel ?

E2 : Auparavant j'ai travaillé dans 4 SSR différents.

Moi : D'accord. Quel est l'accompagnement proposé dans la structure ?

E2 : On réalise des visites à domicile pour les personnes qui sont en difficultés chez eux ou euh en fonction de leurs besoins donc s'il y a des travaux de salle de bain pour avoir par exemple une douche ou des choses comme ça. Euh... On propose aussi du suivi de chantier ça veut dire que du coup qu'on les accompagne tout le long de leur euh de leur euh aménagement de domicile. Euh au niveau des... Soit des travaux soit des essais d'aide technique euh on fait le lien avec les artisans et cetera et cetera voilà.

Moi : D'accord. Et tu es à mi-temps ou à temps plein ou...

E2 : Je suis à 60 %.

Moi : D'accord. Ok. Comment tu définirais le syndrome post-chute ?

E2 : Oula. Mh... Syndrome post-chute avec des mots compliqués ou pas ? [Rires].

Moi : Euh peu importe [Rires].

E2 : [Rires]. Euh pour moi c'est euh du coup une appréhension plus plus d'une personne ayant chuté ou euh ayant failli chuter qui euh qui du coup en fait ceuh traduit par euh un, une peur de la verticalisation, une sorte de rétropulsion euh du du corps sans qu'il y ait forcément de... de... comment dire, sans forcément qu'il s'en rende compte en fait.

Moi : D'accord. Parce que du coup moi je le définis par deux dimensions. Donc la première dimension c'est la dimension motrice qui correspond donc aux troubles de la posture et de la marche.

E2 : Ouais.

Moi : Et la seconde dimension c'est la dimension psychologique. C'est qui est tout ce qui est anxiété par rapport à la station debout.

E2 : Ouais.

Moi : Donc du coup est-ce que tu as déjà accompagné des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E2 : Oui.

Moi : Et est-ce que durant cet [toux] cet accompagnement tu prends en compte la dimension sociale des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E2 : C'est-à-dire social ?

Moi : C'est-à-dire tout euh... Le fait que la personne puisse voir du monde, réaliser

ses habitudes de vie.

E2 : Euh bah habitude de vie je pense que c'est important. Euh après est-ce que dans un premier temps au niveau de l'accompagnement, enfin au niveau de la rééducation je me base pas forcément sûre euh sûre ce côté-là. Mh après si je vois que les méthodes plus analytiques on va dire fonctionne pas euh oui ça m'est déjà arrivé de... de trouver un levier motivationnel pour euh... pour euh... plus euh... pour motiver la personne à avoir moins peur où a... se... comment dire... s'investir un peu plus dans la rééducation quoi.

Moi : D'accord. Donc tu passes plutôt par la motivation ?

E2 : Ouais. Mais après si la motivation c'est les habitudes de vie si, si euh, son entourage où quoi que ce soit bhin... On essaie de faire en fonction quoi.

Moi : Ok. Quels aménagements du domicile tu effectues durant ta pratique professionnelle pour des patients présentant un syndrome post-chute ?

E2 : Euh bah ça dépend de... des... séquelles motrices entre guillemets.

Moi : D'accord.

E2 : Euh de la personne et de ses capacités. Parce que, si.... Parce que j'ai eu des syndromes post-chutes qui étaient en fauteuil et qui ne pouvaient pas sortir de leur fauteuil dès que il fallait se pencher en avant c'était une catastrophe où quoi que ce soit. Mais j'en ai eu aussi qui marchaient en déambulateur et.... Et qui avaient une posture très particulière mais qui arrivaient à se déplacer sans aucuns soucis et dans ce cas-là ça va pas être forcément les mêmes aménagements proposés. Je pense que c'est vraiment en fonction des capacités motrices et pas forcément en fonction du syndrome en lui-même.

Moi : D'accord. Et il y a pas des aménagements que tu préconises plus souvent que d'autres ?

E2 : Mh... Je dirais que non.

Moi : Non. Ok. Comment tu définis les habitudes de vie ?

E2 : Euh les habitudes de vie c'est euh... des habitudes de vie quoi [rires]. C'est euh des... des fonctionnements qu'avait euh... des fonctionnements, des automatismes qu'avait la personne euh avant son accident et qui du coup euh ... et qui du coup son dans sa pratique de vie constante en fait. C'est des automatismes dans sa vie quotidienne.

Moi : D'accord. Parce que du coup moi je me suis appuyée sur le Modèle de Développement Humain – Processus de Production qui définit les habitudes de vie comme les activités courantes donc c'est tout ce qui est lié à la communication, les déplacements, la nutrition, les conditions physiques...

E2 : Ouais.

Moi : ... le bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation.

E2 : Ouais, les AVQ.

Moi : Et il inclut aussi les rôles sociaux. Tout ce qui est la responsabilité, relations interpersonnelles, vie associative...

E2 : Ouais d'accord.

Moi : ...l'éducation, travail et loisirs.

E2 D'accord.

Moi : Du coup, que mets-tu en place pour améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E2 : Mh... Qu'est-ce que je mets en place ? Euh... Bah c'est pareil ça va dépendre

beaucoup de [chien qui aboie] ces habitudes-là. Après, bah des, des aménagements à domicile si la personne, enfin si cela nécessite pour qu'elle puisse ressortir, pour qu'elle puisse effectuer comme euh... effectuer ces AVQ comme elle avait l'habitude et cetera. Euh... des aides techniques si des aides techniques suffit pour certaines. Euh et puis après au niveau de la rééducation c'est plus des... des mises en situation peut-être, des... des sorties, des mises en situation AVQ et cetera pour voir un peu comment elle se débrouille pour qu'elle reprenne. Et qu'elle déjà elle me dise avant comment elle le faisait et qu'après elle essaye de le faire en situation en structure je pense. Et si les structures acceptent qu'on le fasse à domicile euh qu'on puisse partir à l'extérieur pour faire ça.

Moi : D'accord. Mh que penses-tu de l'aménagement du domicile dans le cadre des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E2 : Ouais pour moi qu'il y ait syndrome post-chute où pas euh l'aménagement du domicile en fonction des habitudes de vie c'est... la base. Parce que si la personne elle a l'habitude de.... de.... par exemple faire sa toilette au lavabo mais que son aidant proche il dit bah oui mais il lui faut une douche ! Il lui faut une douche ! Il lui faut une douche ! Euh parce que ça rejoint la baignoire alors qu'en fait la douche elle ira pas. Euh ça sert à rien de la perturber sur des travaux et cetera pour qu'au final en fait elle continue à laver au lavabo. Je pense qu'il faut d'abord faire un bilan vraiment des habitudes de la personne pour après proposer des aménagements en fonction d'eux.

Moi : Et du coup euh, quel est l'objectif de l'aménagement pour la réalisation des habitudes de vie ?

E2 : Bah c'est qu'il retrouve une certaine autonomie et qu'euh.... il y ait une indépendance qui soit perdue euh à cause du euh... à cause d'une chute et du syndrome post-chute du coup. Et du coup, de les remettre en fait des un environnement sécur mais en même temps qui se rapproche le plus possible de leurs habitudes pour qu'ils puissent euh.... euh.... reprendre en toute confiance en fait leur euh... leur AVQ je dirais.

Moi : D'accord. Comment définis-tu la confiance ?

E2 : Oh [Rires]. C'est un questionnaire Larousse ton truc ? [Rires]. Euhm la confiance, la confiance euh.... la confiance envers qui ? La confiance thérapeute euh....

Moi : La confiance en soi.

E2 : La confiance en soi ?

Moi : Oui.

E2 : Oh c'est dur à définir ça. Euh... c'est euh... C'est la confiance qu'on a en ses propres capacités. C'est être sûr de soi quand on fait telles ou telles activités.

Moi : Euh... bah du coup oui j'ai une définition qui euh... qui définit la confiance en soi à travers le fait que d'être en capacité de prendre des décisions.

E2 : Ouais d'accord.

Moi : Mh.. Est-ce que selon toi, l'aménagement du domicile favorise la prise de confiance ?

E2 : Mh... D'un côté je pense que oui parce que du coup euh le but de l'aménagement c'est de faciliter la vie donc du coup les personnes on peut être plus tendance à faire certaines choses parce que bah c'est plus facile avec les aides techniques ou avec tel aménagement et cetera. Et d'un côté je pense que ça peut aussi avoir un effet de... de... de oh bah je suis plus capable de faire ça du coup faut qu'on adapte mon domicile parce qu'euh.... Parce euh je suis plus en capacité de le faire donc je pense qu'il y a un espèce d'effet.... effet je sais pas comment dire ça mais je pense que t'as compris [Rires].

Moi : Tu veux dire qu'il peut y avoir deux... deux options au fait que... sur l'aménagement. Enfin ça peut.... Si j'ai bien compris ça peut donner confiance mais

en même temps ça peut faire peur.

E2 : Bah ouais c'est ça. Ça peut donner confiance parce que... parce que c'est plus facile avec, l'aménagement enfin avec les solutions qu'on a préconisé. Mais je pense que ouais ça peut... Il peut y avoir le côté un peu deuh " bah ouais bah du coup je suis plus capable bah... On me modifie tout et puis c'est pas mes affaires, c'est pas mes habitudes parce que du coup j'ai pas l'habitude d'utiliser tel truc pour faire ça". Donc je pense que majoritairement c'est mieux. En fait je pense qu'il y a quand même des cas où c'est quand même plus compliqué.

Moi : D'accord. Est-ce que tu évalues la prise de confiance dans un nouvel environnement des personnes qui ont un syndrome post-chute, après un aménagement ?

E2 : Euh non parce que le problème des... des SSR et des CRF c'est que bah en fait les gens une fois qu'il rentre chez eux à part si ils ont de l'hôpital de jour où la on évalue forcément comment s'est passé le retour à domicile mais plus en... en échange euh... en échange avec la personne mais on évalue pas à domicile n'y rien. Et généralement quand il n'y a pas d'hôpital de jour bah en fait les gens on les revoit pas. Donc euh.... Je dirais que c'est pas... Dans le monde des bisounours ça serait trop cool mais je pense que actuellement c'est difficile à faire.

Moi : D'accord. Mh... Donc du coup selon toi, est-ce que aménager euh le domicile de la personne âgée peut améliorer la confiance euh de façon.... Enfin sur une échelle tu dirais que l'aménagement du domicile améliore la confiance pas du tout, moyennement, beaucoup ?

E2 : Bah j'dirais entre euh.... Entre moyennement et beaucoup à soixante euh... soixante-dix pourcents on va dire.

Moi : D'accord. Donc en moyennement presque beaucoup ?

E2 : Ouais c'est ça [Rires].

Moi : Selon toi, de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

E2 : Attends tu peux me la refaire s'te plaît ?

Moi : Oui. Selon toi, de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

E2 : Euh bah du coup ça rejoint ce que je disais toute à l'heure. J'pense que c'est... Que ça permet en fait de...[Chien qui aboie]. Ah j'suis désolée c'est mon chien. Banjo éh tait toi. [Chien qui aboie]. Attends deux secondes parce que. Tais-toi. Vas te coucher. Dépêches toi. Aller pchit. Euh je dirais que ça rejoint du coup ce que je disais toute à l'heure. C'est-à-dire vu qu'on facilite le quotidien et qu'on facilite la réalisation de des fameuses habitudes de vie euh la personne elle prend du coup plus confiance en elle euh parce que du coup elle est capable de faire seule ce qu'elle aurait pas pu forcément faire seule sans aménagements. Je sais pas si ça répond à ta question.

Moi : Oui. Euhm est-ce que tu fais des mises en situation après avoir réalisé des aménagements du domicile ?

E2 : Euh... même réponse que toute à l'heure. Euh ça serait bien mais on peut pas le faire après coup en centre de rééducation. Euh.... Après nous dans le cadre du dispositif SHERPA on fait des secondes visites pour voir si ça a bien été euh.... Comment dire, si nos solutions elles ont été bien... bien utilisées et euh... euh.... vraiment adoptées par la personne. Mais on peut pas faire de mise en situation. C'est juste un point. Et euh du coup en centre de rééduc euh.... Non j'en ai pas fait.

Moi : D'accord. Et du coup est-ce que tu penses que les mises en situation peuvent permettre aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur environnement ?

E2 : Euh oui, oui oui. Parce je pense que plus ils sont encadrés, plus ils sont guidés euh et rassurés, euh plus ils ont tendance à adhérer aux solutions qu'on va leur

proposer. Je pense. Mais après je pense que ça ça se fait surtout en amont. Euh c'est-à-dire avant de proposer une aide technique où un aménagement euh... Bon à part les gros aménagements évidemment qu'on peut pas forcément mettre euh... euh....Faire comme ça mais euh mais tout ce qui est aides techniques et petits aménagements c'est bien aussi de le faire en amont de....de faire des essais euh avec la personne avant de la mettre chez elle et une fois que déjà en structure elle voit que bah c'est pas mal ou sur papier ou pendant l'entretien c'est pas mal bah dans ce cas-là ouais faire des essais plus long à domicile et après bah c'est sûre de l'achat et de la réalisation des aménagements quoi.

Moi : D'accord. Est-ce que tu connais le concept de participation sociale ?

E2 : Je connais globalement.

Moi : Est-ce que...

E2 : De très loin [Rires].

Moi : Et comment tu le définirais ?

E2 : Bah en faites c'est compliqué parce que justement on a eu un débat avec ma collègue là-dessus [Rires]. Qui euh.... Moi je suis très, je suis très globale et je suis très fonctionnelle et eux du coup les mots particuliers... Je t'avoue qu'on me les a dit pendant mes études mais euh... Mais après coup euh.... Ça part, ça part un petit peu. Euh du coup ce que j'ai retenu de la participation sociale c'est en gros la....le.... la capacité à réaliser euh... certaines activités de vie quotidienne. Pour moi je crois que c'est ça à moins que je me goure ce qui est possible.

Moi : Bah selon, du coup toujours le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap la participation sociale correspond à l'accomplissement des habitudes de vie qui sont le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels comme les déficiences et les facteurs environnementaux comme l'architecture.

E2 : Ouais, ok.

Moi : Euh du coup, selon toi prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E2 : Oui.

Moi : Oui. Pourquoi ?

E2 : Euh bah parce que forcément plus tu fais des mises en situation plus la personne elle va.... Elle va.... Prendre confiance en l'utilisation des aménagements et cetera et... Du coup ça va forcément augmenter sa.... sa participation dans la réalisation de ses habitudes de vie.

Moi : D'accord. Donc du coup j'ai fini l'entretien.

E2 : D'accord.

Moi : Est-ce que tu aurais des pistes d'amélioration, des remarques ou des points à soulever sur l'entretien ?

E2 : Euh non pas spécialement. Pas particulièrement. Après si tu veux bien m'envoyer ton mémoire quand c'est fini je veux bien. Ça m'intéresse.

Moi : Ok pas de soucis.

E2 : Et puis si tu as besoin d'autre chose je suis dispo aussi. Et puis non par rapport à l'entretien il y a rien de particulier.

Moi : Ok. Bah je te remercie beaucoup d'avoir pris l'temps de répondre à mes questions.

E2 : De rien.

ANNEXE V : Entretien avec l'ergothérapeute 3 (E3)

Moi : Ma première question est euh est-ce que vous avez déjà accompagné des patients répondant aux critères suivant donc des patients ayant déjà chuté, pouvant encore se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.

E3 : Oui.

Moi : D'accord. Euh depuis quand êtes-vous diplômée ?

E3 : Euh alors je suis diplômée depuis euh juin 2015.

Moi : D'accord. Actuellement dans quelle structure travaillez-vous et depuis quand ?

E3 : Alors je travaille dans un ESPRAD, donc c'est une équipe spécialisée de la prévention et de la réadaptation à domicile et j'ai commencé à y travailler en octobre 2020.

Moi : D'accord. Et quel accompagnement proposez-vous ?

E3 : Alors en fait on accompagne euh les personnes âgées euh ayant déjà chuté où au risque de chute et on intervient aussi auprès euh des personnes qui ont donc des adultes donc euh à partir de 18 ans qui ont une maladie de Parkinson ou maladie apparentée et euh les scléroses en plaques. Donc on a double casquette une on va dire.

Moi : D'accord. Et vous êtes à mi-temps ou à temps plein dans la structure ?

E3 : Je suis à 80 %.

Moi : D'accord. Quel a été du coup votre parcours professionnel ?

E3 : Euh... Alors j'ai commencé à travailler euh dans un premier temps dans un EHPAD où j'étais à temps pleins. Euh... j'y ai travaillé à peu près 8 mois. Et ensuite

j'ai travaillé pendant 3 ans dans hein... chez un prestataire de matériel médical donc un revendeur. Donc euh en tant que conseillère médico-technique et euh... Ensuite suite à ça j'ai travaillé euh... euh dans un centre hospitalier donc en service de SSR gériatrie mi-temps et mi-temps USLD donc unité de soin longue durée pendant un an et ensuite après je suis arrivée ici à l'ESPRAD.

Moi : D'accord. Euh du coup comme vous travaillez déjà travaillé avec des personnes âgées comment vous définissez le syndrome post-chute ?

E3 : Euh... bah pour moi le syndrome post-chute euh... bon bah voilà c'est... c'est suite à une chute où éventuellement euh euh... une peur de la chute hein euh. Ça se traduit par euh le fait que la personne est une désadaptation posturale. Euh... du coup au niveau de la verticalisation on a plus le schéma au niveau du schéma moteur c'est, c'est, c'est plus le même qu'auparavant euh avec vraiment euh une peur d'aller vers l'avant. Euh... après du coup euh pour moi c'est vraiment une urgence. Enfin il faut que ce soit pris en charge tout de suite. Ouais parce qu'après c'est quand même très compliqué de de venir récupérer euh... de de revenir à la normale quoi donc euh... c'est considéré comme une urgence. Donc c'est vrai qu'après il faut pas intervenir trop euh trop euh trop longtemps après pour pouvoir en tirer des bénéfices c'est quand même quelque chose qui est très difficile parce que bhin même nous à domicile nous là on a des gens qui ont un syndrome post-chute et c'est pas facile à rééduquer quoi donc euh. Après ce qui est bien c'est d'être en équipe pluridisciplinaire pour euh... pour avoir plusieurs visions euh de la chose quoi je pense notamment avec les psychomotriciens c'est vraiment intéressant quoi.

Moi : Mh. D'accord. Donc du coup vous avez déjà accompagné des personnes présentant un syndrome post-chute ?

E3 : Oui, ouais.

Moi : Et... est-ce que vous pensez à... ou vous prenez plutôt en compte la dimension sociale de ces personnes âgées qui présentent un syndrome post-chute ?

E3 : Euh... Alors qu'est-ce que t'entends par dimension sociale du coup ?

Moi : C'est euh... c'est tout ce qui est lié à ce que la personne puisse rencontrer du monde, réaliser ses habitudes de vie, et cetera.

E3 : Ouais. Euh bah oui euh forcément en plus surtout que nous on intervient à domicile donc c'est vrai que cette dimension-là euh on la prend forcément en compte. Après euh pour tout ce qui est rencontrer des personnes et cetera j'avoue que [Rire] en ce moment moi je suis arrivée pile après le premier confinement tout ça euh. Euh la plupart des personnes qu'on accompagne quand même par apport au COVID de manière générale s'il y a un syndrome post-chute ou pas euh sont quand même euh... réticentes à avoir une participation sociale quoi on va dire euh ils sortent plus beaucoup. Voilà, donc on est pas trop aidé sur ce point de vue la après je peux les comprendre mais après cette peur de la chute, ce syndrome post-chute fait quand même qu'il y a une diminution euh des activités hein euh il y a quand même beaucoup de personnes qui arrêtent certaines activités car elles ont peur de tomber.

Moi : Mh. D'accord. Et quels aménagements du domicile effectuez-vous durant votre pratique professionnelle pour des patients présentant un syndrome post-chute ?

E3 : Euh bah globalement ça va être euh... plutôt de proposer aux gens des chaises ou un fauteuil avec des accoudoirs pour avoir un appui et de réacquérir ouais au niveau des transferts assis debout euh que ce soit plus adapté. Au niveau du lit ça va être tout ce qui est barres de redressements. Je sais pas si tu vois c'que c'est ?

Moi : Euh oui.

E3 : Par exemple, comme la canoli par exemple.

Moi : La can ?

E3 : Comment ?

Moi : La canoli ?

E3 : Ouais. Euh... ça s'écrit C A N O L I et euh attends je vais regarder euh c'est alteréco santé qui la commercialise.

Moi : D'accord.

E3 : Voilà donc elle elle aide aussi pour les transferts euh au lit euh pour réacquérir un bon schéma pour les transferts ça facilite tout ça. Bon après les lits médicalisés pour tout ce qui est réglage en hauteur, inclinaison au niveau du tronc. Euh... Et puis après ça peut-être aussi tout ce qui est fauteuil releveur pour faciliter aussi les transferts. Globalement, voilà ça va être surtout les aides au transfert, après les aides à la marche ça aussi ça dépend de beaucoup de choses. Parce que bon il y a aussi... il y a le syndrome post-chute mais il y a aussi concrètement ce qui est possible de mettre en place au domicile en fonction de bah voilà si les portes sont suffisamment larges avec un déambulateur toute c'est choses là quoi.

Moi : D'accord. Comment définissez-vous les habitudes de vie ?

E3 : Euh bah les habitudes de vie pour moi ça va être tout ce que la personne euh fait au quotidien, son rythme habituel euh, où elle range ses affaires, enfin vraiment comment elle à l'habitude de faire son quotidien, son rythme de sommeil tout, enfin tout ce qui touche au quotidien. Après ça peut-être aussi toutes les activités, les loisirs, d'aller faire ses courses à tel moment de la journée toutes ces choses-là.

Moi : D'accord. Parce que du coup moi je me suis appuyée sur la le Modèle de Développement Humain – Processus de Production, pour définir les habitudes de vie.

E3 : Ouais.

Moi : Donc dans le modèle il est dit qu'il y a deux dimensions dans les habitudes de vie. Donc les activités courantes tout ce qui est lié à la communication, les déplacements, la nutrition, les conditions physiques, bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation.

E3 : Mh mh.

Moi : Et aussi tout ce qui est rôles sociaux. Donc c'est tout ce qui était plus lié à la responsabilité, aux relations interpersonnelles, à la vie associative, l'éducation, le travail et loisirs.

E3 : D'accord.

Moi : Donc du coup j'ai une question en rapport avec les habitudes de vie qui est que mettez-vous en place du coup pour améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E3 : Mh attends tu peux me redire ta question

Moi : Oui. Que mettez vous en place pour améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E3 : Globalement nous avec l'ESPRAD surtout qu'on a la chance d'être au domicile ça va va être beaucoup des mises en situation euh voilà euh par exemple il y a quand même une participation sociale aussi je pense que c'est aussi de sortir, de faire une balade euh voilà ça c'est des choses ou globalement ils n'osent plus le faire tout seul euh l'entourage est pas forcément présent pour leur permettre donc nous c'est vrai on a le gros avantage de faire les mises en situation d'aller euh on fait des séances d'une heure donc on a tout à fait le temps de sortir avec la personne pour essayer de concrètement tout ce qui peut, tout ce qui s'applique euh comme je te disais le changement des habitudes est loin d'être toujours évident donc euh l'acceptation, aussi le fait de ben par exemple d'avoir une aide technique à la marche pour toutes ces personnes en situation post-chutes, par rapport aussi au lien social, beaucoup le regard des autres ou c'est quelque chose qui les inquiète beaucoup de se dire qu'est ce qu'on va dire si je marche avec un déambulateur donc tout ça c'est des choses au niveau psychologique qui sont à travailler quoi donc euh

Moi : Et

E3 : C'est vrai que du coup travailler en équipe c'est vraiment aussi pour ces personnes-là et pour tout le monde de toute façon mais c'est vraiment intéressant parce que du coup il y a beaucoup de dimensions à prendre en compte quoi

Moi : Et du coup je me demandais vous prenez en compte comment la dimension psychologique

E3 : Alors euh nous on a quand même la chance de pouvoir rester une heure chez la personne donc c'est vrai qu'on a le temps de discuter avec eux d'entendre euh ce qu'ils ont à nous dire de de d'échanger avec tout ça et en plus dans l'équipe en fait il y a un psychologue qui est aussi présent donc du coup c'est vrai que c'est c'est top parce que du coup quand on sent qu'il y a un besoin euh par rapport à la peur de la chute aussi il peut intervenir du coup

Moi : D'accord. Comment définissez-vous la confiance ?

E3 : Euh ha ha ha ben je dirais que la confiance c'est de d'être capable de faire des choses.

Moi : Du coup j'ai une définition qui s'approche aussi de la vôtre qui est que du coup la confiance en soi c'est le fait de faire des choix et prendre des décisions.

E3 : Ouais c'est mieux que la mienne hahaha

Moi : Ben ça s'en approchait

Moi : Euh du coup est-ce que, selon vous, l'aménagement du domicile favorise la prise de confiance ?

E3 : Ben oui et mais en même temps il faut pas trop non plus euh si tu viens fort changer les habitudes de des personnes ça peut aussi les chambouler et qu'ils aient plus leur repaire donc il faut trouver quand même le bon compromis voilà nous on a nos idées hein des fois on propose pleins pleins de choses mais je dirais que l'aménagement du domicile doit se faire ben en entre guillemet en douceur faut pas

imposer et pour que la personne ait confiance de faire aussi les essais quoi pour qu'elle se rende compte de ce que ça peut lui apporter de en terme de sécurité et de se rendre compte que ça lui facilite la vie et surtout elle est plus en danger mais voilà avec les personnes âgées c'est pas toujours facile d'amener les aménagements il y en a qui accepte plus ou moins facilement mais effectivement ça peut apporter une certaine confiance l'aménagement du domicile tant qu'on garde les repères de la personne.

Moi : D'accord et comment l'évaluez-vous la prise de confiance dans un nouvel environnement ?

E3 : Mh ben alors c'est la personne pour moi voilà on voit si la personne elle se débrouille euh est ce que ça améliore son quotidien est ce que ça la sécurise parce que des fois l'utilisation d'une aide technique inadapté peut plus mettre en danger qu'autre chose heum redis moi moi ta question pour que je ne dévie pas

Moi : C'était comment l'évaluez-vous la prise de confiance dans un nouvel environnement ?

E3 : Mh euhm ben voilà ça va être de nouveau des mises en situation après ben nous comme nous on a du matériel on peut le laisser par exemple tu vois une semaine comme ça la personne elle prend un petit peu ses repères elle voit si ça lui convient ou pas de de tout doucement intégrer l'aide technique quoi et de voir un petit peu si elle se sent mieux avec ou pas le fait de le laisser un peu dans le temps sans qu'ils se disent ben c'est tout c'est définitif parce que bon c'est aussi euh enfin financièrement il n'y a pas beaucoup d'aide technique de prise en charge donc cela leur permet prendre confiance en en ce qu'on leur a proposé et de après le garder dans le temps

Moi : Euh, donc du coup vous vous n'avez pas d'échelle d'évaluation pour évaluer la confiance ?

E3 : Quand on est, quand on fait un aménagement de logement ?

Moi : Oui

E3 : Non

Moi : Et du coup selon vous, aménager l'environnement permet à la personne ayant un syndrome post-chute de prendre pas du tout confiance, moyennement confiance en elle ou beaucoup confiance ? En elle

E3 : de proposer un aménagement et ce que ça lui permet de prendre confiance c'est ça ?

Moi : Oui c'est ça

E3 : Ben je pense que oui euhm de de lui proposer de faire parce que bon nous c'est vrai qu'on a vraiment cette dimension-là on peut faire les essais je pense que c'est vraiment les essais qui permettent à la personne de prendre confiance de voir sur le papier euh ça peut faire peur alors que de l'essayer ben voilà de de dédramatiser un petit peu l'aide technique parce que des fois ils disent oh ça va être imposant tout ça donc pour moi c'est vraiment les essais concrètement qui vont favoriser la prise de confiance.

Moi : Et si vous deviez graduer la prise de confiance vous diriez plutôt que c'est léger, modéré, c'est enfin que l'aménagement a un effet sur la confiance à quel niveau ?

E3 : Euh moi si je dirais quand même que c'est assez c'est assez important

Moi : D'accord

E3 : Si ça apporte quand même beaucoup de choses

Moi : D'accord Ok

Moi : Selon vous, de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population

agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

E3 : Euh attends, est ce que tu peux tu peux me redire la question c'est la première fois que je fais un entretien hahahah

Moi : Ah oui

E3 : Voilà donc c'est pour ça

Moi : Je vais aller un peu moins vite parce qu'elle est longue

E3 : Oui y a pas de soucis ouais je veux bien haha

Moi : Selon vous, de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

E3 : Euh ben je pense que c'est surtout le fait que ce soit de se sentir en sécurité c'est vraiment euh ce mode de fonctionnement là à partir du moment où la personne se sent plus en danger euh elle va pouvoir refaire ses activités. Après il y a quand même une grosse dimension au niveau psychologique donc il y a aussi la part d'acceptation.

Moi : Mh d'accord.

E3 : Voilà mais en tout cas le fait de se rendre compte que ben ça l'aide et elle se sent plus en sécurité c'est surtout ça qui va qui va être aidant quoi

Moi : D'accord. Et est ce que vous faites des mises en situation après avoir réalisé des aménagements du domicile ?

E3 : Oui. On on, à chaque fois que l'on préconise du matériel on fait pour faire des essais.

Moi : D'accord

E3 : Donc si on n'a pas le matériel, on demande à des prestataires de nous le prêter si c'est possible.

Moi : Et du coup quel est le but de ces mises en situation ?

E3 : Le but c'est de parce que bah y a ce qu'on pense qui peut être bien pour la personne et des fois on fait des essais et en fait on se rend compte que bien finalement c'est pas c'est pas adapté donc euh ça permet euh de voilà avoir le matériel mis au domicile correspondent vraiment au besoin de la personne euh soit en concordance avec ses envies et puis son environnement euh enfin pour moi euh pour faire les essais et puis ben rassurant aussi pour la personne comme tu parlais de la confiance tout ça je trouve que c'est beaucoup plus rassurant pour la personne qui a pu faire des essais avant avec un thérapeute plutôt qu'acheter le matériel que des fois ben tout ce qui est déambulateur, canne et pharmacie ou de manière générale les gens vont les chercher, c'est pas vraiment réglé donc c'est pas si adapté que ça donc c'est vrai que pour moi c'est primordial surtout euh surtout si on peut le faire à domicile c'est vrai ça c'est une chance qu'on a dans notre service quoi.

Moi : Mh et du coup quelles répercussions pensez-vous que les mises en situation ont sur le patient ?

E3 : Bah pour moi ça va l'aider à accepter plus facilement euh l'aide technique et de vraiment d'engager une démarche euh euh... bah de mise en place de concrètement de l'aide technique parce que c'est vrai que si on disait juste bho il vous faut ça et qu'on essaye pas ben la personne elle s... enfin elle aura peut être du mal à voir c'que ça pourrait lui apporter euh déjà que avec son syndrome post-chute il y a quand même une appréhension euh euh pour moi ça aide vraiment, ça facilite la mise en place du matériel.

Moi : D'accord. Et pensez-vous que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur nouvel environnement ?

E3 : Bah oui oui oui j'pense. Le fait aussi d'être avec euh ben un professionnel hein

euh que parce bah que tout le monde n'a pas forcément un entourage qui est présent ça permet aussi de de pas être tout seul pour on va dire les premières les premiers essais donc quoi euh. Je pense que c'est rassurant Mh.

Moi : D'accord. Connaissez-vous le concept de participation sociale ?

E3 : Non [Rires]. Peut-être vaguement de nom j'me souviens plus exactement mais ça me dit quelque chose mais si tu m'expliques ça sera bien.

Moi : Ah bha je vais l'expliquer [Rires].

E3 : Ouais.

Moi : Du coup selon le Modèle de Développement Humain et Processus de Production du Handicap, la participation sociale comme à l'accomplissement des habitudes de vie qui sont le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels comme les déficiences et les facteurs environnementaux tel que l'architecture.

E3 : Ok.

Moi : Du coup euh le PPH définit la participation sociale comme le fait de réaliser les habitudes de vie.

E3 : D'accord.

Moi : D'où ma question qui est selon vous, prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E3 : Ben oui je pense. Ouais. Si si mh fin je pense vraiment que y a un intérêt euh à faire des essais mh.

Moi : D'accord. Et... vous pourriez me dire un peu plus pourquoi ou pas ?

E3 : [Rires] Mh... par rapport à la participation sociale ?

Moi : Oui. Vous voulez que je vous répète...

E3 : ...Et du coup...

Moi : ...Vous voulez que je vous répète la question ?

E3 : Ouais vas-y redis moi.

Moi : Selon vous, prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E3 : Ben oui j'pense que de ce des mises en situation la personne va s' rendre compte de nouveau que en fait bah voilà elle est en capacité de. Alors euh ça se fait pas du jour au lendemain hein parce que les personnes qui ont un syndrome post-chute euh c'est quand même c'est quand même long pour récupérer c'est assez spécifique. Mais déjà ça va lui permettre de bah voilà de reprendre confiance de se rendre compte que il est, il est en capacité de il a les capacités physiques pour le faire euh de se rendre compte qu'il peut faire autrement aussi pour essayer de de passer outre cette peur de la chute donc euh j'pense que oui les mises en situation elles ont vraiment... Que ce soit en milieu hospitalier où euh à domicile quoi.

Moi : D'accord. Euh bah du coup j'ai fini de vous poser les questions. Est-ce que vous auriez des pistes à me soumettre où des points à soulever, des remarques ?

E3 : Euh bah en tout cas si tu veux ... si t'as d'autres questions tu peux me contacter euh je sais pas si j'ai été claire sur tout.

Moi : Euh oui oui.

E3 : Euh après je serais intéressé de d'avoir ton mémoire quand tu l'auras terminé enfin je trouve que c'est intéressant euh de prendre tout ça en compte après c'est vrai que moi c'était plus la vision par rapport au domicile comme bah voilà comme on

est au domicile euh on intervient pas du tout à l'hôpital hein de notre côté je trouve que c'est quand même encore ça a un meilleur impact mais euh mais pour moi tout ce si est post-chute si les personnes sont hospitalisés euh et qu'ils passent en SSR enfin c'est super si il y a le passage d'un ergo parce que du coup pour tout ce qui mise en situation concrètement euh enfin c'est le quotidien de la personne donc euh c'est vrai que si il y a moyen de faire des mises en situation même à l'hôpital même si c'est pas exactement comme le domicile où même faire des des visites à domicile dans la mesure du possible c'est vraiment un gros plus pour ces personnes-là. Mais j' pense que après d'intégrer aussi la vision de travailler en équipe ça peut être intéressant aussi parce que c'est quand même il y a beaucoup de dimensions à prendre en compte donc c'est vrai que tout seul c'est compliqué quoi donc c'est vrai que d'avoir aussi ce regard de de l'équipe pluridisciplinaire c'est important quoi.

Moi : D'accord.

E3 : Voilà.

Moi : Et bah du coup je vous remercie bah déjà d'avoir répondu à mes mails et d'avoir accepté de faire l'entretien

E3 : Bah de rien pas de soucis t'as pus contacter d'autres ergo en ESPRAD où de ?

Moi : Euh j'en ai contacté d'autres en ESPRAD, je sais plus c'est quel ESPRAD. J'ai eu deux deux enfin un entretien lundi et j'en ai un autre cet après-midi.

E3 : D'accord. Ok bah bon courage en tout cas pour tes travaux de recherche.

Moi : Merci beaucoup.

E3 : Et puis pour la fin de tes études. Et surtout t'hésiteras pas à m'envoyer ton mémoire euh ça serait intéressant d'avoir euh de voir le retour de tout ça.

Moi : Ça marche, je le ferai c'est noté.

E3 : Super merci beaucoup.

Moi : Merci beaucoup en revoir.

ANNEXE VI : Entretien avec l'ergothérapeute 4 (E4)

Moi : Alors du coup ma première question euh c'est est-ce que vous avez déjà accompagné des patients répondant aux critères suivant donc des patients ayant déjà chuté, pouvant encore se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.

E4 : Euh oui.

Moi : D'accord. Euh depuis quelle année êtes-vous diplômée ?

E4 : En 2016.

Moi : D'accord. Euh donc actuellement dans quelle structure travaillez-vous et depuis quand ?

E4 : Euh actuellement je travaille dans, à l'AMB ASSAD de Ardres et dans un service, deux services spécialisés l'ESA et l'ESPRAD. Donc l'ESA équipe spécialisée Alzheimer et l'ESPRAD équipe spécialisée de prévention et de rééducation à domicile. Et du coup je travaille là depuis, depuis 2 ans.

Moi : D'accord. Et quel accompagnement vous proposez ?

E4 : Euh dans les deux équipes ?

Moi : Euh bah plus dans l'ESPRAD du coup.

E4 : Ouais. Donc dans l'ESPRAD euh du coup, euh moi pour moi ça fait depuis euh... depuis euh juillet de l'année passée que j'ai commencé. Je me trompe pas hein parce que c'est récent. Mh... et du coup la la j'interviens chez des patients euh du coup sclérose en plaques, chuteurs, parkinsoniens. Donc les trois populations. Et donc je rencontre également les patients comme vous me demandez qui ont euh qui ont chuté où qui ont un haut risque de chute et qui ont euh aussi bien des troubles cognitifs que pas de troubles cognitifs. J'sais pas si j'ai répondu à votre question ? Où si vous voulez que je développe autrement ?

Moi : Euh non c'est bien. Euh... Et vous êtes à mi-temps ou à temps pleins ?

E4 : En ESPRAD du coup je suis à 40 %.

Moi : D'accord. Mh... et quel a été votre parcours professionnel ?

E4 : Euh bah j'ai commencé à travailler dans un foyer d'accueil médicalisé en FAM pendant deux mois. Après je suis partie euh au centre hospitalier du Dunkerquois donc c'était plus accès euh sur le court séjour gériatrique et puis les personnes, et puis il y avait l'EHPAD à côté donc j'ai travaillé dans les deux pendant plusieurs mois aussi. Ensuite j'suis partie à l'AMBASSAD de Dunkerque où j'ai fait de l'ESA de l'équipe spécialisée Alzheimer pendant deux mois aussi. Et puis donc si j'me trompe pas après je suis revenue dans un autre foyer d'accueil médicalisé sur euh Calais. Là ça a duré un peu plus longtemps plus d'un an. Et après la j'suis depuis deux ans en ESA ESPRAD euh ESA surtout dans un premier lieu et ESPRAD depuis l'année passée depuis juin juillet de l'année passée euh à temps pleins.

Moi : D'accord.

E4 : En CDI.

Moi : Ok. Et donc euh du coup vous avez déjà travaillé avec des personnes âgées ?

E4 : Ah oui oui. C'est vraiment le principal, la principale population que je je vise depuis pas mal de temps donc oui je connais bien les personnes âgées.

Moi : Et donc comment vous définissez le syndrome post-chute ?

E4 : Le syndrome post-chute ?

Moi : Oui.

E4 : Alors ça j'les, moi j'le vois, enfin moi j'le vois beaucoup plus maintenant en ESPRAD qu'auparavant. Euh et donc c'est plus caractérisé plutôt par des troubles

psychologiques euh de la personne euh suite à une chute euh qui a des craintes euh... qui a des craintes de chuter au quotidien et du coup qui euh et qui à tendance à avoir plus de chute par la suite.

Moi : D'accord. Mh... Donc du coup vous avez déjà accompagné des personnes présentant un syndrome post-chute ?

E4 : Là actuellement j'en suis deux mais euh il y en a une qui est euh... Attendez je réfléchis à mes patients. Je vais regarder. Là j'en suis une elle a pas de troubles de l'éq euh elle a pas de troubles cognitifs mais par contre l'autre oui. Et il y en a une elle a des syndromes post-chutes vraiment plus plus plus où euh, où euh elle est plus capable de marcher sans un... un accompagnement d'une personne à côté où d'être rassurée. Elle a besoin d'être rassurée quotidiennement enfin c'est vraiment très important alors que le deuxième euh... la deuxième patiente à des troubles cognitifs plus des troubles de la mémoire euh des troubles de la mémoire, plus des troubles de l'équilibre pardon, elle elle a aussi un syndrome post-chute mais qui est beaucoup moins marquant, euh dans le sens où elle fait encore tout toute seule, ses activités elles sont pas impactées par le syndrome euh donc voilà il y a vraiment une différence entre les deux. Voilà, je sais pas, dites-moi si c'est pas assez clair.

Moi : Non non c'est bien. Mh est-ce que vous pensez à prendre en compte la dimension sociale des personnes âgées qui ont un syndrome post-chute ?

E4 : La dimension sociale par rapport au syndrome post-chute ?

Moi : Oui.

E4 : Est-ce que vous pouvez c'est quoi que vous voulez entendre par là ?

Moi : Euh, c'est tout ce qui est lié à ce que la personne puisse rencontrer du monde, réaliser ses habitudes de vie.

E4 : Ah nous on l'travaille toujours hein moi je vais à domicile il y a une évaluation de l'équilibre, il y a une évaluation de l'environnement physique comme social euh...

[Toux] On fait un test cognitif aussi pour évaluer les troubles cognitifs si il y'en a euh... qu'est-ce qu'on fait d'autre. On évalue les AVJ par l'échelle ADL et IDL. Fin vraiment c'est complet. Et donc du coup toutes les sphères sont prit en compte donc euh on lésine pas euh le fait qu'il y ait des aidants proches et qu'y faut intervenir également pour eux ou... ou voir un petit peu le changement et changer des une façon de faire. Voilà.

Moi : D'accord. Euh... quels aménagements du domicile effectuez-vous durant votre pratique professionnelle pour des patients présentant un syndrome post-chute ?

E4 : Euh...bah au niveau déjà de la marche euh on peut proposer des aides techniques à la marche euh canne, rel... ça part du cadre de marche jusqu'au rollator en passant par le fauteuil hein euh c'est vraiment très adapté à chacun. Donc pour la plupart du temps moi j'conseille des déambulateurs ou des rollators en fonction de la demande et du des aptitudes de la personne. Euh au niveau des, de la fatigabilité ou des pertes d'équilibre on peut proposer des, des chaises semi... enfin des chaises à assise haute pour que la personne elle puisse être sécurisée lorsqu'elle fait par exemple sa vaisselle elle peut se reposer de temps en temps, s'asseoir et puis avoir euh quelque chose derrière elle pour que ça puisse la rassurer quand elle a des petites pertes de l'équilibre. Euh... [Toux] qu'est-ce que je peux proposer d'autre. Après ça, c'est très aléatoire entre euh... On peut voir au niveau des transferts euh les transferts au fauteuil, au lit, à la chaise et cetera bah tout ça c'est à retravailler et si dans le cas où il y a besoin d'aménagement ou peut proposer par exemple des chaises euh enfin des fauteuils releveurs ou des choses comme ça.

Moi : D'accord. Et comment définissez-vous les habitudes de vie ?

E4 : Les habitudes de vie, c'est-à-dire ? C'est quoi les habitudes de vie pour moi ?

Moi : Oui.

E4 : Par rapport au syndrome post-chute toujours ?

Moi : Euh de façon générale.

E4 : Bah les habitudes de vie, il y a, ça commence par la continence, voir si la personne est capable d'aller au toilette euh évaluer les transferts également, euh il ya il y a l'habillement, il a la, il ya la mise enfin il y a la toilette intime, la toilette complète. Après j'évalue euh tout ce qui euh préparation prise des repas, préparation prise du des médicaments euh... la voiture, l'utilisation de la voiture, les transferts également enfin dans tout j'évalue les transferts en même temps. Et euh y'a quoi d'autre encore comme AVJ euh... Que je réfléchisse. Les sorties à l'extérieur euh... Attendez j'avais prendre un truc. J'arrive.

Moi : Allez-y.

E4 : Après je vois tout ce qui est euh gestion administrative financière, comment les personnes elles peuvent payer, les courses, l'utilisation des différents appareils à la maison euh le téléphone fixe le téléphone portable la télé. Fin j'ai vraiment j'évalue tout ce qu'elle fait dans son quotidien finalement.

Moi : D'accord.

E4 : Je l'ai dit, je l'ai déjà dit. Après euh ouais ce qu'on évalue grosso modo. En fait on utilise l'ADL et l'AIDL donc tout est vraiment normalement vu au domicile quoi.

Moi : D'accord. Parce que du coup moi je définis les habitudes de vie selon le Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap. Donc du coup les...

E4 : Le PPH ?

Moi : Oui c'est ça.

E4 : Ouais, ok.

Moi : Et du coup les habitudes de vie dans le modèle elles ont deux dimensions donc il y a d'abord les activités courantes donc tout ce qui est lié à la communication, les

déplacements, la nutrition, les conditions physiques, le bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation. Et il y a tout aussi c'est lié aux rôles sociaux donc c'est-à-dire tout ce qui était plus lié à la responsabilité, les relations interpersonnelles, la vie associative, l'éducation, le travail et loisirs.

E4 : D'accord.

Moi : Donc si je comprends bien on avait la même, on avait plus ou moins la même définition.

E4 : Ouais c'est, c'est presque, c'est l'échelle qui est différente donc euh c'est pas forcément les mêmes termes mais en soit c'est ce qu'on a euh ce que vous me dites c'est ce qu'on évalue également au domicile. C'est juste les termes je pense qui sont différents. Enfin selon moi.

Moi : D'accord. Du coup selon...

E4 : Après tout ce qu'est peut être professionnel on l'évalue beaucoup moins en tout cas pour des patients chuteurs parce que bah les trois quarts du temps ils sont retraités donc euh...

Moi : Oui c'est sûr.

E4 : Et puis actuellement tout c'est qui est loisirs c'est beaucoup moins évalué non plus euh dans le sens où il y a le COVID et on sort plus. Donc tous les patients malgré qu'on propose des choses à mettre en place euh actuellement rien ne peut être mis en place ou alors c'est compliqué.

Moi : Mh, je vois.

E4 : Voilà.

Moi : Mh, du coup en rapport avec les habitudes de vie que mettez-vous en place du coup pour améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées

présentant un syndrome post-chute ?

E4 : Bah ça dépend quel euh enfin il faut savoir quelles habitudes de vie sont impactées selon la personne, à quel niveau et donc du coup il faut les évaluer en fonction de ça en proposant des aides techniques adaptées mais moi il m'faudrait euh il m'faudrait un cas type ou expliquer une problématique et donc moi je pourrais vous proposer des choses à mettre en place. C'est au cas par cas en fait.

Moi : D'accord et est-ce que vous auriez euh un exemple par exemple ?

E4 : Euh... un syndrome post-chute dans un AVJ. Euh ouais euh... bah attendez je vais regarder par rapport à mes patients. Euh moi j'avais une patiente qui avait des difficultés à effectuer ses transferts c'est comme je vous ai dit toute à l'heure elle avait des difficultés à faire des transferts au fauteuil donc au fauteuil de au... fauteuil de salon et du coup euh pour pouvoir se relever et s'asseoir c'était beaucoup plus compliqué et donc du coup on a mis en place un fauteuil releveur. Euh, pareil hein euh une patiente qui actuellement marche avec une desserte euh une desserte de une desserte de de salon et euh donc elle est vachement courbée elle est pas c'est pas adapté pour elle les roulettes elles tournent pas bien donc du coup nous on a opté pour mettre en place une aide à la marche plus adaptée donc là je suis occupée pour faire un essai de déambulateur de rollator pour voir lequel est le plus adaptée pour elle. Euh... après on intervient beaucoup sur l'environnement on change de place des fois de place le mobilier on regarde s'il y a euh s'il y a des changements à faire euh... par exemple la elle avait du mal à marcher euh donc elle se tenait à tous les meubles donc on a vu si on pouvait pas approcher une table euh des meubles de cuisine pour que ça évite de de faire des grands pas et d'avoir des d'avoir peur finalement.

Moi : D'accord et du coup que pensez-vous... Oui ?

E4 : Ouais. Bah pareil j'allais dire dans la salle de bain la actuellement elle euh elle va plus du tout dans sa douche. Euh il y a une marche à gravir ensuite dans la douche il y a pas il y a pas de de sol le sol est pas antidérapant il y a pas de barre d'appui donc elle est en insécurité. Donc du coup il y avait pour projet de mettre en

place des tapis antidérapants des barres d'appui au bon endroit et cetera le toilette c'est pareil s'asseoir se relever c'est compliqué malgré que le toilette il est suffisamment à la bonne hauteur elle s'appuie sur les murs donc du coup des barres d'appui sont à privilégier également à ce niveau-là. Voilà, après le fait qu'il y ait aussi des animaux dans maison c'est quand même source de chute et là elle en a deux dont un qui lui saute partout donc du coup ben elle est, elle est fortement déséquilibrée par son chien donc ça c'est vraiment un handicap majeur pour elle. Et ça ça engendre ça empêche aussi euh... bah vu que c'est une femme anxieuse de base bha là elle est plus anxieuse avec son chien euh dans les parages. Voilà.

Moi : D'accord. Et du coup euh que pensez-vous de l'aménagement du domicile dans le cadre des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E4 : Ah bah c'est un facteur facilitant hein euh ça permet vraiment d'améliorer leur euh leur confort et leur qualité de vie donc euh pour moi c'est pas négligeable. Après euh derrière il faut quand même une rééducation et un réentraînement de la part de l'ergothérapeute et aussi du kiné par exemple pour les aides à la marche parce que sans ça ben des fois les personnes elles l'utilisent mal où elles sont pas forcément rassurées et euh ça va pas être utilisé quotidiennement ou à bonne escient. Mh.

Moi : D'accord. Mh comment définissez-vous la confiance ?

E4 : La confiance ?

Moi : Oui.

E4 : [Rires] Ah bah c'est tout ce que je ne suis pas. Bah... c'est quelqu'un qui... qui a confiance mais qui... T'avais dis quoi Justine ? [Rires] Ma collègue elle est à côté de moi elle rigole. Euh... un terme synonyme de confiance. [Rires] Excusez-moi.

Moi : Non il y a pas de soucis.

E4 : C'est bah c'est quelqu'un qui est qui a des aptitudes pour euh pour pouvoir faire

plein de tâches de la vie quotidienne mais qui est face à l'anxiété et bah peut perdre tous moyens.

Moi : Euh bah du coup j'ai une définition quand même à vous proposer...

E4 : Alors je veux bien l'entendre ouais.

Moi : ... Qui est que la confiance euh c'est avoir confiance en ses capacités et de faire des choix et de prendre des décisions.

E4 : Ouais, ok. Mh.

Moi : Euh du coup est-ce que, selon vous, l'aménagement du domicile favorise la prise de confiance ?

E4 : L'aménagement du domicile oui peut favoriser la prise de confiance euh le la prise de confiance d'une personne, tout à fait. Elle peut se reposer dessus ouais par l'entraînement tout ça ça peut vraiment être un plus. Moi je suis pour ça en tout cas.

Moi : D'accord et comment vous évaluez la prise de confiance du coup dans un nouvel environnement ?

E4 : Euh bah par d'la du réentraînement de la rééducation et puis nous on le voit aussi dans nos séances hein à chaque fois qu'on intervient on voit de l'évolution également donc eux.

Moi : Et est-ce que du coup vous avez une échelle pour évaluer un peu la prise de confiance ou non d'une personne âgée ?

E4 : Une échelle pour évaluer la confiance ? Non on en a pas actuellement par contre si vous en avez nous on est porteur de l'avoir et d'essayer pourquoi pas.

Moi : J'en ai pas.

E4 : Après c'est plus de manière subjective on l'évalue hein on voit que la personne est très anxieuse ou pas et on voit au fil de nos séances si ça s'améliore ou au contraire ça reste stagne ou au contraire ça diminue quoi.

Moi : Et si vous deviez graduer la prise de confiance dans un nouvel environnement vous diriez que la confiance s'améliore pas du tout, moyennement, beaucoup ?

E4 : Euh j'aurais dit... C'est sur une échelle de 1 à 10 où juste de manière subjective par des termes ?

Moi : Euh peu importe, ça peut être les deux.

E4 : Oh je serais à 7-8.

Moi : D'accord. Ok. Euh du coup selon vous, de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

E4 : Euh de quelle manière bah ça répond toujours aux mêmes questions qu'un peu que je vous ai dit toute à l'heure enfin j'en reviens toujours au même. Après euh j'sais pas c'que vous voulez savoir de plus, qu'est-ce que vous entendez par là.

Moi : Euh c'était plus euh... Comment enfin de quelle manière oui l'aménagement du domicile euh peut influencer la confiance pour réaliser des habitudes de vie ?

E4 : Bah tout est amélioré, ça rapport du confort euh les transferts ils sont beaucoup plus euh sont réalisés de manière plus serein pour la personne et avec sécurité euh les déplacements c'est pareil euh... Voilà.

Moi : D'accord. Euh est ce que vous faites des mises en situation après avoir réalisé des aménagements du domicile ?

E4 : Toujours ouais. De toute façon quand on fait un aménagement on fait des mises en situation donc euh on peut pas proposer du matériel sans avoir fait des essais ou

enfin voilà des mises en situation comme vous me dites.

Moi : Et donc c'est des mises en situation en lien avec un matériel préconisé ?

E4 : Ouais.

Moi : Et quel est le but du coup des mises en situation ?

E4 : Bah de de voir les difficultés que rencontre la personne de pouvoir proposer un matériel adapté.

Moi : Et selon vous quelles sont les répercussions des mises en situation sur le patient ? Comment...

E4 : Bah ça nous permet de voir de voir les difficultés que la personne elle rencontre et donc en fonction de ça de mettre en place du matériel adapté donc du coup bah un gain de sécurité la personne elle a plus de confort dans son lieu de vie euh le syndrome post-chute s'améliore on va dire.

Moi : D'accord. Euh pensez-vous que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur nouvel environnement ?

E4 : Oui.

Moi : Et pourquoi ?

E4 : Pensez-vous que la personne âgée est, répétez la question.

Moi : Oui. Pensez-vous que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur nouvel environnement ?

E4 : Bah complètement ça rejoint pour moi ça rejoint toujours les questions

précédentes donc moi j'ai rien d'autre à dire que oui.

Moi : D'accord. Connaissez-vous le concept de participation sociale ?

E4 : Oui.

Moi : Est-ce que vous pourriez me le définir ?

E4 : C'est une personne qui participe activement dans l'ensemble de ses activités de la vie quotidienne.

Moi : Ouais. Bah du coup toujours selon le PPH qu'on parlait toute à l'heure qui définit la participation sociale comme le fait d'accomplir des habitudes de vie qui sont le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels comme les déficiences et les facteurs environnementaux comme l'architecture.

E4 : D'accord.

Moi : Alors du coup d'où ma dernière question qui est selon vous, prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E4 : Oui.

Moi : Oui ?

E4 : Oui.

Moi : Pourquoi ?

E4 : Bah toujours pareil comme tout à l'heure la mise en situation ça permet de voir les difficultés de la personne de les mettre en évidence et de... de pouvoir apporter euh... de l'amélioration dans son quotidien par le biais de de... d'aide technique de de mise en situation euh rééducation du patient de l'entourage et des professionnels.

Moi : D'accord. Bah du coup j'ai fini de vous poser mes questions. Est-ce que vous auriez des pistes d'amélioration, des remarques, des points à soulever sur l'entretien ?

E4 : Euh pas forcément. Après je peux y réfléchir et vous redire par mail après réflexion. Par contre j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup de questions qui se ressemblaient auxquelles j'avais pas forcément de réponses. Ça c'est mon mon regard par rapport à vos questions.

Moi : D'accord je prends en note.

E4 : Voilà. Après vous avez utilisé le PPH, vous utilisez pas d'autres modèles ?

Moi : Non

E4 : Ou c'est celui-là qui est imposé ?

Moi : Euh c'est celui que j'ai choisi.

E4 : D'accord ok pour quelle raison ?

Moi : Euh parce que c'était un des seuls modèles qui définissait la participation sociale et aussi parce que j'ai pas trouvé de définition claire et précise sur la participation sociale donc j'ai souhaité m'appuyer sur le modèle du coup.

E4 : D'accord ouais parce que ça c'est quelque chose qui pourra vous être demandé par la suite c'est pour ça que je vous en parle aujourd'hui.

Moi : D'accord.

E4 : Voilà. Ok bah écoutez si j'ai d'autres questions je vous le ferai part par le biais de votre mail sur lequel on doit vous rendre le consentement c'est ça ?

Moi : Oui le formulaire.

E4 : Ouais bah on vous le retransmettra dans la dans l'après-midi il y a pas de soucis.

Moi : D'accord. Je vous remercie euh je vous remercie beaucoup.

E4 : C'est moi qui vous remercie, au plaisir d'échanger si besoin si vous avez re besoin prochainement.

Moi : Merci beaucoup.

E4 : En revoir.

Moi : En revoir.

ANNEXE VII : Entretien avec l'ergothérapeute 5 (E5)

Moi : Alors du coup ma première question est est-ce que vous avez déjà accompagné des patients répondant aux critères suivant donc des patients ayant déjà chuté, pouvant encore se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.

E5 : Oui.

Moi : D'accord. Depuis quelle année êtes-vous diplômée ?

E5 : 2000.

Moi : D'accord. Et actuellement dans quelle structure travaillez-vous et depuis quand ?

E5 : Donc en ESPRAD, E S P R A D.

Moi : D'accord.

E5 : Euh et donc euh je... j'exerce depuis euh le 24 novembre.

Moi : 2020 ?

E5 : 2020, oui.

Moi : D'accord.

E5 : Et avant j'exerçais en EHPAD. Euh depuis 2007.

Moi : D'accord. Et vous avez fait quoi entre 2000 et 2007 ?

E5 : Euh là j'ai fait euh... de la... du de la rééducation fonctionnelle ensuite j'ai fait des enfants atteints moteurs cérébraux et pendant 4 ans j'ai fait euh le suivi d'enfants autistes euh avec des troubles associés.

Moi : D'accord. Et quel accompagnement proposez-vous au sein de l'ESPRAD ?

E5 : Alors à l'ESPRAD on a des séances on propose 18 séances, de rééducation euh et de réadaptation, en ergothérapie et en psychomotricité.

Moi : D'accord.

E5 : Donc suivant les besoins principaux de la personne où euh... on divise par deux les séances donc 9 9 où on va se... se donner des séances selon les besoins de la personne en fait. Si c'est quelqu'un qui a besoin de beaucoup de... d'adaptation et d'aides techniques et d'installation euh c'est l'ergothérapeute qui va prendre les 18 séances. Si c'est quelqu'un qui a surtout besoin de relaxation de détente musculaire de... de d'exploration euh... de... de son schéma devant lui par exemple ça va être la psychomotricienne.

Moi : D'accord. Et vous êtes à mi-temps ou à temps plein du coup ?

E5 : Alors je suis à 80 %.

Moi : D'accord.

E5 : Donc je travaille 4 jours sur 5

Moi : D'accord. Donc du coup euh vous avez déjà travaillée auprès de personnes âgées ?

E5 : Voilà bah en EHPAD je travaillais auprès de personnes âgées à partir de 60 euh 60 65 ans.

Moi : D'accord.

E5 : Mais surtout la moyenne c'était quand même 87 ans la moyenne d'âge de l'EHPAD où j'étais c'était 87 ans.

Moi : D'accord. Et comment vous définissez le syndrome post-chute ?

E5 : Ah ! Alors le syndrome post-chute ça va être une peur de chuter de la personne. Donc la personne elle va plus oser faire de se lever et quand elle va se lever elle va être anxieuse limite en panique. Elle va avoir tendance à ce... posi... à avoir une euh posture pathologique parce que elle va avoir l'impression que ça la stabilise alors qu'en faite euh ça la stabilise pas du tout c'est juste que ça lui donne l'impression que si elle va vers l'arrière elle va pas tomber en fait alors que le fait de se positionner vers l'arrière va encore plus entraîner une rétropulsion euh et la faire retomber vers l'arrière. Donc c'est quelqu'un qui va avoir du mal à démarrer la marche parce que quand elle va se lever elle va être renvoyée dans son fauteuil en gros. Euh ensuite bah voilà niveau anxiété. Et puis bah... elle osera plus faire les choses de façon autonome euh elle aura besoin de prendre quelqu'un pour euh pour aller aux toilettes pour euh quelle que soit la mise en station debout elle attendra quelqu'un. Donc c'est de l'anxiété beaucoup d'anxiété en fait.

Moi : D'accord. Et vous avez déjà accompagné des personnes présentant un syndrome post-chute ?

E5 : Oui tout à fait. Donc quand je travaillais en... maison de retraite je... j'animais un atelier prévention des chutes euh tous les lundis donc de façon hebdomadaire. Et euh au niveau des personnes alors là qui ont des troubles cognitifs alors là ça va pas vous rentrer dans vos critères donc ça je laisse tomber. Euh et là maintenant aujourd'hui euh mon travail est de justement intervenir auprès de personnes ayant la maladie de Parkinson euh une SEP sclérose en plaques et euh une personne chuteur de plus de 60 ans. Donc chez les personnes chuteurs euh j'travaillez d'abord sur la sécurisation en fait dit environnement. Donc au début mes premières séances ça va être hop je vous donne toutes les recommandations pour sécuriser en fait la mise debout et euh la marche. Je réajuste le plus souvent le déambulateur où euh des choses dans ce genre-là et ensuite on enchaîne sur les séances de marche et de rééquilibre et de remise en confiance de la personne et pis aussi des fois il faut changer le chaussage en fonction de est-ce que la personne elle a tendance à... se mettre en appui sur ses talons ou se mettre en appui trop en avant sur euh sur l'avant du pied donc voilà il y a tout ça euh... à visualiser en fait.

Moi : D'accord. Est-ce que vous prenez en compte la dimension sociale des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E5 : C'est-à-dire ?

Moi : C'est-à-dire tout ce qui est lié à ce que la personne puisse rencontrer du monde, réaliser ses habitudes de vie.

E5 : Euh bha en fait euh fin comment... on peut dire ça... Disons que le but c'est qu'elle personne puisse justement ressortir de chez elle et que elle soit plus euh qu'elle s'isole pas en fait on va dire ça comme ça c'est ça ça votre objectif limiter l'isolement ?

Moi : Oui c'est ça c'est un peu ça la question.

E5 : D'accord. Donc euh la j'travaille par exemple euh auprès de personne dans des foyers logements et donc qui par la peur de la chute ont tendances à se faire livrer le repas à la maison plutôt que d retourner au restaurant le midi, par exemple. Eh bah là on va travailler sur euh la marche et la marche euh... des exercices de reprises d'équilibre et la marche dans le couloir et puis dans les escaliers et puis aller jusqu'au restaurant pour justement lui, lui montrer que c'est bon qu'elle peut y aller sans sans qu'il y est de risque de chute par exemple. Alors après pour euh d'autres personnes je travaille pas encore assez sur le... depuis assez longtemps sur l'ESPRAD pour avoir pu euh réapprendre à des personnes à sortir de chez eux, reprendre la voiture avec leur conjoint des choses comme ça mais ça serait ça serait l'objectif en fait. Et ensuite quand j'travailais en EHPAD euh bah là c'est pareil on travaille sur euh sur la sortie de la chambre sur le fait d'aller aux animations euh et par exemple j'accompagnais des personnes qui n'osaient plus descendre je les accompagnais au niveau du repas pour justement qu'il y ait le temps de d'avancer qu'ils ne soient pas en même temps que le que le rush dans les dans les ascenseurs et tout ça parce que quand on a... on a le syndrome post-chute en fait on peur de toutes les personnes qui vont se retrouver face à l'ascenseur des fois il y en a qui poussent un peu même si c'est des personnes âgées elles ont tendances à se pousser les uns les autres donc euh quand il y a un thérapeute qui est avec eux qui

les encouragent qui leur rappellent faites des grands pas des grands pas redressez-vous voilà qu'ils prennent bien le temps de descendre jusqu'au repas et bah ils... reprennent euh de bonnes habitudes en fait. Est-ce que ça répond à votre question ?

Moi : Euh oui, oui oui.

E5 : Ok.

Moi : Euh... quels aménagements du domicile effectuez-vous durant votre pratique professionnelle pour des patients présentant un syndrome post-chute ?

E5 : Euh alors c'est surtout euh la sécurisation à l'aide de rampes et à l'aide de barres d'appui. Donc les barres d'appui euh dans les escaliers il faut deux barres d'appui parce qu'une barre d'appui c'est pas symétrique donc c'est pas toujours suffisant. Donc faut qu'ils puissent euh utiliser euh l'ensemble de leur musculature le plus possible pour être le plus symétrique possible. Ensuite c'est... donc des barres d'appui surtout à la sortie de la douche dans la douche euh des... des sièges euh dans les dans les douches pour qu'elle personne ne soit pas debout mais qu'elle soit assise et qu'elle puisse bouger sans, sans avoir peur de glisser. Euh.. il arrive régulièrement que les... la marche de la douche soit trop haute et donc y a souvent besoin de petites marches où un seul euh où un seul marche pied c'est mis en général c'est deux marches pieds de petites tailles et assez large. Mh Qu'est-ce qu'il y a aussi ? Euh on enlève souvent les portes, les portes prennent énormément de place et viennent gêner le passage euh le passage des personnes. Euh... lors de ma première visite en général euh je signale tous les objets encombrant qui limitent le passage. Donc euh c'est souvent des meubles, des commodes, des choses comme ça des... euh... les p'tites dessertes que y a dans les entrées euh dans les couloirs. Voilà, euh éviter les tables basses les tables basses surtout rectangulaires ne soient pas au milieu des pièces mais si les personnes veulent les garder ok mais sur euh longeant est libre comme ça le passage du centre est libéré il y a moins de risque de... de se faire mal. Et des fois j'ai des personnes qui sont tellement bien disposées qu'ils changent leur table basse non pas en triangle en rond. De façon à toujours garder une table basse dans le salon par exemple pour y mettre des choses et moins risquer de se faire mal si jamais il y a il y a une chute quoi. Donc ça. Euh... il

y a souvent aussi la nécessité de rehausser le matériel, rehausser les fauteuils de salon par exemple parce que euh... dans la chute surtout des personnes âgées hein j'crois c'est surtout les personnes âgées qui vous intéresse euh il y a le fait que la personne manque de force euh à la station debout en fait et du coup ben elle arrive pas à se mettre debout correctement en fait donc c'est difficile et le fait de rehausser le le fauteuil euh ou de mettre un fauteuil releveur fait passer cette difficulté en fait. Et du coup il y a moins de de peur de tomber parce que on a plus de force à se mettre debout et à se stabiliser. Et une fois debout la personne a encore de la force alors que si elle avait besoin de d'utiliser toute sa force motrice pour se mettre debout bah quand elle arrive vraiment à la station debout bah en fait elle est limite toute tremblante parce que euh parce que ça lui a pris trop de force pour se mettre debout. Ok ?

Moi : Ok.

E5 : Euh... qu'est-ce qu'on fait encore euh... La peur de tomber bah par exemple euh... j'ai des personnes dans la cuisine euh je leur conseille une chaise haute parce que euh en fait la peur de tomber et aussi liée à la limitation euh et à la diminution de la force motrice. Donc euh rester debout pendant 20 minutes à faire sa vaisselle ça devient difficile pour les personnes d'un certain âge. Donc si elles sont assises sur une euh... sur une chaise haute euh bah ça leur permet de... de tenir plus longtemps pendant qu'elles font leur vaisselle elles sont moins fatiguées et qui dit moins fatigué bah moins de risque de chute. Donc voilà on les réassure avec tout ces... toute cette pratique le but c'est de diminuer la fatigue motrice en fait. Si il y a moins de fatigue motrice il y a une meilleure euh capacité à à rester debout et à faire son équilibre.

Moi : D'accord. Ok.

E5 : Alors j'ai pas parlé des déambulateurs. Euh.... souvent y... le... la peur de la chute on peut aussi la limiter avec un déambulateur. Parce que forcément la personne qui chute c'est quelqu'un qui a besoin d'être euh.... de... d'être symétrique et de pouvoir utiliser la force de ses membres supérieurs et d'se rééquilibrer grâce à ses membres supérieurs. Donc euh après il faut trouver si c'est le déambulateur deux roues deux patins déambulateur quatre roues de si c'est une petite maison

déambulateur trois roues mais attention parce que les déambulateurs trois roues euh font que euh si on s'appuie sur une poignée bah on peut soulever euh le déambulateur si les mains sont pas bien symétriques ça peut être pire en fait. Donc euh ça s'étudie en fait tout ça. Et par exemple le... le déambulateur rotatoire enfin si c'est le cadre, vous imaginez le cadre si vous mettez des roulettes devant l'avant du cadre c'est qu'il est assez haut en fait et le fait qu'il y ait une barre devant aide la personne à se redresser. Parce que la visualisation de cette barre montre enfin ils vont se rendre compte que y a quelque chose qui s'approche de leur tête donc on peut leur dire regardez là-bas vous voyez vous êtes trop près redressez-vous. Alors qu'un déambulateur avec une poignée de chaque côté et un siège on a beaucoup moins cette sensation d'être penché. Euh qu'est-ce que je peux vous dire d'autre ? Euh là comme ça je pense que j'ai fait le tour mais il y a certainement d'autres choses à dire.

Moi : Euh bah ça m'a l'air quand même assez complet.

E5 : Voilà.

Moi Euh... comment vous définissez-vous les habitudes de vie ?

E5 : Les habitudes de vie. Toute euh l'orga enfin tout le planning que la personne a dans sa journée sa façon de fonctionner habituelle sans euh si on enlève les difficultés euh... les difficultés motrices. Comment elle fonctionnait avant que il y ait la pathologie. Donc euh si son habitude c'était de faire son petit café tous les matins avant de se mettre en route euh c'est une habitude de vie. Si son, quand le matin quand elle se met en route c'est un café euh c'est un thé qu'elle fait son habitude de vie c'est de prendre du thé et de préparer un thé. Si c'est toujours... si c'est toujours son, son compagnon qui, qui a fait le thé qui faisait d'habitude la vaisselle et tout ça et bha ça faut le sortir du planning que vous avez parce que ce c'était pas dans ses habitudes de vie de faire le café et de... et... de faire la vaisselle par exemple. Faut bien cibler en fait c'que la personne faisait et ne faisait pas pour pas lui proposer des choses que déjà dans le passé elle ne faisait pas elle même.

Moi : D'accord. Parce que du coup bah j'ai une définition sur les habitudes de vie.

E5 : Oui après il y a la théorie hein.

Moi : Oui oui. Je vais quand même vous la présenter c'est donc selon le Modèle de Développement Humain et de Processus de Production du Handicap qui définit les habitudes de vie comme correspondant aux activités courantes donc par exemple tout ce qui est lié à la communication, les déplacements, la nutrition, les conditions physiques, le bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation où aux rôles sociaux donc tout ce qui est plus lié à la responsabilité, les relations interpersonnelles, la vie associative et spirituelle, l'éducation, le travail et les loisirs.

E5 : Voilà c'est tout ça tout ce qui se passe dans nos vies quoi tout ce qu'on choisit de faire pendant notre vie.

Moi : Mh donc du coup j'ai une question en rapport avec les habitudes de vie qui est que mettez-vous en place du coup pour améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E5 : Euh.. Quand j'étais en EHPAD on avait des réunions pluridisciplinaires pour justement déterminer euh... quelles étaient les activités en fait qu'on allait proposer à tel ou tel personne en fonction justement de ce qu'elle aimait bien en fonction de ce qui allait la mettre en réussite. Euh... parce qu'on peut très bien avoir des habitudes de vie qui étaient qui pourraient euh par sa pathologie la mettre en échec et ça ça va pas aller en fait ça va pas la valoriser. Donc euh on se basait sur tout ça et on proposait à la personne les animations euh en accord avec euh avec avec non seulement ses habitudes de vie quand elle était plus jeune mais aussi euh ses compétences résiduelles en fait. Et pour ça on avait un carnet de... un carnet d'entrée qu'on demandait aux personnes de remplir à leur entrée euh avec les loisirs qu'ils appréciaient euh à quelle heure ils déjeunaient le matin, qu'est-ce qu'ils déjeunaient euh... les choses qu'ils préféraient, les aliments qu'ils préféraient euh les allergies, les... leur famille, les événements qui avaient été marquants dans leur vie. Voilà parce que tout ça nous permettait de savoir si il y a des choses ou pas qu'il fallait discuter pas discuter euh utiliser pour justement stimuler la personne euh à venir à sortir de sa chambre des choses comme ça.

Moi : D'accord. Mh... que pensez-vous de l'aménagement du domicile dans le cadre des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E5 : Il est essentiel. Il est essentiel pour maintenir euh la personne à domicile et pour maintenir son bien-être. C'est... l'objectif euh... l'objectif de... de nos prises en charge futures. Et d'ailleurs même l'état l'a bien compris parce que il met en place énormément de... de... Il met en place des financements pour aider les gens justement à aménager leur domicile euh et limiter le risque de chute.

Moi : D'accord.

E5 : Voilà donc par exemple vous avez une euh... une association qui s'appelle HACAVIE H A C A V I E qui aide les personnes euh qui ont... en fonction de leurs moyens en fait euh à mettre en place une douche à l'italienne euh un lavabo euh à hauteur et qui peut permettre de passer en fauteuil euh des... des toilettes rehaussés, un élève euh un siège monte escalier, des rampes d'accès. Donc cette association en fait il y a une ergo et une euh conseillère économique elles vont chez les gens, l'ergo fait les plans pour aider les personnes pour savoir comment faire l'aménagement pour qu'ils puissent continuer à être autonome et en sécurité euh... tous les matins lors de la toilette et à chaque moment euh où ils doivent aller au toilette et euh... la conseillère en économie euh les aides à monter le plan de financement pour avoir des aides euh du département de... de leur mutuelle, des caisses de retraite et tout ça. Donc l'état a bien compris que il fallait lutter contre euh... contre euh l'isolement justement l'isolement le... la perte d'autonomie et ces aménagements permettent justement de se sentir à nouveau comme si rien n'avait changé en fait.

Moi : D'accord. Mh... comment définissez-vous la confiance ?

E5 : Pour moi la confiance part de l'empathie déjà. Dès que la personne avec qui ont travail euh se rend compte qu'on a de l'empathie pour la situation sans laquelle elle se trouve. Que... on... que on lui dit bah oui euh... je vois bien que vous êtes anxieuse, je vois bien que vous que... c'est difficile pour vous et je comprends, je le vis pas mais je le comprends, je comprends que vous êtes tombé et que tomber bah

c'est pas rigolo. Euh que on on partage leurs difficultés c'est là qu'on peut établir une confiance réciproque en fait. Donc eux ils ont, si on prend le temps avec les personnes avec qui ont travail, elles vont pouvoir vous faire confiance si si elles se rendent compte qu'elles sont l'objet de notre attention la confiance peut se mettre en place. Euh alors que si euh on est à deux thérapeutes et qu'on est en train de parler entre nous des difficultés motrices de la personne sans anticiper à avancer et bah la il y a pas de confiance car il y a pas de relation. La confiance demande de la relation. Une relation entre deux personnes. Voilà je définirais plutôt ça comme ça.

Moi : D'accord. Et Mh... Comment vous définiriez plutôt la confiance en soi ?

E5 : Ah la confiance en soi. Euh... la confiance en soi c'est l'assurance que ça ira quoi qu'il en soit.

Moi : Alors du coup j'ai j'ai une définition à vous proposer qui est que la confiance en soi c'est faire des choix et prendre des décisions.

E5 : Mh mh.

Moi : Du coup est-ce que, selon vous, l'aménagement du domicile favorise la prise de confiance de la personne ayant un syndrome post-chute ?

E5 : Oui j pense que l'aménagement du domicile permet à la personne de... reprendre confiance dans ces compétences et d'être rassuré dans le fait que... bha les... comment dire le... euh l'aménagement qui a été mis en place est adapté à ses nouvelles capacités ou à ses nouvelles entre guillemets incapacités. Ça prend en compte le fait que bah... elle peut pas lever le pied plus de 5 secondes qu'euh... elle euh elle euh elle a besoin enfin qu'euh... elle peut pas s'asseoir sur une chaise ou sur les toilettes qui sont trop bas. Voilà que ses difficultés ont été prises en compte.

Moi : D'accord. Et...

E5 : Je sais pas si je m'explique bien.

Moi : Ah oui oui c'est très bien.

E5 : Ok.

Moi : Euh est-ce que vous évaluez du coup la prise de confiance dans un nouvel environnement ?

E5 : Non.

Moi : Et du coup selon vous aménager l'environnement de la personne âgée ayant un syndrome post-chute lui permet de prendre pas du tout confiance, moyennement confiance en elle ou beaucoup confiance en elle ?

E5 : Alors déjà ça dépend de... l'acceptance de l'aménagement. C'est... En fait c'est même pas de l'acceptance de l'aménagement. Ça dépend si elle a accepté euh la diminution de ses capacités motrices. Si elle a accepté la diminution de ses capacités motrices, qu'elle en est consciente, qu'elle a accepté les explications qu'on lui a donné sur le fait qu'il fallait changer ses habitudes euh se tenir à la barre pour se sécuriser euh mettre ses deux mains de chaque côté pour monter les escaliers pour être bien symétrique et bien utiliser l'ensemble des de ses de ces forces motrices voilà si elle a accepté l'évolution de de son corps en fait et qu'elle a compris les explications qu'on lui a donné pour pallier pour pallier à cette euh diminution euh physiologique et bah dans ce cas-là elle elle va bien bien prendre confiance en elle et euh elle y aller quoi. Par contre si elle continue à lutter contre la nature entre guillemets et ben euh elle va continuer à être anxieuse et tout ça parce qu'elle va pas accepter les recommandations que nous on va pouvoir donner en fait. C'est oui je peux encore y arriver euh non j'ai pas besoin d'un déambulateur, je sais marcher euh je sais marcher sans aide voilà et donc là on peut pas voir de récupération de la confiance en soi. Il faut assumer l'évolution de... de la pathologie où l'évolution tout simplement du corps humain quoi.

Moi : Et du coup de façon... avec un regard général vous pensez que l'aménagement améliore pas du tout, moyennement, beaucoup ?

E5 : Euh... Ben j'pense que ça améliore beaucoup.

Moi : D'accord. Mh... selon vous, de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

E5 : Euh... ça les rassure et ça leur permet de continuer en fait.

Moi : D'accord.

E5 : Surtout ça diminue l'anxiété en fait ça diminue l'anxiété et donc ça leur permet de... de se remettre à à faire des choses. Alors je sais pas si je suis claire là par exemple j'ai une personne euh elle est en fauteuil roulant parce que elle a peur de tomber. Son mari euh à peur qu'elle tombe donc madame ne se met plus debout, d'accord ? Et le fait de plus se mettre debout fait qu'elle peut plus faire ses habitudes de vie. Donc, je lui ai demandé qu'est-ce que vous voudriez refaire ? Alors comment on va diriger notre rééducation, dans quel but ? Et elle a dit j'aimerais bien pouvoir refaire de la petite vaisselle et quoi ? Et cuire de la soupe voilà c'est ça l'objectif c'est ses habitudes de vie et là on va travailler sur comment je lui réapprends à avancer avec son fauteuil roulant, bien remettre ses freins à chaque fois, utiliser la force des bras pour se mettre debout et être rassuré par le fait que de toute manière elle a son fauteuil roulant qui est derrière elle donc si elle tombe rien de grave et voilà on va travailler sur la station debout en activité devant son lavabo. Et une fois que ça ça sera acquis on passera sur euh faire chauffer quelque chose puisque c'est quand même un petit peu plus risqué que de faire une euh vaisselle et de casser un bol quoi. D'accord ? L'exemple euh vous aide ?

Moi : Oui oui oui beaucoup.

E5 : Voilà.

Moi : Euh du coup est-ce que vous faites des mises en situation après avoir aménagé le domicile ?

E5 : Oui bah c'est ce que je vous ai expliqué c'est première étape j'évalue le domicile, deuxième étape on vire tout ce qui... va générer des sources de chute on installe les les barres, les rampes et tout ce qui va aider à sécuriser euh la la station debout et dernière étape bah voilà on utilise en situation concrète tout ce matériel et j'rééduc la personne à l'utiliser tout toute les possibilités qu'elles soient motrices ou l'environnement c'est-à-dire bien positionner sa main sur le plan de travail pour se stabiliser voilà des choses comme ça euh pour cette situation concrète de madame qui va relaver son... refaire la petite vaisselle du petit-déjeuner ou euh faire la vaisselle de la soupe du soir mais pas des gros bidons quoi on va partir sur d'abord les petites choses euh et on va calculer aussi le temps d'endurance c'est-à-dire que si madame elle arrive pas à rester tout le temps où elle fait la vaisselle bah on va calculer je vais lui dire bon bah voilà il faut que ça fasse une minute et là vous vous essayez vous respirez-vous vous relever à nouveau une minute d'endurance debout pour faire la deuxième partie et pas tout d'un coup voilà des choses comme ça.

Moi : D'accord. Et... quelles répercussions pensez-vous que les mises en situation ont sur le patient ?

E5 : Euh reposez-moi la question.

Moi : Quelles répercussions pensez-vous que les mises en situation ont sur le patient ?

E5 : Y... ça... diminue fortement le syndrome post-chute, ça les encourage, ça leur redonne du courage euh et de la confiance en eux pour euh faire à nouveau euh ce qu'il se croyait plus capable de faire où qu'ça pouvait entraîner trop de risques quoi.

Moi : Et pensez-vous que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur nouvel environnement ?

E5 : Tout à fait. C'est essentiel de toute façon. Si il y a pas de mises en situation ça sert à rien. La personne elle aura beau avoir eu de la rééducation c'est tout l'intérêt de l'ESPRAD c'est de pouvoir intervenir à domicile pour justement utiliser c'qui a été

réappris en... après une hospitalisation, une convalescence ou en soin de suite eh bah de réutiliser à domicile. Sinon les personnes peuvent dire bah oui avec le kiné ça allait ou avec l'ergo ça allait machin mais maintenant qu'ils sont plus là ben moi j'ai peur quand même. Tout seul je peux pas. Donc on remet en situation, on vient au domicile et on montre bah voilà euh vous voyez là vous avez réussi à le faire et je suis pas intervenue et vous êtes chez vous et vous avez vos appuis et vous avez tout ce qu'il vous faut.

Moi : D'accord. Mh... connaissez-vous le concept de participation sociale ?

E5 : Mh non.

Moi : Donc bah du coup je vais vous donner ma conception du de la participation sociale dans selon le Modèle de Développement Humain et de Processus de Production du Handicap. Donc ce modèle définit la participation sociale comme l'accomplissement des habitudes de vie qui sont le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels comme les déficiences et les facteurs environnementaux comme l'architecture par exemple.

E5 : Ouais. Euh je suis désolée hein mais euh toutes ces définitions c'est pour euh c'est pour le mémoire c'est pour le théorique. Maintenant dans la partie euh pratique il faudrait transformer ces définitions en quelque chose de compréhensible et de concret. Parce que euh... Le problème c'est que ça veut rien dire en fait.

Moi : Bah en fait selon le PPH...

E5 : Franchement vous la comprenez cette définition ?

Moi : Euh oui je comprends que la participation sociale c'est le fait de pouvoir accomplir des habitudes de vie selon bah les facteurs personnels donc ce que la personne est avec ses déficiences par exemple et les facteurs environnementaux comme l'architecture.

E5 : D'accord l'architecture de leur domicile alors ?

Moi : Oui.

E5 : Ok.

Moi : Donc du coup j'ai une dernière question qui est selon vous, prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E5 : Oui c'est évident.

Moi : D'accord.

E5 : De toute façon c'est évident que quelqu'un qui a un syndrome post-chute il faut le remettre sur le cheval quoi c'est on tombe et il faut se remettre euh il faut se remettre à cheval sinon euh la personne en fait elle va elle va se refermer et rester dans son cocon parce qu'elle a plus confiance euh en son en ses capacités en son corps surtout si il y a eu plusieurs chutes.

Moi : D'accord. Donc du coup j'ai fini de vous poser mes questions. Est-ce que-vous auriez des remarques à me soumettre ou des points à soulever ?

E5 : Non c'est juste ce que je viens de vous dire en fait c'est que euh les... les définitions euh les définitions théoriques dans votre partie pratique transformez les en... en en exemple en ça ça veut dire ça en fait. Ça ça veut dire ça comme vous venez de me l'expliquer en fait. Voilà donc ça c'est la définition mais en langage courant qu'est-ce que ça veut dire quoi.

Moi : D'accord.

E5 : L'exemple même que j'ai c'est que par exemple euh moi quand j'ai commencé alors j'avais appris pronation supination abduction adduction c'est des concepts euh... très spécifique et quand vous allez être en relation avec les personnes surtout les personnes âgées elle c'qu'elles veulent entendre euh c'est euh retourner votre main vers le haut retourner votre main vers le bas euh amené votre jambe au milieu

envoyez votre jambe vers l'extérieur vous voyez ?

Moi : Oui.

E5 : Transformer le langage très technique que vous devez connaître qui doit être dans votre partie théorique en langage euh châtier [Rires] mais qui est du sens pour les personnes plus âgées avec lesquelles vous allez travailler quoi.

Moi : D'accord.

E5 : C'est vraiment la meilleure euh le meilleur conseil que je puisse vous donner pour euh pour l'avenir.

Moi : D'accord bah je vous remercie.

E5 : Même pour euh même pour les réunions d'équipe pluridisciplinaire si vous dites à bah madame c'est bien maintenant elle sait faire une pro-supination ou une supination ils vont vous regarder ils vont dire bah attend tu peux pas nous parler en français s'te plaît quoi. D'accord ?

Moi : D'accord.

E5 : Bon bah j'espère que votre euh votre euh... partie euh... j'espère que votre mémoire va bien se passer et puis que vous êtes un peu rassurée sur euh votre partie pratique du coup alors là un petit peu ?

Moi : Euh oui ça va.

E5 : Ça va ? Vous avez beaucoup de thérapeutes qui vous ont contacté ?

Moi : Euh oui vous êtes la cinquième.

E5 : Ah bah là c'est bon vous avez déjà pas euh pas mal de choses là sous le coude.

Moi : Oui oui.

E5 : Vous avez prévu combien de personnes pour euh pour votre questionnaire ?

Moi : J'en ai encore une cet après-midi et après c'est fini.

E5 : Ah bah voilà c'est nickel là on est en quoi on est même pas début mars bah c'est super vous êtes pas en retard.

Moi : Non ça va.

E5 : Ok et vous êtes euh sur quelle région ?

Moi : Euh en Normandie.

E5 : En Normandie d'accord. Parce que je sais pas si vous êtes euh disponible pour bouger euh mais moi je sais que j'ai un prestataire qui cherche une ergothérapeute pour faire des évaluations à domicile et justement euh adapté du matériel chez les personnes en fait.

Moi : C'est dans quelle région ?

E5 : Euh c'est la région Lilloise.

Moi : D'accord.

E5 : Donc euh si jamais à la sortie de votre diplôme ça vous intéresse euh. fin faudrait même le dire assez vite en fait parce que là il est en train de chercher il a des essais avec des personnes qui n'ont pas été concluant donc moi je lui ai dit attend euh attend la sortie des écoles quoi faut mieux attendre un petit peu et avoir quelqu'un de... de compétent que d'aller trop vite. Donc si jamais ça vous intéresse vous me renvoyez un message je lui transmettrais

Moi : D'accord.

E5 : D'accord ?

Moi : Merci.

E5 : Allez je vous souhaite une bonne... une bonne fin de journée.

Moi : Merci vous aussi.

ANNEXE VIII : Entretien avec l'ergothérapeute 6 (E6)

Moi : Ma première question est euh est ce que vous avez déjà accompagné des personnes âgées répondant aux critères suivant donc des personnes âgées ayant déjà chuté, pouvant encore se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.

E6 : Oui.

Moi : D'accord. Depuis quand êtes-vous diplômée ?

E6 : Depuis 2009.

Moi : D'accord et actuellement dans quelle structure travaillez-vous et depuis quand ?

E6 : Donc euh dans une équipe d'appui donc euh équipe qui intervient au domicile des personnes âgées et j'y travaille depuis juillet 2013.

Moi : D'accord. Et du coup c'est quoi le type d'accompagnement proposé ?

E6 : Donc c'est un accompagnement ponctuel euh de réadaptation et de prévention pour les personnes âgées au domicile euh pour qu'ils puissent rester dans leurs domiciles le plus longtemps possible et en sécurité.

Moi : D'accord. Et vous êtes à mi-temps à temps pleins ?

E6 : Alors euh actuellement je suis à 75 % et euh j'ai plutôt des .. depuis 1 an euh des missions de coordination d'équipes.

Moi : D'accord. Mmh, quel a été votre parcours professionnel ?

E6 : Alors j'ai d'abord travaillé pendant 3 ans et demi dans un hôpital, donc euh dans des services de court séjour euh d'appareillage et puis un peu des remplacements en SSR gériatrique et de rééducation et euh il y avait aussi quelques interventions en

EHPAD. Et puis ensuite euh et bah depuis 2013 donc euh depuis 8 ans euh à l'équipe d'appui.

Moi : D'accord. Euh donc du coup euh vous avez travaillé déjà auprès de personnes âgées ?

E6 : Euh toute ma carrière est auprès de personnes âgées.

Moi : D'accord. Euh comment vous définissez le syndrome post-chute ?

E6 : Alors le syndrome post-chute euh c'est un... je vais dire un symptôme euh d'ordre psychologique suite à une chute euh donc qui peut intervenir soit quand la personne est restée longtemps au sol ou alors sur une chute particulièrement traumatisante ou alors à un moment où la personne était fragile et qui entraîne euhm... diverses conséquences comme euhm la perte d'autonomie euh...la peur de remarcher, la peur de tomber euhm parfois même une dépression donc euh... donc voilà une grosse perte d'autonomie suite euh suite à la chute.

Moi : D'accord, et...

E6 : Je sais pas si je suis très claire.

Moi : Euh oui oui. Mmh Et est-ce que du coup vous avez déjà accompagnée des personnes âgées présentant le syndrome post-chute ?

E6 : Oui.

Moi : Et durant cet accompagnement est-ce que vous prenez en compte la dimension sociale ?

E6 : Euh oui tout à fait la dimension sociale, psychologique et puis euh... la dimension physique évidemment.

Moi : Est-ce que vous pourriez me parler davantage de la dimension sociale ? De

quelle façon vous la prenez en compte ?

E6 : Euh... peut être en citant un exemple euh d'une personne à qui avait un syndrome post-chute euh qu'une personne qui a chuté plusieurs fois qui est atteint d'une pathologie neurologique évolutive qui a chuté plusieurs pendant un transfert en allant au toilette donc cette dame étant totalement autonome avant le syndrome post-chute, en fait avec la chute a mis en place des aides euh humaines, trois fois par jour et de l'aide pour les transferts et cetera... Donc un, un plan d'aide très conséquent du jour lendemain et en fait euh dans toute la réadaptation par rapport au syndrome post-chute euh il y a eu aussi un travail avec qu'on a fait avec la dame par rapport à ce plan d'aide qui était à mon avis trop conséquent pour elle qui l'entraînait dans sa dépendance je veux dire et en fait on a travaillé ensemble sur une ré autonomisation. Et à la fin de l'accompagnement alors qui a duré plusieurs mois hein par rapport à ce syndrome poste chute euh elle avait gardé seulement une aide le matin pour le levé et toutes les aides en fait humaines de la journée elle les avait retirées on avait une aide ménagère que elle a gardé aussi mais toutes les aides physiques humaines elle a pu les retirer.

Moi : D'accord.

E6 : Donc elle a regagné en autonomie voilà et puis on a aussi un travail avec les aidants euh... les aidants familiaux de leur dire de pas trop faire à la place de la personne euh... et d'aussi stimuler pour que la personne reprenne son autonomie progressivement.

Moi : D'accord. Euh quels aménagements du domicile effectuez-vous durant votre pratique professionnelle pour des patients présentant un syndrome post-chute ?

E6 : Alors tout dépend de du logement mais ça peut être euh des petites aides techniques, aides techniques aux transferts ou alors euh barres d'appuis, accoudoirs de WC et cetera ou alors si le domicile est complètement inadapté ça peut aller jusqu'à euh des travaux pour l'aménagement de la salle de bain ou l'aménagement des toilettes. Pour que ce soit totalement accessible.

Moi : D'accord. Comment définissez-vous les habitudes de vie ?

E6 : Euh donc euh au premier entretien qu'on fait avec les personnes euh il y a un questionnaire euh fin un questionnaire, un entretien dirigé avec la personne euh et on voit avec elle euh toutes ces habitudes de vie. Euh donc on se base euuh sur la grille GIR pour ne pas oublier de d'aspect et cetera euh et en fait au cours de l'entretien on aborde avec la personne ce qu'elle sait faire ce qu'elle .. dans quels domaines elle a des problèmes euh ou des limitations euh d'activités et cetera et on essaie ensemble de trouver des solutions.

Moi : D'accord. Parce que du coup moi je me suis appuyé sur le Modèle de Développement Humain et Processus de Production du handicap pour définir les habitudes de vie donc elles correspondent aux activités courantes comme la communication, les déplacements, la nutrition, les conditions physiques, le bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation et aussi donc tout ce qui est aux rôles sociaux donc la responsabilité, les relations interpersonnelles, la vie associative et spirituelle, l'éducation, le travail et les loisirs.

E6 : Mh mh.

Moi : Donc euh du coup j'ai une question en rapport avec les habitudes de vie qui sont : que mettez vous en place pour améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E6 : C'est très variable euh en fonction de la personne de son environnement euh physique et humain euh on s'adapte vraiment aux... aux besoins et aux habitudes de vie de la personne donc euh fin j'ai pas d'exemple précis à donner mais euh ça peut être du matériel ça peut être des aides humaines, ça peut être euuh... en fait on on va trouver ensemble des solutions pour qu'elle puisse reprendre des habitudes de vie antérieure et pour ça en fait on va faire des essais si c'est du matériel on va faire des mises en situation d'utilisation de ce matériel, la personne voit si ou pas si ça peut s'adapter euuh à ces habitudes pour qu'elle puisse être autonome pour faire les activités qu'elle faisait auparavant.

Moi : D'accord

E6 : Vous me dites si je ne suis pas claire.

Moi : Non non c'est très clair. Et du coup que pensez-vous de l'aménagement du domicile dans le cadre des habitudes de vie pour les personnes ayant un syndrome post-chute ?

E6 : Si si il n'y a pas de troubles cognitifs euh et que la personne est en demande de toute façon hmm je vois bien avec l'expérience que si la personne n'est pas en demande de modifier son logement euh l'ergothérapeute peut faire toutes les propositions qu'elle veut les l'aménagement ne se fera pas. Donc il faut bien que la personne soit en demande euh si elle n'est pas en demande à mon avis le rôle de l'ergo c'est de donner les informations sur ce qui serait possible de faire, ce qui serait le mieux de faire pour elle et après la personne s'en saisit ou pas. On a des exemples hein de personne qui sur le moment se sont pas saisit des préconisations et en fait ont rappelé quelques mois voir quelques années après pour dire finalement, je veux bien faire un aménagement de mon logement. Donc la c'est très personne dépendante mais souvent le syndrome post-chute fait quand même euh fait quand même évoluer euh la personne, elle se rend compte que beh souvent elle se rend compte que elle vieillit et qu'il faut faire quelque chose dans son logement.

Moi : D'accord. Donc du coup selon vous l'aménagement du domicile c'est plutôt un facteur facilitant ou obstacle pour réaliser les habitudes de vie ?

E6 : Euh facilitant.

Moi : D'accord. Euh comment définissez-vous la confiance ?

E6 : Oula [Rires]. Alors la confiance euh... la confiance... enfin déjà je pense qu'elle est nécessaire pour la prise en charge euh après tout dépend si vous parlez de la confiance entre le pro enfin entre la personne accompagnée et le professionnel ou la confiance en elle-même.

Moi : Euh c'est plutôt la confiance en elle-même.

E6 : Oui. Euh... souvent avec le syndrome post-chute les, les personnes âgées perdent confiance en elles-mêmes justement euh... donc en fait il faut beaucoup de temps et puis euh pour qu'ils reprennent confiance en elles et euh... et euh... en fait ça se travaille et à mon avis le rôle de l'ergo en collaboration évidemment avec un kiné et euh l'entourage euh c'est de redonner progressivement euh quand la personne à... pour qu'elle ait confiance en elle et en fait de lui montrer qu'elle est capable de faire souvent c'est juste ça.

Moi : D'accord. Parce que du coup la confiance en soi moi je l'ai défini comme le fait d'être capable, en capacité de faire des choix et prendre des décisions.

E6 : Oui et ça va même fin voilà j'accentuerai sur les capacités avant de prendre des décisions euh.. c'est les capacités à faire. Euh.. si je prends l'exemple de la dame toute à l'heure elle était persuadée qu'elle ne pourrait plus jamais refaire ses transferts toute seule alors que en réalité avec un peu de travail et de de ma part et de la part du kiné elle a réussi à faire ses transferts toute seule donc euh c'est que la personne se rend compte qu'elle est capable de faire.

Moi : D'accord. Et du coup est-ce que durant votre accompagnement vous évaluez la prise de confiance ?

E6 : Pas directement. De toute façon il y a pas de euh il a pas de à ma connaissance il y a pas d'échelle pour euh pour voir si la personne à confiance euh... mais euh oui indirectement on on perçoit si elle reprend confiance en elle ou pas.

Moi : D'accord. Est-ce que vous pensez que l'aménagement du domicile permet à la personne de reprendre beaucoup confiance moyennement confiance ou pas du tout confiance en elle ?

E6 : J'dirais qu'il y a pas de lien entre les deux.

Moi : D'accord.

E6 : Et pourquoi ?

E6 : Euh.. Euh.. parce que si la personne enfin la personne si elle a confiance en ses capacités et c'est pas l'aménagement du logement qui va dire qu'elle est capable de faire ou pas euh... pour moi le l'aménagement du logement ça vient améliorer les conditions. Mais si la personne ne reprend pas confiance en elle euh même fin l'aménagement du logement servira à rien.

Moi : D'accord.

E6 : Je sais pas si fin voilà euh une personne qui a perdu toute confiance en elle en ses capacités euh même en ayant les meilleures conditions autour euh c'est euh évidemment ça sera un peu facilitant mais c'est pas euh l'influence ne sera pas directe.

Moi : D'accord. Donc vous vous pensez qu'il y a une influence mais pas direct ?

E6 : C'est ça.

Moi : D'accord. Mh, selon vous de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit donc sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ? Donc c'est un peut être ce que vous venez de dire.

E6 : Ouais ouais donc ça vient en facteur facilitant mais mais pas directement.

Moi : D'accord. Du coup je crois que vous m'avez répondu toute à l'heure à la prochaine question qui est faites-vous des mises en situation après avoir réalisé des aménagements du domicile ?

E6 : Euh ça arrive c'est pas c'est pas systématique mais ça arrive sur demande des personnes.

Moi : Du coup quel est le but de ces mises en situation ?

E6 : Euh pour que la personne reprenne les bonnes habitudes et utilise bien euh les aménagements qui ont été faits.

Moi : Et du coup euh comment se déroule euh la mise en place de mises en situation enfin quelles sont les modalités de cet accompagnement ?

E6 : Euh.. et bah on... enfin après ça dépend de la mise en situation mais euh on va mettre la personne en situation alors si c'est je sais pas un aménagement de la salle de bain euh... on va voir avec elle je sais pas comment elle fait son transfert euh euh dans la douche euh.. comment elle se déplace euh euh à quel endroit elle met euh sa serviette euh ses produits de toilette et cetera et euh on voit l'activité euh dans son entièreté en fait. Si c'est prendre la douche et ben on voit comment elle se déshabille et euh est-ce qu'elle prépare ses affaires avant ou est-c'qu'elle les mets euh enfin le rôle de l'ergo c'est aussi de décomposer euh chaque activité et de voir c'qui est fait ou pas fait euh après on laisse la personne faire comme elle a l'habitude de faire et on revoit avec elle si il a besoin de modifier ou pas.

Moi : D'accord. Et donc du ça se base sur des observations ?

E6 : Oui.

Moi : D'accord. Et euh selon vous quelles répercussions ont les mises en situation ont sur le patient ?

E6 : Euh bah ça permet de s'approprier le matériel quand y'en a euh de changer les... mauvaises habitudes euh... et puis euh de vraiment s'approprier euh l'aménagement qui a été fait.

Moi : D'accord. Pensez-vous que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur nouvel environnement ?

E6 : Oui. Sans aucun doute.

Moi : D'accord. Et est-ce que vous pourriez me dire un peu plus pourquoi ou quel est votre avis ?

E6 : Euh... en fait euh pour que la personne euh fin voilà j're dis un peu c'que j'ai dit tout à l'heure pour que la personne que la personne reprenne confiance en elle et en capacité euh... il faut qu'elle fasse plusieurs fois qu'elle voit qu'elle est capable de faire les choses euh et il y a que les mises en situation qui peuvent lui montrer qu'elle est capable de faire et le rôle du thérapeute c'est de.. progressivement diminuer l'aide qu'il apporte alors que ce soit l'aide physique ou ou la guidance euh... dans une réautonomisation en fait j'ai envie de dire que la dernière séance avec l'ergo euh l'ergo à juste à observer si tout se passe et n'a plus à intervenir et dans ce cas-là la personne voit qu'elle capable de faire toute seule.

Moi : D'accord. Connaissez-vous le concept de participation sociale ?

E6 : Alors euh j'en ai entendu parler [Rires] après euh... euh... oui fin je l'utilise peu mais oui oui je connais.

Moi : Si vous deviez me le définir, vous me diriez quoi ?

E6 : Euh alors les concepts c'est un peu compliqué hein donc c'est vrai que dans la pratique euh on le enfin personnellement je les utilise peu. Euh la participation sociale pour c'est euh c'est toutes les activités qui sont en lien avec la vie sociale des personnes euh ça peut être activités de loisirs activités culturelles relationnelles sorties et cetera.

Moi : D'accord. Parce que du coup je me suis encore appuyé sur le Modèle de Développement Humain et de Processus de Production du Handicap qui définit euh la participation sociale comme la personne puisse réaliser ses habitudes de vie en fonction de ses facteurs personnels comme ses déficiences et les facteurs environnementaux.

E6 : D'accord.

Moi : Donc du coup ouais c'est le fait d'accomplir les habitudes de vie

E6 : Mh mh. D'accord qu'on est moins sur la la vie sociale en fait que ce que je disais.

Moi : En partie oui parce que toute à l'heure dans les habitudes il y avait aussi la notion comme je vous disais de loisirs, de euh... de déplacements et cetera. Du coup euh d'où ma question dernière qui est selon vous, prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E6 : Bah oui. Oui oui de toute façon la la personne qui reprend confiance en elle et se réautonomise progressivement en.. retrouve sa participation sociale. Elle va, fin le but aussi c'est qu'elle retrouve toutes ces activités antérieures donc euh oui oui.

Moi : D'accord. J'ai fini de vous poser mes questions. Est-ce que vous auriez des remarques ou de pistes d'amélioration à me soumettre ?

E6 : Euh... Alors voilà fin pour moi il y a... il y a... Dans le syndrome post-chute il faut une prise en charge pluridisciplinaire c'est hyper important et qu'on soit que tous les professionnels aillent dans le même sens et euh et aussi ne pas oublier la dimension psychologique de ce syndrome euh et de... quand c'est possible hein de pouvoir faire intervenir une psychologue c'est très aidant.

Moi : D'accord.

E6 : Donc ça peut être aussi une piste à creuser c'est parce que je travaille avec des psychologues quotidiennement que que je dis ça mais sur les personnes qu'on a suivis avec des gros syndromes post-chute bah c'est vrai que l'accompagnement psychologique est primordial aussi dans le fait de reprendre confiance en soi.

Moi : Et du coup c'est un accompagnement en collaboration avec l'ergothérapeute ?

E6 : Oui.

Moi : Et ça se passe comment ?

E6 : Bah bien souvent en fait dans notre équipe on fait un rendez-vous en binôme euh ergothérapeute psychologue au domicile de la personne quand on sait que qu'il y a un besoin des deux professionnels euh... Et en ensuite euh il y a d'autres rendez-vous qui sont donnés euh par l'ergothérapeute et par la psychologue indépendamment. Et après en fait en réunion d'équipe euh les professionnels échangent sur cette situation pour euh aller dans le même sens.

Moi : D'accord.

E6 : Et après si elles y vont pas en binôme dès le départ euh et que c'est l'ergothérapeute qui y va en premier euh... elles vont proposer si elles voient qu'il y a un besoin elles ont proposé à la personne de rencontrer une des psychologues de l'équipe.

Moi : D'accord.

E6 : Et puis après il y a tout le lien euh avec les kinésithérapeutes aussi euh de voir ce... euh enfin déjà de leur signaler euh le syndrome post-chute si il ne l'on pas vu et puis euh... et puis d'aussi bien d'aller dans le même sens de réautonomiser et travailler le relevé du sol euh parce que ramener la personne au sol euh après une chute euh c'est très compliqué mais il faut en passer par là pour qu'elle sache que si elle rechute un jour elle pourra se relever.

Moi : Mh mh.

E6 : Et puis après il y a toute la collaboration avec le médecin traitant aussi enfin... C'est vraiment pour moi c'est vraiment une prise en charge pluridisciplinaire et euh l'ergo amène sa petite pierre à l'édifice.

Moi : Mh mh. D'accord. Est-ce que du coup vous auriez d'autres remarques.

E6 : Euh comme ça je ne vois pas.

Moi : Ok. Bah du coup j'ai fini l'entretien.

E6 : D'accord.

Moi : Euh vous avez mon adresse mail et éventuellement je peux vous envoyer mon numéro de téléphone si vous souhaitez me contacter pour des informations complémentaires.

E6 : D'accord. Ça marche. En fait souvent je communique plus par mail c'est c'est plus simple. Mais oui oui sans problème. Et puis vous de même hein si euh y'a d'autres questions après qui émerge de votre travail et que et que vous souhaitez euh avoir des précisions ou des de plus amples renseignements vous n'hésitez pas à me recontacter.

Moi : Merci beaucoup c'est gentil.

E6 : Il y a pas de quoi.

Moi : Hop bah je vais pouvoir vous laisser alors, en revoir.

E6 : Au revoir.

ANNEXE IX : Entretien avec l'ergothérapeute 7 (E7)

Moi : Alors du coup avez-vous déjà accompagné des personnes âgées répondant aux critères suivant donc des personnes âgées ayant déjà chuté, pouvant se déplacer et n'ayant pas de troubles cognitifs.

E7 : Oh bah oui bah c'était à peu près les trois quarts euh de mes patients quand j'avais travaillé en SSR gériatrique donc effectivement.

Moi : D'accord. Depuis quand êtes-vous diplômée ?

E7 : Alors je suis diplômée depuis 2016. Donc 2016... ça fait euh bah ça fera bientôt 5 ans de diplôme.

Moi : Ok et actuellement dans quelle structure travaillez-vous et depuis quand ?

E7 : Alors je travaille au centre hospitalier au GHH du Havre et j'suis à l'hôpital Jacques Monod. Donc en fait c'est un petit peu particulier avec le COVID tout ça en fait avant j'avais un poste enfin c'est peut-être une autre question, remarque.

Moi : Euh non mais vous pouvez vous pouvez continuer.

E7 : Ouais ?

Moi : Oui y'a pas de soucis.

E7 : Ouais ? Ok d'accord. En fait le poste a changé pendant que j'étais sur enfin au cours au cours de l'année avec le COVID. En fait j'avais commencé initialement je gérais toute la partie gériatrique dans l'hôpital c'est-à-dire que j'avais le SSR gériatrique enfin non on va faire ça dans l'ordre j'avais le cours séjour gériatrique [coupure dans l'enregistrement] c'est-à-dire les patients qui allaient aux urgences et qui après étaient en phase aiguë suite à des chutes souvent où un problème de médecine aiguë et après donc moi souvent la on me demandait d'intervenir ici pour tout ce qui était évalué les capacités de la personne et voir si il fallait envisager un

SSR ou plutôt ou si on pouvait permettre un retour à domicile ou alors si le maintien à domicile n'était pas enfin n'était pas possible. Donc euh de la après moi j'pouvais les suivre après en SSR si du coup il y avait de la place en SSR à Jacques Monod donc la le SSR les patients j'les suivais de... oh ils restaient entre 3 semaines et un moi et demi-grand maximum et du coup pas je faisais mon ergo rééducation, réadaptation, visite à domicile tout ça. Et euh voilà donc ça c'était mon...mon poste à ce moment-là et euh là en fait avec des démissions de gériatre et le COVID en fait le SSR gériatrique a fermé à l'hôpital donc du coup la je suis en ce moment l'ergo que qui intervient dans les unités COVID en fait et à côté j'travaille aussi en pédiatrie maintenant mais euh et la aussi j'suis en train de développer je viens de m'inscrire dans une équipe mobile gériatrique euh ou du coup il y a une antenne reliée à l'hôpital en fait c'est avec le SAMU on a transmis nos coordonnées en fait aux... à tous les professionnels de santé et fait les médecins traitant ou autres professionnels qui côtoient des personnes âgées donc de plus de 65 ans qui ont tendance à chuter euh plusieurs fois enfin qui ont eu des difficultés au domicile et qui ont déjà chuté une ou deux fois sans avoir besoin de rééducation mais euh récupérer par les pompiers, remit debout et laissé euh laissé chez eux tout simplement on nous envoie le dossier et pis de la le médecin et l'infirmière jugent si il y a besoin d'une intervention ergo avec une visite à domicile. Voilà et ça ça commence tout juste.

Moi : D'accord. Et... du coup vous êtes à... à quel pourcentage de temps par semaine auprès des personnes âgées ?

E7 : Alors euh avant ou là actuellement du coup ? Parce que c'est un peu compliqué [Rires].

Moi : Euh... avant et actuellement si possible.

E7 : Alors on va dire avant bah 100 % et maintenant bah euh je suis encore en transition parce que avant du coup avant qu'il y ait le l'équipe mobile enfin en gériatrie la du coup j'étais euh dans les unités COVID mais c'est essentiellement de la gériatrie j'allais en maladies infectieuses, j'allais dans les unités COVID et fin oui ça représentait euh pas mal de la de mes patients quand même on va dire 50 % et là comme j'ai aussi de la pédiatrie mais ça doit représenter 20 % on va dire j'ai 80 % de

gériatrie actuellement.

Moi : D'accord. Ok.

E7 : Voilà.

Moi : Du coup comme vous avez déjà travaillé auprès de personnes âgées, comment vous définissez le syndrome post-chute ?

E7 : Le syndrome post-chute est bhin souvent c'est des personnes qui chutent ou qui ont une énorme peur de de chuter donc suite la chute le patient euh fin développe il a développé une peur de chuter en gros euh il développe ce syndrome post-chute qui est bah le fait de se maintenir euh en arrière et fin on appelle ça euh enfin la personne se met en rétropulsion donc on a déjà vu des cas de syndrome post-chute où juste le fait d'être assis sans se tenir en fait au niveau... enfin sans que le dos soit maintenu au niveau du dossier par exemple juste la position à 90 degrés les mains sur les accoudoirs le patient dit j'ai peur j'ai peur je vais tomber c'est vraiment une peur de la chute vers l'avant donc du coup on on a des patients qui se lèvent en se mettant complètement en arrière et qui lors dès lors de juste la station debout ou les déplacements ont peur en fait de... de ramener le poids de leur corps comme il devrait être en fait pour marcher le poids du corps est extrêmement vers l'arrière. Voilà.

Moi : D'accord donc du coup vous avez déjà accompagné des personnes qui avaient un des personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E7 : Oh Boh oui très souvent. Très souvent surtout en court séjour gériatrique où du coup les chutes fin ils arrivaient ils venaient de tomber fin voilà.

Moi : Et du coup est-ce que durant cet accompagnement vous prenez en compte la dimension sociale des personnes âgées qui avaient un syndrome post-chute ?

E7 : Alors la dimension sociale c'est-à-dire ?

Moi : Mh c'est-à-dire le fait que la personne puisse voir du monde réaliser ses habitudes de vie.

E7 : Ah oui bah en fait euh de façon systématique en fait on nous demande de faire des éval quand j'interviens auprès des personnes âgées souvent c'est pour faire une évaluation donc en fait j'ai tout une trame où j'évalue les capacités du patient au niveau des transferts de l'équilibre si il peut si il est indépendant dans les activités du quotidien et je fais le point donc si la personne a pas de troubles cognitifs avec la personne pour voir un petit peu quelles étaient ses habitudes de vie et comment ils vivaient au quotidien si ils avaient des aides euh et puis si ils étaient entourés euh socialement.

Moi : D'accord. Ok.

E7 : Je sais pas si ça répond à votre question.

Moi : Oui oui. Euh quels aménagements des domiciles effectuez-vous durant votre pratique professionnelle pour des patients présentant un syndrome post-chute ?

E7 : Oh bah c'est très divers et varié [Rires]. Il y a pfff il y a plein pleins de choses. Euh bah en fait je vais faire personne dépendante donc la on parle bien seulement de l'adaptation dans le cadre de visites à domicile pas de ce que je fais en général autre que les enfin c'est vraiment les aménagements ? On est d'accord ?

Moi : Oui oui oui.

E7 : Ok et bhin ça va pouvoir être tout ce qui est adaptation pour sécuriser les transferts donc euh ça peut être des rehausseurs de des rehausseurs de chaise, des rehausseurs de canapé, des rehausseurs de lit, des poignets de lit pour faciliter et sécuriser les transferts au lit ça peut être quoi d'autre euh... fin tout ce qui va être autour de l'éclairage, faciliter l'éclairage pour limiter les chutes ça va être aussi de la réadaptation à la marche en collaboration avec les kinés où du coup je vais mettre en situation le choix de l'aide technique qui est le plus adapté pour la personne et voir si le domicile c'est fin c'est efficace et si c'est réalisable aussi dans la réalisation

des activités de la vie quotidienne pour cuisiner, pour déplacer des fin pour ramener le linge sale par exemple de la salle de bain à la machine à laver fin voilà. Ensuite il va y avoir quoi donc tout ce qui aide aux déplacements euh au niveau des transferts on a oublié tout ce qui est rehausseur des WC, tout ce qui est système d'assise et barre d'appui donc euh partout là où la personne va s'asseoir donc euh dans la douche, devant le lavabo, à table euh c'que je préconise beaucoup aussi quand il y a après une personne à des difficultés à se relever c'est soit utiliser plutôt des fauteuils plutôt que des canapés fin après c'est personne dépendante il y a des canapés où pour certaines personnes ça va rester quand même euh quand même pertinent mais euh généralement j'ai plutôt tendance à favoriser du coup enfin c'est ça un canapé avec une hauteur d'assise à hauteur, des accoudoirs si le patient n'arrive toujours pas à contrôler pour s'asseoir et a tendance à se laisser tomber et de faire en sorte que les assises, l'ensemble des assises soient contre des murs fin soit pas fin qu'il ait pas rien derrière en fait. Euh et que le fauteuil soit suffisamment lourd et pas trop léger pour éviter qu'il y ait tout risque de bascule en arrière. Euh voilà. On fait aussi un petit peu le point pour tout ce qui est aussi tout ce qui va être à roulette dans la maison. Euh on va regarder aussi c'est pour ça que c'est important de regarder euh de faire le point sur les habitudes de vie et pis souvent quand on va au domicile on s'rend compte qu'on ait passé souvent à côté de chose donc par exemple que la dame va monter sur une échelle pour aller chercher un livre tout en haut de son étagère ou euh fin voilà parfois on a des petites surprises comme ça donc la on fait pas de l'aménagement, c'est plus des conseils, des façons de faire on préconise d'autres façons de faire. Euh... touc touc touc est-ce que, donc la j'ai parlé des transferts. Ça va être euh ouais après tout ce qui va être euh on va je vais regarder pour tout ce qui est mise en situation voir si la personne se met en danger ou non lors de la réalisation de ses activités si euh oui est-ce que on peut aménager ou faire autrement et sinon est-ce qu'il faut pas mieux mettre en place un accompagnement humain soit pour faire avec que la personne participe à la mise dans ses activités ou alors pour faire carrément à la place mais la c'est plus dans le cadre où il y a des grosses difficultés une fatigue ou des troubles cognitifs et la c'est ça rentre pas dans ton mémoire je crois c'est sans troubles cognitifs tu m'as dit.

Moi : Oui c'est ça.

E7 : Voilà. Je passe certainement à côté de pleins de truc parce que fin en fait parfois j'ai des visites à domicile très singulières ou on est toujours en train de rechercher quels types d'aménagements on va pouvoir adapter au mieux pour la personne euh vraiment une personne dépendante tu vois j'te dis il y a toujours des choses un peu euh un peu bateau qu'on va avoir tendance à mettre les poignets de lit, les chaises avec accoudoirs, ou des coussins rehausseurs, enfin voilà il y a plein de choses que l'on peut faire comme ça. Mais euh mais sinon qu'est-ce que j'ai eu à faire de particulier l'autre jour. Ah oui j'avais une patiente avec une camptocormie en fait c'est une un déficit euh au niveau des muscles pour euh se maintenir droit en fait au niveau des muscles du dos et euh du coup la personne elle était elle marchait à 90° donc avec l'apparition de trouble euh de trouble de l'équilibre tout ça et on pouvait pas utiliser un déambulateur standard parce qu'elle avait de l'arthrose au niveau des mains voilà c'était très compliqué donc du coup quand c'est comme ça il faut essayer d'adapter et euh la j'ai rendez-vous à nouveau, j'ai une nouvelle visite à domicile avec elle la semaine demain justement et euh bah on va j'me mets en lien avec les revendeurs et on essaie de faire des visites à domicile communes pour euh mettre en essais en fait certaines aides techniques ou aide à la marche spécifique pour voir si ça correspond donc là en l'occurrence on a essayé un rollator 4 roues avec des appuis antébrachio avec un système de poignet un peu particulier donc voilà fin c'est vraiment euh personne dépendante on est toujours un petit peu dans la recherche pour essayer de voir ce qui va être le plus adapté à la personne.

Moi : D'accord.

E7 : Voilà. Donc ça se trouve j'ai oublié une grande partie mais pour moi je pense que j'ai parlé de pas mal de choses déjà.

Moi : Euh oui oui.

E7 : Donc voilà. Après tout ce qui est tapis aussi fin voilà tout ce qui va être à risque de chute, les fils à retirer fin sur des tout ce qui va être qui va servir d'obstacle en fait sur le... sur aux déplacements donc tapis euh files qui dépassent on va regarder aussi si il y a des marches si il y a des seuils comment la personne les passe, voilà le chaussage euh ff ouais il y a encore énormément de choses. Mais voilà. J'te fais

un petit résumé on va dire [Rires].

Moi : Ok. Euh comment définissez-vous les habitudes de vie ?

E7 : Les habitudes de vie ?

Moi : Oui.

E7 : Alors, bah moi dans mon bilan les habitudes de vie c'est euh je j'reprend en fait toutes les activités du quotidien, les activités journalières du quotidien donc euh toute la façon de dont une personne va faire sa toilette, s'habiller souvent j'ai tendance à demander un petit peu une journée type pour une personne âgée parce que souvent les pers enfin sauf personne de 65 ans 70 ans ou fin il y a des personnes qui sont très dynamiques qui font pas toujours la même chose mais généralement euh le le quotidien des personnes âgées est assez ritualisé elle s'éveille à la même heure, ils font toujours un petit peu la même chose donc du coup ça apporte pas mal d'éléments déjà ne serait-ce que le matin savoir si ils se lèvent avant ou après le passage de l'infirmière si il y a une pause de bas de contention parce que en fonction si la personne se lève avant qu'il y ait la pose des bas de contention mit par exemple ça peut favoriser les chutes fin voilà y'a pleins de choses à voir. Euh alors pardon j'ai perdu ta question [Rires].

Moi : Ma question était comment définissez-vous les habitudes de vie ?

E7 : Ah oui c'est ça donc voilà ça va être tout ce qui va être autour d'une journée type comment la personne va faire sa toilette, va s'habiller, euh comment elle va se déplacer, si elle a l'habitude de sortir à l'extérieur, euh tac tac tac euh la prise des repas, euh si elle fin en terme de continence si elle va au toilette plusieurs fois dans la journée ou pas euh, si elle gère bien son incontinence si jamais il y a incontinence euh ses loisirs et pis après toutes les activités instrumentales, la préparation des repas, les courses, la prise du courrier, la sortie des poubelles euh le les sorties en familles fin vraiment toutes les activités euh que la personne va être en, va devoir faire en fait, va être amené à faire au quotidien.

Moi : D'accord. Parce que je vais vous donner un peu moi comment j'ai défini les habitudes de vie pour qu'on soit sur la même cohérence pour la suite des questions.

E7 : Mh d'accord.

Moi : Donc ça reprend un peu ce que vous avez dit parce que selon le Modèle de Développement Humain et Processus de Production du handicap les habitudes de vie donc elles correspondent aux activités courantes donc euh ça peut être tout ce qui va lié être lié pardon à la communication, les déplacements, la nutrition, les soins personnels l'habitation et cetera et les rôles sociaux donc c'est tout ce qui va être la responsabilité, les relations interpersonnelles, la vie associative, l'éducation, le travail et les loisirs.

E7 : Oui bah c'est ça. En fait euh enfin dans l'évaluation que je réalise voilà c'est exactement ça en fait on on part sur des questions globales et au fur et à mesure la personne va nous donner des des informations en fonction on va cibler voilà si la personne est dans le milieu associatif comment va se passer, si la personne a des difficultés pour se concentrer bah est-ce que elle va gérer ses papiers administratifs toute seule elle va gérer ses comptes toute seule, et cetera enfin à chaque fois fin voilà on va regarder un p'tit peu tout ça.

Moi : Et du coup euh que mettez-vous en place pour améliorer la réalisation des habitudes de vie des personnes âgées qui ont un syndrome post-chute ?

E7 : Euh bah pleins de choses [Rires]. Euh fffouff... euh alors on commence par où. Euh que j'organise ça. Euh fff bah ça va être on va commencer déjà par des mises en situation et d'l'a rééducation pour pour tout ce qui va être stimuler le l'indépendance dans la réalisation de ces activités parce que souvent quand les personnes arrivent donc y'a tout ce qui est trouble de l'équilibre, des fortes appréhensions donc on va avoir tout un travail là-dessus après on va on va aussi beaucoup apporter de conseils parce que bah parfois on a des personnes qui sont beaucoup dans la précipitation dès qu'ils sont un mouvement donc on va essayer de euh de repenser avec eux, de changer un p'tit peu leurs habitudes pour sécuriser euh bha les activités euh parfois ça va des choses si jamais on arrive pas que la

personne récupère en terme d'équilibre mais pas suffisamment ça va être des choses toute bête comme euh bah tout simplement s'asseoir pour enfiler sa culotte, son pantalon et ses chaussettes, c'est très bête mais parfois ça fin c'est utile fin t'as déjà fait des stages en gériatrie du coup ?

Moi : Euh oui.

E7 : Donc bah en général c'est les trucs euh le nombre de personnes âgées qui ont tendance à rester debout pour enfiler un pantalon ou des chaussettes c'est assez impressionnant parfois [Rires]. Il te raconte un peu comment ils font et ah oui d'accord c'est possible comme ça aussi je pense qu'on va s'asseoir maintenant on va essayer comme ça. Donc voilà donner des conseils ça peut être juste des conseils comme ça ou après euh bah des adaptations un p'tit peu plus euh fin ça va être des aides techniques qui comme par exemple à l'issue euh d'un bilan fonctionnel au niveau des membres supérieurs la personne est en mesure d'atteindre ses pieds, ses jambes ou son dos on va pouvoir utiliser une pince à long manche pour que la personne puisse faire toute seule euh on va donner des aides techniques à l'habillage si il y a des problèmes d'arthrose ou de dextérité comme par exemple un enfile bouton, ou un enfile soutien-gorge pour que la personne puisse s'habiller toute seule euh après ce qui est très important aussi quand on travaille en gériatrie c'est euh parce qu'en tant qu'ergo on a toujours tendance à dire oui on veut que la personne soit indépendante il faut toujours faire attention aussi à c'que la personne désire euh il y a des personnes qui moi enfin j'ai eu plusieurs personnes des fois j'étais là je leur disais écoutez moi j'pense que vous pouvez faire toute seule avec tel aide technique enfin je leur montrais comment faire elles y arrivaient bien mais elles disaient non mais moi je ça me fatigue beaucoup trop et pis ça me dérange pas je préfère à la limite que il y a une personne soit avec moi bah dans c'est cas la on fin voilà on est là en fait que pour proposer et pas pour forcément imposer une indépendance à aux personnes quoi il faut être vigilant à ça. Euh donc après tout ce qui est aide technique et pis après aussi quand on fait des visites à domicile on va essayer de faciliter au maximum l'environnement pour que la personne puisse réaliser ses activités donc ça va passer par euh fff je sais pas moi pour les déplacements qu'est qu'on va avoir ? Des aides à la marche comme j'ai parlé toute à l'heure ou euh si il y a des fils qu'on peut pas déplacer on va essayer de mettre des

cache pour que pour que la personne évite de se mettre les pieds dedans euh fin voilà on va rehausser les prises on va on va faire énormément de chose. Voilà voilà.

Moi : Et du coup que pensez-vous de l'aménagement du domicile dans le cadre des habitudes de vie pour les personnes âgées présentant un syndrome post-chute ?

E7 : Ah bah c'est primordial euh bah pour te donner un exemple quand j'étais en SSR gériatrique euh je faisais des visites à domicile dans euh fff aller 80 pourcent des cas.

Moi : Ok.

E7 : Sur les dix ouais les dix ouais sur les dix lits que j'avais euh à chaque fois il y en avait au moins huit où je faisais des visites à domicile donc c'est vraiment euh... Et pis en quand on les voit en structures on a beau poser pleins de questions on peut les mettre en mise en situation écologique essayer de s'en rapprocher au plus près à chaque fois euh fin on s'rend compte quand on fait les visites à domicile bah les personnes euh vont reprendre un petit peu, elles vont se mettre à l'aise, elles vont refaire leurs activités vraiment comme elles avaient l'habitude de le faire et ça là où du coup parfois on va déceler d'autres petites euh d'autres petits détails qui vont euh constituer des risques de chute. Donc euh effectivement enfin moi je préconise la visite à domicile presque tout le temps du coup.

Moi : D'accord.

E7 : Voilà.

Moi : Euh comment définissez-vous la confiance ? Plutôt la confiance en soi.

E7 : La confiance en soi. Pouv c'est une question bête [Rires]. Euh bah la confiance en soi c'est euh le la façon dont on se voit dans euh dans notre façon d'être dans notre façon d'agir, dans... dans la réalisation de nos activités le fait de bah de oui ou bah non ça reprend le terme confiance, c'est euh ouais ça reprend un peu.... Ouais c'est la façon dont on se voit et euh l'assurance qu'on va avoir dans la

réalisation de nos activités et notre façon d'être.

Moi : Bah du coup j'ai une définition qui est que avoir confiance en soi c'est plutôt être en capacité de faire des choix et prendre des décisions.

E7 : D'accord ah j'ai pas osé utiliser le mot confiance mais oui effectivement ça convient tout à fait aussi [Rires].

Moi : D'accord, ok. Du coup est-ce que selon vous l'aménagement du domicile favorise la prise de confiance ?

E7 : Ah bah alors euh est-ce que selon vous les visites à domicile favorise la prise de confiance moi je trouve justement que quand la personne va à domicile bah déjà elle sort du milieu hospitalier, elle sort de la structure quand elle rentre chez elle elle va elle va reprendre un petit peu un gain de confiance de façon générale sauf si la personne est vraiment stressée on va parfois avoir des contextes où les personnes vont être très stressée à l'idée de rentrer chez elle, peur de se retrouver à nouveau toute seule avec une perte de capacité. Mais euh la plupart.. enfin ça reste quand même assez rare la plupart du temps les gens sont souvent pressés de rentrer et euh et en plus quand on fait fin personnellement quand je fais des visites à domicile c'est quand j'en suis arrivé au, au trois-quarts de la prise en charge donc pas non plus tout à la fin et pis pas entre le milieu et la fin de prise en charge donc la personne a eu le temps de récupérer déjà un petit peu en capacité et euh on a le temps aussi après à l'issue si on détecte des difficultés après de de pouvoir retravailler encore à l'hôpital si jamais il y a des choses à peaufiner. Voilà. Mais oui je suis complètement d'accord avec le fait que quand on emmène une personne à domicile fin bon faut je pense que... Après il faut savoir aussi que les personnes aussi un petit peu en confiance mais euh faut pas chercher non plus à les mettre trop en difficultés fin voilà mais après fin euh ils reprennent leur, ils deviennent plus naturels quand il rentre chez eux ça c'est sûr.

Moi : D'accord et du coup est-ce que vous évaluez la prise de confiance dans un nouvel environnement ?

E7 : Alors nouvel environnement c'est-à-dire ?

Moi : Euh suite à l'aménagement du domicile.

E7 : Euh disons que c'est difficilement évaluable parce que souvent euh bah quand euh je fais la visite à domicile euh bah il y a pas encore tout ça je vais préconiser par la suite et quand la personne euh va les voir en fait euh ils seront sortis en fait de l'hôpital donc moi après je les rappelle pas derrière pour savoir si tout se passe bien quoi.

Moi : D'accord.

E7 : Et de temps en temps je vais avoir donc c'est très rare mais je vais avoir des patients qui vont m'appeler pour m'dire oui bah la c'est super machin en voilà ils vont ils vont appeler pour dire que ça se passe très bien avec leur aide technique mais euh ça reste rare j'ai peu de retours une fois que les patients sont sortis bon sauf si après ils font un AVC ou que y'a des problèmes de santé qui font qu'ils reviennent l'hôpital dans ce cas la je passe les voir mais sinon j'ai pas de retours.

Moi : D'accord et du coup est-ce que selon vous l'aménagement du domicile permet à la personne âgée de reprendre un peu confiance en elle, pas du tout, moyennement ?

E7 : Alors je suis désolée j'ai pas entendu le début de la question.

Moi : Euh je disais du coup selon vous l'aménagement du domicile permet à la personne âgée de reprendre confiance en elle pas du tout, moyennement, beaucoup ? Si vous deviez graduer l'aménagement... ?

E7 : Euh en fait ça vraiment être personne dépendance il y a des personnes où on va leur préconiser ils vont l'utiliser mais euh ils vont nous dire comme ça bon bha je pourrais m'en passer je pourrais faire sans parce qu'ils sont pas toujours conscients du risque de chute derrière euh derrière l'activité. Mais y'en a certains effectivement ou je suis complètement d'accord euh fin avec cette question ou euh du coup ils vont

essayer ils vont dire à bah oui je vais faire comme ça parce qu'effectivement fin quand ils le faisaient à l'hôpital euh il disait non non moi je veux qu'on me le fasse parce que j'me sens pas capable de le faire actuellement donc c'est vraiment que leur montrer qu'ils peuvent le faire euh avec une adaptation pour sécuriser bah y se sentent enfin ils sont beaucoup plus en confiance pour la suite. Donc euh à ça ouais... c'est vraiment personne dépendante je dirais beaucoup pour certains et pis moyennement pour d'autres.

Moi : D'accord. Euh, selon vous de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

E7 : C'est... je suis désolée tu peux répéter la question ?

Moi : Je disais selon vous de quelle manière l'aménagement du domicile de cette population agit sur la confiance qu'elle peut avoir pour réaliser ses habitudes de vie ?

E7 : De quelle manière... Oh elle est dure la question à l'oral là [Rires]. Il faudrait limite que tu me l'envoies par écrit, elle est longue.

Moi : Oui elle est longue. Euh en gros c'est comment l'aménagement agit sur la confiance de la personne âgée dans la réalisation des habitudes de vie ? Quel est l'impact ?

E7 : Ah quel est l'impact bah déjà ça va leur permettre de d'être indépendant plutôt que d'avoir de l'aide humaine donc euh ça va fin du coup ça montre que bah l'ergo à toute sa place là-dedans parce que bah notre rôle c'est un petit peu de favoriser l'indépendance au quotidien dans les activités du quotidien donc la on entre en pleins dedans euh... Ouais ça les sécurise euh euh ouais je sais pas trop quoi te dire d'autre [Rires].

Moi : Non mais c'est très bien. Euh vous m'avez dit que vous faisiez des mises en situation est ce que vous pourriez m'en parler davantage ? Quel est le but de ces mises en situation ? Quelles sont les répercussions sur le patient ?

E7 : Ah ça va en fait je vais faire des mises en situation pour plusieurs raisons parfois ça va être pour évaluer fin voir si la personne peut le faire sans risque de chute comme euh par exemple cuisiner ou mettre la table tout simplement ou euh mettre euh fin aller mettre le linge sale dans la machine à laver si la bannette de linge sal est dans la chambre par exemple ou euh parfois on va avoir des situations ou euh le frigo va être dans une chambre d'ami et a des kil... en fait faire des allers et retours dans la cuisine voilà donc du coup en fonction je mets en voilà je vais évaluer le risque de chute. Dans d'autres cas euh ça va être aussi euh un choix de vouloir mettre les personnes un petit peu en difficulté parce que certaines personnes n'ont pas du tout conscience en fait de d'être en danger dans la réalisation de certaines activités donc euh... parfois du coup je fais exprès de leur montrer une situation où donc on est là bien sûre pour accompagner et sécuriser le le déplacement mais pour leur montrer que bah ça va être compliqué que va y avoir des déséquilibres et que bah ils vont pas pouvoir le faire tout seul pour euh justement qu'ils se rendent comptent des difficultés qui va y'avoir au domicile. Euh voilà de façon générale c'est pour ça.

Moi : D'accord.

E7 : Euh d'autres exemples que je vais pouvoir te donner... Euh fou... Ouais c'est ça ça va être euh ou aller chercher pour des personnes avec des troubles de l'équilibre statique avec dissociation des ceintures par exemple un truc tout bête mais euh est-ce que la personne est en capacité d'aller sélect.. de choisir et prendre son linge dans une armoire ? Est-ce que l'armoire va être enfin va avoir l'ensemble de ses vêtements à sa hauteur ? Oui ou non dans tous enfin voir comment elle fait au quotidien toutes ces activités-là. Comment la personne euh va s'asseoir euh sur le canapé ? Euh si elle arrive à se relever ? Si elle arrive à se coucher et se relever seule du lit ? Euh bon après les mises en situation en cuisine en général je fais pas mais la plupart du temps euh je demande si la personne à plutôt tendance à faire un café ou du thé le matin euh je leur demande de faire du thé ou du café comme ils avaient l'habitude d'en faire pour voir aussi comment ils manipulent la bouilloire, la cafetière euh si ça les met en danger si l'ensemble des condiments sont à sa hauteur euh fin voilà c'est vraiment euh je vais pas faire toutes ces mises en situation là à chaque fois ça vraiment être personne dépendante en fonction des difficultés que je

vais voir et leurs habitudes de vie. Pour ça que c'est très important de, d'avoir toutes les habitudes de vie des personnes quand on évalue une personne avec un syndrome post-chute.

Moi : D'accord et du coup est-ce que vous pensez que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant [Toux] pardon je vais recommencer Toux pensez-vous que les mises en situation permettent aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute d'être en confiance dans leur nouvel environnement ?

E7 : Alors nouvel environnement c'est compliqué parce que fin ça me dérange un petit peu le terme de nouvel environnement parce qu'au final c'est leur domicile donc euh c'est pas trop un nouvel environnement donc on peut dire l'environnement avec l'adaptation mise en place.

Moi : Oui.

E7 : D'accord. Bon bah je vais prendre l'exemple par exemple de la poignée de lit c'est vrai que c'est quelque chose de nouveau donc souvent euh bah lors du premier essaie on regarde ensemble donc au départ bah ils regardent, ils sont un peu suspicieux ou ils sont parfois un petit peu perdu parce que bah on est en train d'apprendre ensemble à l'utiliser mais euh fin parfois il y a plusieurs réactions il y en a qui disent oui bon bah c'est vrai que ça me sert un petit peu et pis parfois bah les gens vont vraiment se sentir en confiance et vont dire à bah oui c'est vrai parce que parfois j'ai vraiment du mal à me tourner il y a eu plusieurs fois où je vous l'avais pas dit mais euh bah j'ai failli tomber parce que j'étais au bord du lit en cherchant à me relever. Donc voilà donc euh oui je pense que ça les fin ça les rassure et pis euh voilà.

Moi : Ok.

E7 : Je sais pas si j'ai répondu à la question.

Moi : Euh oui oui.

E7 : D'accord.

Moi : Euh il me reste trois questions euh connaissez-vous le concept de participation sociale ?

E7 : Participation sociale euh bah je te laisse me le définir.

Moi : Ok, alors du coup la participation sociale donc toujours selon le Modèle de Développement Humain et de Processus de Production du Handicap euh la participation sociale correspond au fait que la personne puisse accomplir ses habitudes de vie qui sont le résultat de l'interaction entre ses facteurs personnels comme ses déficiences et les facteurs environnementaux comme l'architecture.

E7 : Mh mh.

Moi : Du coup euh ma question est selon vous prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E7 : Ouah attends, ok, je vais euh [Rires], hop voilà alors vas-y est ce que tu peux répéter la question s'il te plaît ?

Moi : Oui selon vous prendre confiance après un aménagement du domicile à travers des mises en situation peut-il être un moyen d'améliorer la participation sociale ?

E7 : Ah bah oui complètement. Complètement. Parce que bah ça fait que la la comment dire déjà quand on va proposer des adaptations c'est que la personne va être à risque de chute et ça va être un moyen pour elle de de bah de faciliter de permettre son indépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne donc du coup on prend en compte ses déficiences et on va le pallier pour que la personne puisse à nouveau le faire toute seule et du coup le fait de à travers les visites à domicile et la mise en situation ça va euh bah leur permettre d'être fixé sur est-ce que c'est utile ou pas ? Est-ce que effectivement ça le rassure ? Est-ce que ça le sécurise ? Et euh bah ça permet à la personne de se faire une idée en fait de

l'adaptation proposée. Donc euh effectivement euh fin ça a toute sa place... Oui, c'est un grand oui à cette question.

Moi : D'accord, ok. Euh bah du coup j'ai fini de vous poser mes questions. Est-ce que vous auriez des remarques où des points à soulever ou ?

E7 : Euh bah non pas particulièrement. Je suis désolée hein j'avais beaucoup de choses à dire du coup je suis peut-être partie un peu dans tous les sens tu vas peut-être avoir un petit du mal à tout résumer mais euh [Rires].

Moi : Non non ça va aller, ça va aller.

E7 : Mouais bah écoutes en tout cas euh fin comme c'est le domaine de la gériatrie ça m'intéresse toujours et euh fin si jamais je peux suivre un petit peu c'que tu fais ça m'intéresserait du coup.

Moi : Ok bah pas de soucis.

E7 : Voilà, euh bah écoutes est-ce que je peux te laisser à la limite mon adresse mail.

Moi : Euh oui, je prends un stylo.

E7 : Et pis non parce que je suis intéressée par ton mémoire du coup fin je serais intéressée pour le lire et voir un petit peu c'qui est ressorti de tout ça.

Moi : Ok, pas de soucis. Je vous l'envoie sur l'adresse mail que j'ai ou une autre ?

E7 : Oui vous pouvez l'envoyer sur l'adresse mail, enfin tu peux m'envoyer sur l'adresse que j't'ai donné je le remettrai sur la boîte perso après.

Moi : D'accord, ok.

E7 : Ok.

Moi : Je vous envoie le formulaire de consentement ce soir.

E7 : Oui pas de soucis.

Moi : Si vous pouvez....

E7 : Oui comme ça je le remplirai demain je le scannerai et pis j'te le renverrai dans ce cas-là.

Moi : Ok ça marche.

E7 : Pas de soucis.

Moi : Merci.

E7 : Voilà. Bon bah bon courage alors pour ton mémoire et pis bah bon courage pour ta tes derniers mois d'études on va dire.

Moi : Merci beaucoup.

E7 : [Rires]. Voilà bon bah fin de journée en revoir.

Moi : Merci vous aussi, en revoir.

La participation sociale des personnes âgées après une chute

JOLY Sophia

Résumé :

Actuellement, la proportion de personne âgée ne cesse d'augmenter. En parallèle, la demande en soin croît suite à un nombre important de chute. Les ergothérapeutes sont des professionnels qui possèdent des compétences pour accompagner les personnes âgées à leur domicile après la survenue d'une chute. L'objectif de cette recherche était de déterminer le type d'intervention permettant d'améliorer la participation sociale chez les personnes âgées présentant un syndrome post-chute.

Sept ergothérapeutes français ont été interrogés lors d'un entretien semi-directif. Le but de cette recherche de terrain était de connaître l'impact de l'aménagement du domicile sur la confiance en soi et des mises en situation sur la participation sociale. Les résultats obtenus montrent que les aménagements du domicile ne sont pas suffisant à une amélioration de la confiance en soi. Néanmoins, les professionnels de terrains expriment que les mises en situation permettent une amélioration de la participation sociale de la personne âgée.

Mots clés : Personne âgée, syndrome post-chute, participation sociale, ergothérapie.

Social participation of elderly who fall

Abstract :

Currently, the proportion of elderly people is increasing. At the same time, the demand for care is growing with a large number of falls. Occupational therapists (OTs) are professionals who have the skills to accompany elderly people in their homes after a fall has occurred. The objective of this research was to address the type of intervention to improve social participation in elderly people with post-fall syndrome.

Seven French OTs were interviewed in a semi-structured interview. The aim of this field research was to find out the impact of home adaptations on self-confidence as well as the impact of situational exercises on social participation. The findings occurred showed that home adaptations are not sufficient to improve self-confidence. Nevertheless, the professionals in the field express that the role-playing exercises allow for the improvement of the elderly social participation.

Keywords : Elderly, post-fall syndrome, social participation, occupational therapy.