



Institut de Formation en Ergothérapie

A.D.E.R.E.

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

52, rue Vitruve – 75020 Paris

**Réduire le phénomène de grabatisation du résident
ayant chuté en EHPAD**

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

6.5 –S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche.

Sous la direction de Madame Alexia DECOUIS

Session juin 2016

Jeanne SCIALOM

NOTE AUX LECTEURS

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

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Alexia Decouis, maître de mémoire, pour ses précieux conseils qui m'ont aidé à cheminer dans ma réflexion tout au long de la réalisation de ce travail.

Je souhaiterais également remercier les ergothérapeutes qui ont porté attention à cette recherche et ont accepté de consacrer de leur temps pour s'entretenir avec moi.

Mes remerciements s'adressent enfin à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. Merci à mes proches pour leur présence et leur soutien tout au long de ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CADRE CONCEPTUEL.....	3
1. Le vieillissement de la population.....	3
1.1. L'évolution démographique et épidémiologique de la population.....	3
1.2. La personne âgée	4
1.3. Le processus de vieillissement.....	5
1.4. La personne âgée résidant en EHPAD.....	6
2. La chute de la personne âgée vivant en EHPAD.....	7
2.1. Epidémiologie de la chute.....	7
2.2. Définition de la chute.....	8
2.3. Etiologies de la chute	9
2.4. Répercussions de la chute concernant le résident en EHPAD.....	11
3. Entre prévention du risque de récurrence de chute et de la grabatisation du résident	14
3.1. L'ergothérapie : la thérapie par l'activité	14
3.2. Le modèle de l'occupation humaine.....	15
3.3. Toute activité implique une prise de risque	18
3.4. Démarche appliquée au contexte de l'intervention en EHPAD.....	21
4. Hypothèse de recherche	23
CADRE EXPERIMENTAL	24
1. Méthodologie d'enquête	24
1.1. Population ciblée	24
1.2. Justification de l'outil d'enquête	24
1.3. Réalisation du guide d'entretien	25

2.	Présentation des résultats	26
2.1.	Parcours professionnel	27
2.2.	La chute du résident en EHPAD	30
2.3.	Grabatisation suite à la chute du résident.....	31
2.4.	Activité et réduction de la grabatisation	36
2.5.	Activité et limite à la prise de risque	42
3.	Critiques et limites de la méthode	45
	DISCUSSION	47
1.	Synthèse et retour sur l'hypothèse de recherche	47
1.1.	Vécu psychique et environnement humain.....	47
1.1.	Prise de risque et mise en activité	48
1.2.	Retour sur l'hypothèse.....	48
2.	Pistes de réflexion pour aller plus loin	49
2.1.	Autour des volontés du résident	49
2.2.	Autour de la démarche de réduction de la grabatisation	49
2.3.	Autour des modalités d'intervention en EHPAD	50
	CONCLUSION	51
	REFERENCES BIOGRAPHIQUES	52
	ANNEXES.....	56

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Fig. 1 : Schéma du MOH (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, 2008).....	17
Fig. 2 : Quelques notions sur le risque	18
Fig. 3 : Histogramme représentant le nombre de résidents pour un ergothérapeute pour chaque EHPAD.	29

TABLE DES TABLEAUX

Tab. I: Dotation en ergothérapeute et taille des EHPAD.....	28
Tab. II : Récapitulatif des informations concernant la chute du résident en EHPAD....	30
Tab. III : Notions abordées par les ergothérapeutes concernant les facteurs d'accélération de grabatisation.....	32
Tab. IV: Notions abordées par les ergothérapeutes concernant la représentation de la prise de risque	36
Tab. V: Notions abordées par les ergothérapeutes concernant les modalités de la prise de risque	38
Tab. VI: Notions abordées par les ergothérapeutes concernant les retombées de cette approche.....	39
Tab. VII: Activité et limite à la prise de risque	44

INTRODUCTION

« Il ne faut pas chercher à rajouter des années à la vie, mais plutôt essayer de rajouter de la vie à ses années. »

John Fitzgerald Kennedy

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial. Nous pouvons nous demander dans quelles conditions sont vécues ces années gagnées par les personnes lorsqu'elles doivent faire face à l'apparition de déficits moteurs, sensoriels ou encore cognitifs.

La chute de la personne âgée représente un enjeu de santé publique car elle est souvent liée à une dégradation de son état de santé. En effet, en raison des nombreuses conséquences qu'elle engendre, la chute est très coûteuse en termes de qualité de vie pour la personne, ainsi que de coût financier lié à l'accompagnement de la dépendance associée (Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], 2014).

C'est ce que j'ai pu découvrir au cours de mon stage de première année de formation réalisé au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Chaque jour, la problématique de chute mobilisait l'attention de l'ergothérapeute et de l'ensemble de l'équipe dans la réflexion et la prise de décisions adaptées à chacun des résidents chuteurs. Cela m'a amené à formuler cette question de départ :

« Dans quelle mesure l'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD, auprès de la personne âgée ayant chuté, permet-elle de prévenir les risques d'une nouvelle chute afin de diminuer les pertes fonctionnelles et d'assurer la qualité de vie du résident ? »

Au cours de ma phase exploratoire, j'ai décidé d'orienter mon travail sur l'accompagnement du phénomène de grabatisation généré à la suite de la chute du résident. En effet, ce processus étant particulièrement complexe et conséquent du fait de ses répercussions sur l'état de santé de la personne âgée, je me suis questionnée quant à l'accompagnement ergothérapeutique de ce dernier. Cela m'a permis d'élaborer cette question de recherche :

«Comment l'accompagnement ergothérapeutique permet-il de réduire le phénomène de grabatisation pouvant survenir après la chute d'un résident en EHPAD?»

Afin de mettre du sens sur les termes de ma question de recherche, j'explicitai dans mon cadre conceptuel ce que représente le processus de vieillissement, puis la problématique de chute chez la personne âgée résidant en EHPAD et enfin l'un des paradigmes de l'ergothérapie qu'est la mise en activité, cette dernière étant inextricablement liée à une certaine prise de risque. Cet état des lieux me permettra d'émettre une hypothèse. Je poursuivrai en présentant le cadre expérimental comprenant la méthodologie d'enquête adoptée et les résultats de mon enquête. Je mettrai ensuite les résultats en regard du cadre conceptuel afin d'élaborer une analyse. Finalement, la discussion permettra de dégager des pistes de réflexion pour aller plus loin et d'ouvrir sur de nouvelles perspectives de recherche.

CADRE CONCEPTUEL

1. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le vieillissement de la population est une préoccupation grandissante au sein de nos sociétés et constitue un enjeu de santé publique ayant des dimensions à la fois culturelle, sociale, médicale et économique.

1.1. L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA POPULATION

Lorsque l'on s'intéresse à l'accompagnement ergothérapeutique de la personne âgée, il est nécessaire d'avoir conscience de ce qui se joue dans l'évolution de la population.

La population des personnes ayant soixante ans ou plus est celle qui augmente le plus vite sur l'ensemble de la planète. Cela est dû à l'allongement de l'espérance de vie, liée aux progrès médicaux et sociaux et à la baisse de la natalité. Par ailleurs, le phénomène de «papy-boom» apparaît depuis le début des années 2000 dans les pays développés et se prolongerait jusqu'en 2020. Il correspond à l'arrivée des générations de baby-boomer¹ à l'âge du départ à la retraite (INSERM, 2014). Selon le nouveau rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2015), la proportion de la population mondiale âgée de plus de soixante ans devrait doubler d'ici à 2050, en passant de 11% à 22%.

Au-delà de l'aspect quantitatif de la modification de la population, il apparaît un changement qualitatif. Les pathologies auxquelles la personne âgée est actuellement exposée sont différentes de celles dont elle était atteinte il y a soixante ans. En effet, les maladies aiguës tendent progressivement à faire place à l'installation de maladies chroniques et surtout aux maladies et états chroniques handicapants (Colvez, 2009). Ces pathologies engendrent une perte d'autonomie et d'indépendance et sont à prendre en compte lorsque l'on étudie la situation de vieillissement de la population. Effectivement, «il s'agit moins de guérir, au sens de faire disparaître la maladie à l'origine des troubles, que de stabiliser les évolutions,

¹ Le « baby-boom » est un phénomène qui désigne un pic de natalité survenu après la seconde guerre mondiale et qui a duré jusqu'au milieu des années 1970 (Institut national d'études démographiques [Ined], 2016)

équilibrer les états, réexploiter les capacités restantes et diminuer les obstacles de l'environnement.» (Colvez, 2009, p.7)

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS, 2009), une personne est considérée comme âgée dès lors qu'elle atteint ses soixante-cinq ans. Cette période est alors particulièrement vaste et cela crée des différences majeures au sein même de cette population de personnes âgées.

1.2. LA PERSONNE AGEE

Dans la littérature, les seuils retenus pour définir la population des personnes âgées varient selon les auteurs et les époques. Les personnes ciblées dans mon étude résident en EHPAD et l'âge moyen de la population accueillie dans ces institutions est de quatre-vingt ans (Collège National des Enseignants en Gériatrie [CNEG], 2014).

Le Centre d'analyse stratégique (2010), définit des «groupes d'âge» à travers le croisement de critères d'âge et d'état de santé :

- Les «seniors» : Ils correspondent aux personnes ayant entre cinquante et soixante-quinze ans, encore en activité ou à la retraite, ils sont généralement bien insérés dans la vie sociale ou économique et sont en bonne santé.
- Les «personnes âgées» (ou les «aînés») : Ils désignent les personnes de plus de soixante-quinze ans. C'est autour de cet âge que la santé se dégrade durablement, la vie sociale étant parfois moins intense :
 - Les personnes âgées de soixante-quinze à quatre-vingt-cinq ans : Elles restent autonomes malgré la dégradation de leur état de santé. Dans le langage courant, elles correspondent à la population du «troisième âge».
 - Au-delà de quatre-vingt-cinq ans : Le risque de perte d'autonomie s'accroît très fortement. C'est le «grand âge», constituant la population cible de mon étude, marqué par des processus souvent accélérés de perte d'autonomie et de grande fragilité.

Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES, 2014), la population âgée est particulièrement hétérogène et on distingue schématiquement trois catégories de personnes selon leur état de santé :

- Les personnes dites «vigoureuses» : Elles sont en bon état de santé, sont indépendantes et autonomes.
- Les personnes dites «fragiles»² : Elles présentent un état de santé intermédiaire et sont à risque de basculer dans la catégorie des personnes dites « malades ».
- Les personnes dites «malades», c'est-à-dire la population ciblée dans mon étude : Elles sont dépendantes, présentent un état de santé altéré en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicap.

1.3. LE PROCESSUS DE VIEILLISSEMENT

Le vieillissement correspond à un processus complexe et multifactoriel qui modifie l'état de santé d'une personne (HAS, 2009). Il se définit comme un ensemble de phénomènes physiologiques et psychologiques modifiant la structure et les fonctions d'un organisme à partir de l'âge mur (CNEG, 2014). Le vieillissement n'est en aucun cas une maladie mais un terrain propice au développement de maladies dont les conséquences sont plus importantes chez le sujet âgé car leurs effets se surajoutent aux effets du vieillissement.

Sur le plan biologique, il se traduit par une accumulation de lésions cellulaires et moléculaires. Le vieillissement a également une influence sur le fonctionnement psychique des individus et leurs capacités de communication. L'insuffisance des renouvellements de l'organisme (Kalfat & Sauzéon, 2009) est d'autant plus visible lorsque les capacités de réserve fonctionnelle sont sollicitées (effort, stress, maladie aiguë) car les stratégies d'adaptation de la personne âgée ne sont plus assez efficaces pour faire face aux agressions de l'environnement (CNEG, 2014). Cela entraîne une diminution générale et progressive des capacités fonctionnelles de la personne âgée et conduit à une augmentation du risque de survenue de maladies (OMS, 2015).

Ces changements induisent également des remaniements au niveau du rôle joué par la personne au sein de la société, liés à des bouleversements et ruptures de vie : le décès d'un proche ou encore le départ à la retraite (OMS, 2015). Mais la

² La fragilité est décrite comme une phase de transition de la personne, d'un état de bonne santé à un état «fragile» induisant une plus grande vulnérabilité. Elle provoque une diminution des capacités fonctionnelles de la personne, cela étant dû à l'altération de ses capacités physiologiques de réserve (HAS, avril 2009).

fin de la vie active est également synonyme de réalisation de soi grâce au temps qui est libéré en conséquence, à de nouvelles implications au sein de la famille, à un nouveau statut satisfaisant pour la personne (Kalfat & Sauzéon, 2009).

On distingue trois modes évolutifs de vieillissement :

- Le vieillissement réussi : Il correspond à une absence ou une atteinte minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologies.
- Le vieillissement normal : Il implique des atteintes physiologiques, liées à l'âge, sans pathologie(s) bien définie(s).
- Le vieillissement pathologique : Il correspond quant à lui à l'installation de maladies évolutives, le plus souvent responsables d'un état de dépendance (Université Paul Sabatier Toulouse III, 2011). La polyopathie concerne la population à laquelle je m'intéresse dans cette étude. Elle correspond à la cooccurrence de plusieurs maladies chroniques – au moins deux – chez le même individu, sur la même période. Chez les personnes âgées, elle est source de complexité (HAS, 2015).

La population âgée présente une très grande hétérogénéité. Les effets du vieillissement peuvent s'exprimer de façon importante chez une personne et particulièrement discrètement chez une autre. Aussi, le vieillissement est étudié comme un processus évoluant en «cascade» et non de façon linéaire. Van Den Bosch De Agular illustre cette idée : «La vie n'est plus un long fleuve tranquille où le courant régulier décrit ses méandres mais une suite de cascades où le courant chute et rebondit» (1992, cité dans Kalfat & Sauzéon, 2009, p. 14)

1.4. LA PERSONNE AGEE RESIDANT EN EHPAD

La tendance actuelle des politiques et actions de prévention est de maintenir la personne âgée à son domicile si elle le souhaite, aussi longtemps que possible. Mais lorsque la dégradation de l'état de santé de la personne vieillissante et sa perte d'autonomie sont trop importantes, le maintien à domicile devient difficile. La question de l'institutionnalisation se pose alors (Daubresse & Peel, 2015).

Dans le cadre de ce mémoire, je porte mon attention sur la personne âgée résidant au sein d'une institution telle qu'EHPAD, accueillant des personnes âgées de soixante ans et plus. Il en existe plus de 8000 en France. Les personnes y étant accueillies sont de plus en plus âgées et dépendantes. La fonction d'un EHPAD est d'offrir un lieu de vie adapté à une personne âgée présentant une perte d'autonomie qui relève d'un accompagnement ne pouvant plus se faire au domicile de manière satisfaisante pour la personne et son entourage. D'après une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, ...), la moitié de la population rencontrée en EHPAD correspond à un Groupe Iso-Ressource (GIR) de 1 et 2. Le GIR correspond au degré d'indépendance d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille Autonomie gérontologie, groupe iso-ressource (Aggir). Il existe six GIR, le GIR 1 correspondant à une personne présentant une dépendance très importante et le GIR 6 à une autonomie complète.

Du fait de la fréquence et des complications qu'elle engendre chez la personne âgée, la chute compte parmi les symptômes les plus importants rencontrés chez cette population. La chute mobilise l'attention de l'ensemble de l'équipe de soignants en EHPAD. D'autre part, les chutes et leurs répercussions rentrent fréquemment en ligne de compte dans les facteurs entraînant l'institutionnalisation de la personne âgée. En effet, dans 80% des cas de demande d'admission en EHPAD, la personne a chuté à domicile (Daubresse & Peel, 2015).

2. LA CHUTE DE LA PERSONNE AGEE VIVANT EN EHPAD

2.1. EPIDEMIOLOGIE DE LA CHUTE

Dans l'année, une personne âgée de plus de soixante-cinq ans sur trois et une personne de plus de quatre-vingt ans sur deux, chutent (Inserm, 2014). Les risques de récurrence sont multipliés par vingt après une première chute (Carlier, Lecompte, Martin, De Breuker & Pepersack, 2013). Des études montrent que l'incidence moyenne est évaluée à 1,7 chute par lit et par an pour les résidents en EHPAD et elle est de 0,65 pour les personnes âgées vivants à domicile (Podvin-Deleplanque, Dreuil, Huvent & Puisieux, 2015). Parallèlement à l'augmentation du GIR Moyen

Pondéré³ (GMP) et à la diminution des contentions, il a été constaté une stabilité dans le nombre de chutes recensées (Daubresse & Peel, 2015).

Plusieurs études ont permis de mettre en lumière une récurrence concernant les circonstances, lieux et horaires des chutes des résidents en EHPAD. Davantage de chutes surviennent au cours de transferts (chaise ou lit à debout ou l'inverse) que lors de la marche. Il apparaît un risque maximal de chuter au petit matin, ces chutes ayant majoritairement lieu dans la chambre ou dans la salle de bain du résident. Au contraire, il a été démontré que les personnes vivant à leur domicile chutent davantage au cours de la marche que pendant les transferts (Podvin-Deleplanque et al., 2015).

Par ailleurs, une autre étude montre que les pics de chutes sont observés pendant les moments où le personnel soignant est moins nombreux auprès des résidents (fin de matinée, début d'après-midi et début de soirée). Ces chutes concernent majoritairement des résidents présentant une altération importante des fonctions motrices et des troubles cognitifs impactant leurs capacités à se rendre compte du risque de récurrence (Daubresse & Peel, 2015).

2.2. DEFINITION DE LA CHUTE

Plusieurs notions sont fréquemment retrouvées dans la littérature et définissent la chute :

D'après les différentes définitions retenues par l'HAS (2009), le mécanisme de chute est décrit comme le fait de se retrouver au sol ou dans une position de niveau inférieure par rapport à celle de départ de façon involontaire et accidentelle. La personne chute en trébuchant ou en glissant, ce qui peut aboutir à une blessure, impliquant donc une notion d'impact du corps sur la surface du point d'arrivée.

³ Le GIR moyen pondéré correspond au niveau moyen de dépendance des résidents d'un EHPAD. Plus le GMP est élevé et plus le niveau de dépendance des résidents est important. De manière générale, un GMP supérieur à 300 correspond à un établissement médicalisé. Un établissement dont le GIR est supérieur à 700 correspond à un hôpital gériatrique. (Alzheimer conseil)

L'Inserm (2015) ajoute une dimension causale à la définition de la chute : celle de «perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité» (p.3).

La chute répétée est définie par l'HAS comme la survenue d'au moins deux chutes dans un intervalle de temps de six à douze mois. Les personnes de soixante-quinze ans et plus, présentant au moins un signe de fragilité, sont d'autant plus concernées par les chutes répétées (Inserm, 2015). Elles indiquent fréquemment un mauvais état de santé et un état de fragilité (HAS, 2009).

La chute grave est le plus souvent caractérisée par une chute justifiant d'une hospitalisation, ou plus largement, d'une d'intervention chirurgicale, c'est-à-dire toute chute ayant des conséquences traumatiques sévères, nécessitant une intervention médicale et/ou suivie d'une station prolongée au sol.

La chute critique est une chute suivie d'une station prolongée au sol et provoquant une incapacité de se relever du sol (Inserm, 2015).

2.3. ETIOLOGIES DE LA CHUTE

Les chutes résultent très souvent de l'interaction de multiples facteurs liés les uns aux autres et favorisant leur survenue. On peut classer les facteurs de risque de chutes selon qu'ils soient liés soit à la personne elle-même, à son comportement ou encore à son environnement (Boyer & Bellemare, 2009).

2.3.1. Les facteurs de risques intrinsèques

La survenue de chutes est fréquemment en lien avec l'existence de troubles cardiovasculaires entraînant par exemple une hypotension orthostatique au lever, après un repas ou un alitement prolongé. Les pathologies neurologiques entraînant des troubles de la marche et de l'équilibre sont souvent responsables de chutes. Les démences du sujet âgé constituent des pathologies fréquemment rencontrées en EHPAD et correspondent à un facteur de chute important. La sarcopénie (diminution de la masse et de la force musculaire) liée à une dénutrition, favorise la chute. L'apparition de troubles sensoriels et sensitifs, d'une diminution des réflexes de protections, aussi appelés réactions parachutes, l'incontinence urinaire, les troubles rhumatologiques, les troubles du sommeil, l'altération des fonctions

exécutives et cognitives ou encore la dépression peuvent accroître considérablement la survenue d'une chute. (Carlier et al., 2013).

Afin d'être pertinente et de réduire la dégradation de l'état de santé du résident, l'intervention de l'ergothérapeute auprès de ce dernier doit prendre en compte l'ensemble des indicateurs qui pourraient influencer son état de santé.

2.3.2. Les facteurs de risque comportementaux

Les causes d'ordre comportemental peuvent se traduire par la polymédication qui correspond à la prise d'un nombre minimum de médicaments par jour ou par semaine ou encore à l'association de différents types de médicaments. Ce concept peut également recouvrir la notion d'association de médicaments de façon inappropriée, dont les répercussions sont fréquemment délétères (Pire, Fournier, Schoevaerds, Spinewine & Swine, 2009). La prise de médicaments psychotropes, la sédentarité⁴, la déshydratation de la personne, la prise de risque par cette dernière, la peur de chuter (Podvin-Deleplanque et al., 2015) ou encore les risques liés aux activités quotidiennes (INPES, 2005) sont également impliqués dans la problématique de la chute du résident en EHPAD.

2.3.3. Les facteurs de risque environnementaux

Les causes environnementales de l'ordre de l'aménagement (présence de tapis, chaise trop basse, baignoire glissante, éclairage insuffisant, etc.) concernent peu le résident en EHPAD, les espaces étant pensés et adaptés à la personne âgée dépendante. Néanmoins, l'élimination de toute cause environnementale du résident au sein de l'EHPAD n'est pas réaliste. Un chaussage inadapté peut fortement influencer l'état de la marche du résident. Les effets d'un changement d'environnement (hospitalisation, institutionnalisation) sur l'état de santé du résident sont également considérables.

⁴ Sédentarité : Lien entre faible niveau d'activité physique et augmentation du risque de chute (Inserm, 2014)

Au-delà des facteurs de risques d'origine intrinsèques, comportementaux et environnementaux, il existe des facteurs dits prédisposant, également appelés facteurs de vulnérabilité, augmentant la probabilité de survenue d'une chute: les antécédents de chutes, un âge supérieur à quatre-vingt ans, être une femme, avoir des troubles de la marche et/ou de l'équilibre, et/ou une réduction de la force musculaire des membres inférieurs, et/ou des troubles visuels, et/ou des troubles proprioceptifs des membres inférieurs, être atteint d'une ou plusieurs des pathologies médicales, prendre plusieurs médicaments (plus de quatre par jours), prendre des psychotropes, avoir des déformations sévères.

Il existe également des facteurs précipitants correspondant à une exposition du sujet à des facteurs externes, ces derniers intervenants de façon ponctuelle dans le mécanisme de la chute (HAS, 2009).

2.4. REPERCUSSIONS DE LA CHUTE CONCERNANT LE RESIDENT EN EHPAD

Les conséquences des chutes de la personne âgée en EHPAD sont d'ordre physique mais se traduisent également sous forme d'une cascade de complications psychologiques et sociales (Carlier et al., 2013). On peut parler de conséquences immédiates (liées aux traumatismes) et de conséquences secondaires (associées à des répercussions psychologiques, sociales et économiques). En effet, les conséquences économiques sont conséquentes en termes de soins de santé pour la société.

2.4.1. Conséquences physiques

Même si elles ne sont pas négligeables, les conséquences immédiates majeures ne sont pas les plus significatives. Pour preuve, 6% des chutes donnent suite à un grave traumatisme : 5% à une fracture, dont 1% de fracture du col du fémur (Nouvel et al., 2013). Néanmoins, au-delà de quatre-vingt ans, une chute sur dix engendre une fracture. Outre les contusions et les plaies, les fractures du poignet et du col du fémur constituent les conséquences immédiates traumatiques les plus fréquentes. Les fractures du col du fémur sont de mauvais pronostic puisque seulement un tiers des personnes retrouvera son état d'indépendance antérieur, le deuxième tiers perdra son indépendance et le dernier tiers décèdera dans l'année (Carlier et al., 2013).

2.4.2. Conséquences psychologiques

La chute s'accompagne très souvent de séquelles psychologiques. En effet, la peur de la récurrence est retrouvée chez 35% des personnes ayant chuté une première fois (Nouvel et al., 2013), entre autre en raison du temps prolongé resté au sol avec impossibilité de se relever (Carlier et al., 2013). S'y ajoute une perte de confiance en soi (Rouxel, 2013) ainsi qu'en ses capacités. Cela amène à un sentiment dépressif se traduisant par une tristesse, une perte de motivation, des troubles de l'appétit ou encore une diminution de la qualité du sommeil.

2.4.3. Evolution du syndrome post-chute vers un syndrome de désadaptation psychomotrice jusqu'à la grabatisation du résident

Il arrive que les troubles psychologiques s'associent à des troubles de l'équilibre et de la marche engendrant une limitation volontaire des activités (Collège des Enseignants en Neurologie [CEN],). C'est ce qu'on appelle le syndrome post-chute où l'on retrouve dans les premiers temps, une anxiété, une perte des initiatives, un refus de mobilisation, une peur de tomber ou encore une rétroimpulsion⁵. L'ensemble de ces éléments aboutit à la sidération des automatismes moteurs.

Le syndrome post-chute peut constituer la forme aiguë du syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) associant:

- Des troubles de la posture comme la rétroimpulsion,
- Des altérations motrices telles que :
 - Des troubles de la marche,
 - Des troubles neurologiques : akinésie axiale, hypertonie oppositionnelle, diminution des réactions d'adaptation posturale et/ou des réactions parachute,

⁵ La rétroimpulsion correspond à une projection du tronc vers l'arrière étant assis, à une perte de projection en avant au cours du passage assis-debout et à une tendance à la chute en arrière à la station debout (Manckoundia, Ntari Soungui, Tavernier-Vidal & Mourey, 2014).

- Des troubles psychocomportementaux tels que :
 - Dans sa phase aigüe : une phobie de la verticalisation et de la marche,
 - Dans sa forme chronique bradyphrénie, aboulie et démotivation (Manckoundia et al., 2014).

Ce syndrome provoque une diminution de la mobilité de la personne voire son immobilisation (Carlier et al., 2013). Apparaît alors un accroissement de la dépendance (Boyer & Bellemare, 2009), une restriction des activités, un retrait des activités sociales et une perte de la qualité de vie (Podvin-Deleplanque et al., 2015). Ce syndrome est une urgence gériatrique qui peut conduire à un état grabataire (Rouxel, 2013).

2.4.4. L'état grabataire

Le processus de passage à un état grabataire se produit également lorsqu'une personne présente une dégradation générale de son état de santé en étant confinée au lit. Une pathologie contraignant la personne à ne plus se mettre debout accélère également l'installation de la grabatisation.

Une personne se trouve dans un état grabataire lorsqu'elle ne peut plus se lever de son lit. Il existe également l'état grabataire vertical, lorsqu'il s'agit d'une immobilisation en position assise au fauteuil. Ce processus de passage à un état grabataire doit être alertant car des répercussions dramatiques de types très divers surviennent rapidement chez le résident : détériorations musculaires, ostéo-articulaires, cutanées, neurologiques, psychiques, viscérales ou encore métaboliques.

Selon la situation du résident, le comportement à adopter pour l'accompagner est différent. Lorsque le résident présente une pathologie aigüe le contraignant à rester au lit, l'objectif de l'équipe est d'éviter toutes les complications de façon à favoriser la verticalisation de la personne le plus tôt possible. C'est le cas lorsqu'un résident vient de faire une chute. Une personne peut se grabatiser au cours de la chronicisation de sa pathologie et va possiblement rester dans cet état de santé. L'objectif est donc d'éviter une augmentation de la dégradation, de favoriser la qualité de vie et le confort de la personne. Enfin, pour le malade en fin de vie, il faut s'assurer que la grabatisation est inévitable et favoriser le confort optimal.

«Le pire danger, ce qui conduit le plus vite à la mort, c'est la grabatisation. Il y a deux manières de se grabatiser : la première est de se casser le col du fémur parce qu'on est tombé en marchant. Cela peut se produire. La seconde est de perdre la marche parce qu'on a été attaché de peur d'une chute. Cela se produit systématiquement. La seule sécurité est de prendre des risques.» (Cavey, 2014)

Il est du ressort de l'ergothérapeute de prévenir la récurrence de chute risquant d'affecter l'état de santé de la personne âgée. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que la probable réduction des activités de la personne après sa chute l'expose à un phénomène de grabatisation, étant particulièrement délétère pour le résident.

3. ENTRE PREVENTION DU RISQUE DE RECURRENCE DE CHUTE ET DE LA GRABATISATION DU RESIDENT

3.1. L'ERGOTHERAPIE : LA THERAPIE PAR L'ACTIVITE

En ergothérapie, l'activité est considérée comme un élément primordial de la vie d'une personne. Chaque jour, l'être humain s'exprime, se développe, évolue et s'épanouit de par ses activités telles que le travail, les loisirs ou encore les activités de soin personnel. Lorsqu'un accident survient, ses capacités à agir peuvent se retrouver altérées ainsi que ses activités de vie quotidiennes bouleversées. L'ergothérapeute intervient en aidant la personne à regagner une certaine maîtrise de ses activités, à mettre du sens sur son quotidien et à favoriser une qualité de vie optimale (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2008a, 2008b).

Selon Ferland (2015), la science de l'activité humaine étudie le lien avec l'activité et la santé. La compréhension par les ergothérapeutes de la signification de l'activité dans la vie de l'être humain et de l'équilibre de l'ensemble de ses activités, leur permet de mener à bien l'accompagnement de la personne dans son quotidien. En effet, une des compétences de l'ergothérapeute est de réaliser une analyse de l'activité en étudiant ses différents aspects, en la décomposant en plusieurs étapes, les graduant selon les capacités et l'évolution de la personne afin d'en tirer le potentiel thérapeutique sous-jacent.

Le patient est amené à s'exprimer quant aux activités qui ont du sens pour lui et/ou qui sont susceptibles de lui procurer du plaisir. Parmi ces activités, l'ergothérapeute va mettre en valeur celles qui sont propices au développement des capacités de la personne. Dans un même temps, il sera attentif à l'intérêt que porte la personne à l'activité afin de l'utiliser comme source de motivation et d'initiative à agir. Un arrimage va donc être fait entre le potentiel thérapeutique de l'activité et l'intérêt du patient (OEQ, 2008a, 2008b).

Dans le cadre de ce travail, je m'intéresse au maintien du résident en activité de façon globale. Ainsi je ne focalise pas mon attention sur une activité en particulier, comme celle de la toilette et de l'habillage par exemple. Cette manière de voir la personne au travers de la réalisation de ses activités est décrite au sein d'un modèle conceptuel ergothérapique : le modèle de l'occupation humaine (MOH) sur lequel je m'appuie pour « penser » la personne ciblée dans cette étude.

3.2. LE MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE

Le modèle de l'occupation humaine (en anglais Model of Human occupation) s'intéresse au rapport de la personne à l'occupation humaine. L'« occupation humaine » correspond à un vaste champ d'activités (travail, loisir et activités de vie quotidienne) accomplies dans un contexte environnemental physique, temporel et socioculturel bien particulier (Mignet, 2015). Le MOH est un modèle conceptuel ergothérapique développé aux Etats-Unis depuis 1975 par Kielhofner.

3.2.1. Les composantes de l'« être »

Dans ce modèle, l'être humain est conceptualisé selon trois composantes qui sont interdépendantes et liées à l'environnement :

1. La volition : Elle correspond à la motivation d'une personne à agir sur son environnement et se retrouve chez le résident en EHPAD, tout d'abord dans la perception qu'il a de l'efficacité et des capacités qu'il retrouve dans ses activités quotidiennes (déterminants personnels), dans ce qui est important pour lui (valeurs) et dans ce qu'il trouve plaisant de réaliser (intérêts).

2. L'habitation : Elle correspond à l'organisation d'actions sous la forme de comportements semi-automatiques, qui deviennent des routines familières, selon les différentes caractéristiques de l'environnement. L'habitation se retrouve chez le résident en EHPAD dans les comportements qu'il développe de façon répétitive pour réagir à des situations qui lui sont familières (habitudes). Elle se retrouve également dans la place qu'il s'est peu à peu construite parmi les autres membres du groupe qu'il côtoie (rôle).

3. La capacité de rendement : Elle se rapporte à la capacité de la personne à faire ce qu'elle veut, à atteindre ses buts, en fonction des moyens dont elle dispose. Kielhofner considère à la fois les aptitudes objectives (physiques et mentales) et l'expérience subjective (vécue). «Pour Kielhofner, cette vision contemporaine de la capacité de rendement rappelle que la dualité «corps et esprit» est interdépendante et unifiée dans l'expression d'une seule et même entité». (Bélangier, Briand & Marcoux, 2006, p.9)

Ces trois composantes structurelles sont indissociables de l'environnement dans lequel elles évoluent, ce dernier étant pensé selon deux entités interdépendantes : l'environnement physique composé des objets et espaces physiques qui entourent la personne et l'environnement social réunissant ses groupes d'appartenance, incluant leurs conventions spécifiques, appelées formes occupationnelles.

3.2.2. Les composantes de l'« agir »

Les dimensions de l'agir se mesurent selon une échelle décroissante, entre :

- La participation occupationnelle : Elle correspond à l'engagement de la personne dans son travail, ses loisirs, et ses activités de vie quotidienne. Cette implication dans les actions doit être désirée ou nécessaire pour le bien-être de cette personne.
- Le rendement occupationnel : Il s'intéresse à l'ensemble des formes occupationnelles qui soutiennent la participation occupationnelle.
- Les habiletés occupationnelles sont les plus petites divisions des dimensions de l'agir. Elles correspondent aux actions directement observables de la personne lorsqu'elle accomplit une forme occupationnelle significative.

3.2.3. L'adaptation occupationnelle

L'adaptation occupationnelle est la résultante de la dynamique s'établissant entre les composantes de base du modèle, les dimensions de l'agir et l'environnement, lorsqu'une personne participe à ses occupations. Cette adaptation occupationnelle se caractérise par la construction dans le temps d'une identité positive et la réalisation de ses compétences au sein de son propre environnement.

- L'identité occupationnelle se rapporte à la connaissance que nous avons de nous-même par rapport à nos capacités, nos intérêts, notre efficacité, nos satisfactions et obligations en lien avec nos expériences passées. Cela nous sert à établir un système de valeurs en vue du futur auquel nous aspirons. Elle donne une vision d'ensemble de sa volition, de son habitude et de son expérience en tant que corps vécu.
- La compétence occupationnelle représente le degré selon lequel une personne soutient une routine de comportements productifs et satisfaisants, en accord avec son identité occupationnelle. (Bélanger, Briand & Marcoux, 2006)

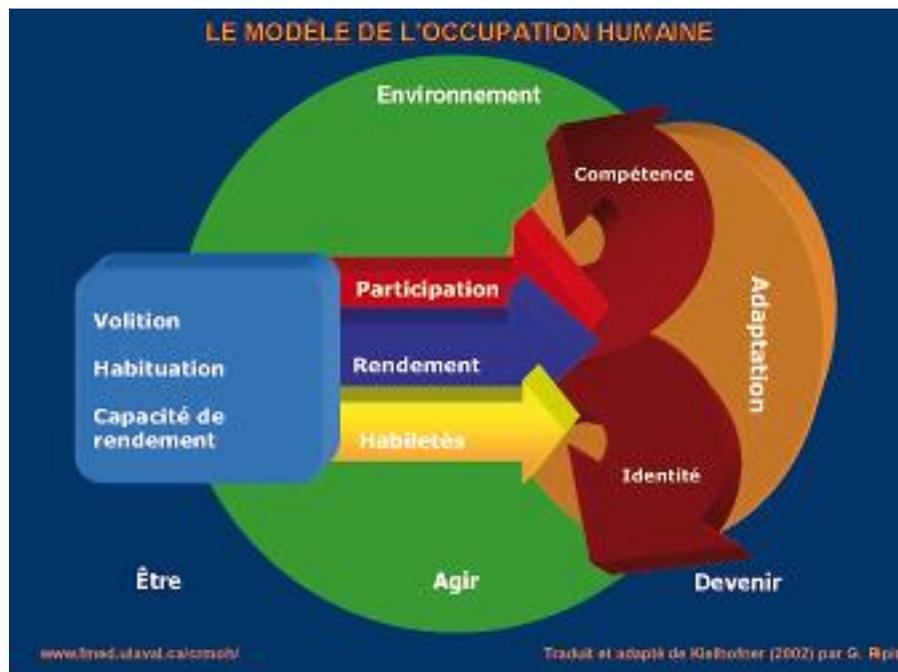


Fig. 1 : Schéma du MOH (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, 2008)

Cette vision de la personne au travers de ce modèle conceptuel mettant en évidence les modalités et l'importance accordée aux activités introduit un élément qui se lie à la mise en activité, celui de la prise de risque.

3.3. TOUTE ACTIVITE IMPLIQUE UNE PRISE DE RISQUE

3.3.1. Définition du risque

Selon Kuhne, Bedin et Chappuis (2015) le risque est un danger éventuel, plus ou moins prévisible et inhérent à une situation ou à une activité. Il est considéré comme tout évènement néfaste qui ne s'est pas encore déroulé, dont la survenue est incertaine. Le risque est décrit de différentes manières :

Dans un premier temps, il peut correspondre à un aléa indépendant de notre volonté ou peut être pris délibérément. Dans le deuxième cas, la notion d'autonomie de la personne est présente car c'est un choix qui est fait par elle et qui peut être soumis à des contestations et ainsi devenir objet de débats. En effet, selon Martins (2015), la personne âgée est fréquemment jugée apte à exercer ses choix lorsque ces derniers n'entraînent pas de risques pour sa santé. Il est nécessaire de rester en alerte quant aux éventuelles mainmises que pourraient avoir les professionnels sur les droits du patient à exercer leur libre-arbitre.

La définition du risque se rapporte également au risque de ce qui se produit pour soi ou pour autrui. Le risque pris par une personne est jugé par elle-même ou par l'autre. Le risque peut être explicite, c'est-à-dire clairement exposé et déterminé, ou au contraire, implicite. (Kuhne, Bedin & Chappuis, 2015).

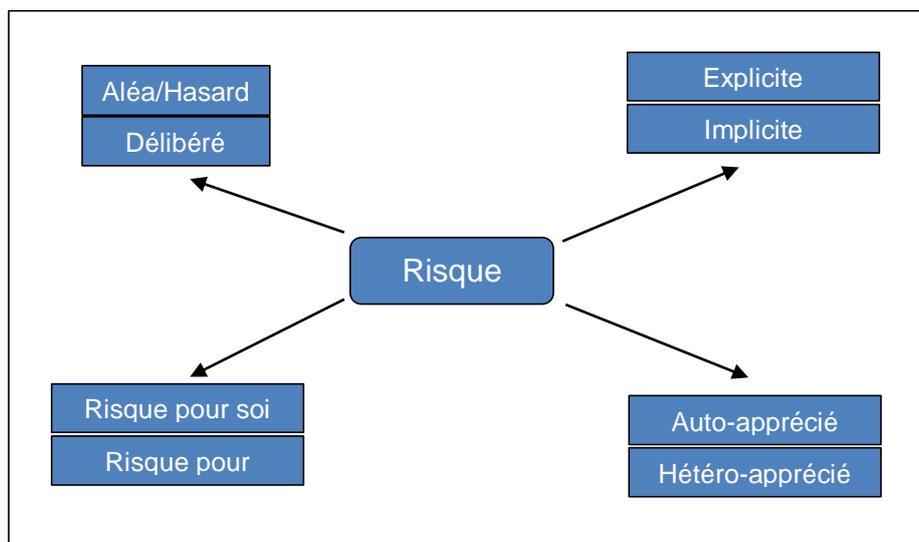


Fig. 2 : Quelques notions sur le risque

Cette notion de changement, de champ des possibles étendu, introduite par l'ergothérapeute, est liée à la notion de risque, étant elle-même inextricablement liée à l'autonomie. (Kuhne, Bedin & Chappuis, 2015)

3.3.2. Signification du risque appliqué à la personne âgée

Selon Daubresse et Peel, (2015) «Bouger induit un risque de chute, mais Ne pas bouger et être contenu aboutit à un risque bien supérieur de chute ou de grabatisation» (p.365). En effet, à partir du moment où le résident chuteur continue de se mouvoir, il s'expose à un risque de récurrence. Selon ces auteurs, il vaut mieux accepter un risque «maîtrisé» de chute dans une démarche de soin afin de maintenir les fonctions motrices du résident et de respecter ses souhaits et sa dignité.

Faire un choix plutôt qu'un autre, c'est prendre un risque mais l'indépendance et l'autonomie ainsi que les progrès en rééducation et réadaptation sont souvent obtenues au prix du risque, physique mais aussi psychologique (remis en cause de ses compétences et de l'estime de soi).

Selon Kuhne, Bedin et Chappuis (2015) :

«Ces risques pris [...] sont par contre associés à des bénéfices potentiels importants, dont celui de développer ses compétences, de gagner contre l'adversité, de sortir vainqueur des circonstances et de regagner en autonomie et en dignité. Dans ce cas présent, le risque est calculé. Cette prise de risque est thérapeutique et positive. Son bénéfice potentiel est supérieur à ce qu'il coûte à la personne et lui permet d'exercer son autonomie. » (p.170)

La nature de la prise de risque des personnes âgées est particulièrement spécifique à cette tranche de leur vie, où elles voient progressivement leurs problèmes de santé augmenter. Les réactions face à ces bouleversements sont diverses : multiplication de la prudence dans les activités de vie quotidienne et réduction de ces dernières par rapport à d'autres périodes de leur vie, ou au contraire, poursuite de la prise de risque liée à un sentiment de vie, à la préservation de l'estime et d'une image courageuse de soi, à la conservation de la santé et même à la redéfinition de ses limites et donc de son mode de vie. En effet, prendre des risques permet d'expérimenter, et donc de se connaître d'avantage pour appréhender ses capacités et ses limites.

Bien sûr, cela n'exclue pas l'existence d'embûches, notamment lorsque la personne âgée présente des troubles cognitifs influant sur son implication dans son accompagnement. «L'existence de troubles cognitifs importants ou de troubles du comportement peut compromettre les tentatives de rééducation» (Feteanu, Lopez-Tourres & Trivalle, 2005, p.28). Mais selon Feteanu, Lopez-Tourres et Trivalle (2005), il est primordial de favoriser la marche et d'éviter la grabatisation en protégeant et en adaptant les zones de déambulation ainsi qu'en proposant des activités ludiques sollicitant la motricité. La contention physique ou chimique est à écarter car elle peut entraîner des troubles du comportement, des chutes par troubles de l'équilibre et un risque considérable de grabatisation par désadaptation à la marche et diminution de la force musculaire. Lorsqu'elle est nécessaire, la contention doit être de courte durée et justifiée dans l'analyse du rapport bénéfices-risques. Il faut aussi garder à l'esprit le fait que l'entourage familial du résident a un poids dans la prise de décision et s'il veut éviter la chute à tout prix, ce souhait est à prendre en compte dans l'accompagnement du résident.

3.3.3. La théorie du «flow» pour comprendre l'apport d'une prise de risque chez la personne âgée

De l'environnement de la personne est inhérent un niveau de défi appelé «défi adapté avec justesse» («*just-right challenge*») qui permet à la personne de s'engager dans l'activité ayant du sens pour lui en la faisant sortir de sa zone de confort. Ce degré de défi incitera la personne à mobiliser ses habiletés naturelles grâce à une exigence optimale envers elle. Cela lui permettra de développer ses capacités en ayant un sentiment de contrôle sur ce qui est en train de se passer, sur ses activités, en ayant pour but la réalisation réussie de ces activités qui sera alors gratifiante et encourageante pour réitérer l'expérience. Cela nous amène à la théorie du «*flow*» introduite par Csikszentmihalyi en 1975, correspondant à une expérience dont le patient se saisit tellement qu'il n'a plus de pleine conscience de la réalité du temps et de l'espace et qu'il souhaitera renouveler l'expérience qui lui a plu (Martins, 2015). C'est dans cette zone dans laquelle la personne se trouve incitée à se dépasser pour vivre une expérience positive et améliorant ses capacités, que l'ergothérapeute essaie de mettre la personne en situation afin de valoriser et favoriser ses progrès et sa qualité de vie. C'est aussi en impulsant la

prise d'initiative de la part du résident que l'ergothérapeute intervient afin d'augmenter la qualité de vie de la personne.

3.4. DEMARCHE APPLIQUEE AU CONTEXTE DE L'INTERVENTION EN EHPAD

3.4.1. L'entrée du résident en institution

L'institutionnalisation de la personne âgée survient souvent pendant une période de « crise » de son parcours de vie, dans un contexte de vécu douloureux lié à la dégradation de son état de santé, à la diminution de l'autonomie, à la perte du lieu de vie, du rôle social, parfois de deuil du conjoint (Daubresse & Peel, 2015). Il est important d'avoir à l'esprit que l'entrée en EHPAD marque une rupture avec la vie quotidienne de la personne qui quitte son domicile et donc ses habitudes et ses repères. Ce passage de la personne âgée vers l'intégration en institution est souvent vécu comme une décision qui s'impose à elle pour de multiples raisons : fragilisation de son état de santé, possibilités réduites du réseau familial et social, pertes d'initiatives concourant à limiter les solutions mises en œuvre à domicile, cela se répercutant sur la possibilité de la personne à investir son nouveau lieu d'habitation. (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux [Anesm], 2012).

3.4.2. Les principes fondamentaux sur lesquels reposent les relations entre les professionnels et les patients

Le modèle paternalisme s'inspire du principe de moral de bienfaisance. Dans ce premier modèle, la quête du bien est l'activité la plus noble de l'esprit. Le principe de bienfaisance constitue le fondement de l'impératif hippocratique et s'appuie avant tout sur la recherche du bien de la personne. Le médecin justifie tous les moyens qu'il met en œuvre pour assurer une finalité, c'est-à-dire le bien du patient. Il prend des responsabilités par rapport au patient sans le consulter car il possède le savoir médical. La dérive de ce principe de bienfaisance peut aboutir à un modèle paternalisme (Oulès, 2012). La phrase du professeur à la conférence de l'Académie de Médecine en 1950 : « Tout patient est et doit être pour lui [le médecin] comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guérir. » illustre l'enfant dont le père veut le plus grand bien et qu'il veut protéger, y compris contre lui-même (Svandra, 2005).

Le modèle informatif s'inspire du principe d'autonomie de la personne. Dans nos sociétés d'Europe occidentale, les pratiques ont progressivement muté d'un modèle paternaliste où le thérapeute avait la «connaissance absolue» et donc où la décision appartenait entièrement au médecin, à un modèle autonomiste qui vient de la pensée anglo-saxonne où le droit du patient est d'exprimer sa volonté et de décider de ce qui est bien pour lui. Avec la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'autonomie du patient trouve juridiquement une véritable reconnaissance. (Marzano, 2015)

Le principe de précaution est explicité par Jonas, philosophe allemand contemporain, dans son ouvrage «Le Principe de Responsabilité». Il énonce que toutes les actions des hommes doivent «léguer aux générations futures une terre humainement habitable et ne pas altérer les conditions biologiques de l'humanité.» Le principe de précaution considère que lorsque l'on ne sait pas quantifier un risque, il faut le considérer comme maximal. Cela n'a rien à voir avec le principe de prévention, où les risques sont avérés et identifiés, et où on a le devoir de le prendre en compte, dans une certaine mesure. (Cavey, 2007)

3.4.3. Les droits du résident en EHPAD

Il peut arriver que ces institutions, devenus des lieux de soins de plus en plus lourds avec des impératifs sécuritaires et organisationnels, ne prennent pas en compte la personne comme différente et singulière. Pourtant l'EHPAD reste un lieu de vie où une qualité de vie doit être assurée pour ses résidents.

En 1986, une charte a été établie par la commission «Droits et Libertés» de la Fondation Nationale de Gérontologie, dans le but de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits (cf. annexe 1). Les EHPAD ont vu se modifier leur vocation sociale au cours de ces vingt dernières années (Villez, 2002), cela étant lié à la mutation des besoins des résidents, de par l'évolution des profils et des motifs d'entrée de ces personnes actuellement accueillies. La loi du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale, prend également sens face à cette problématique car elle s'appuie sur la reconnaissance des droits aux usagers des établissements, en voulant placer l'éthique au sein même des procédures d'autorisation et de contrôle qualité des

structures. Elle reconnaît aux usagers des droits fondamentaux (cf. annexe 2) et détermine avec précision leurs modalités d'exercice (cf. annexe 3).

L'EHPAD se doit d'assurer au résident une protection et une sécurité. Cela implique une surveillance s'avérant être en contradiction avec la garantie de l'intimité et des droits des personnes. Le défi est donc d'assurer l'équilibre en conciliant le cadre de vie sécurisant et le respect des droits fondamentaux. (Anesm, 2011)

L'accompagnement de la problématique de chute doit faire partie intégrante du projet d'établissement (Podvin-Deleplanque et al., 2015). Une réflexion et une mobilisation en équipe pluridisciplinaire ainsi qu'une association de tout le personnel doit se faire afin d'éviter une aggravation de l'état de la personne suivant sa chute.

4. HYPOTHESE DE RECHERCHE

La construction de ce cadre conceptuel m'a permis d'élaborer cette hypothèse répondant à ma question de recherche :

«L'accompagnement ergothérapique, en acceptant la prise de risque liée au maintien de l'activité, permet de réduire le phénomène de grabatisation du résident ayant chuté en EHPAD.»

CADRE EXPERIMENTAL

1. METHODOLOGIE D'ENQUETE

Le but de mon enquête est d'apprécier de quelle manière l'accompagnement de l'ergothérapeute peut réduire le phénomène de grabatisation pouvant survenir suite à la chute d'un résident en EHPAD. Mes principales interrogations portent sur l'existence d'une « limite » à partir de laquelle la prise de risque liée à la mise en activité du résident, basculerait d'un aspect positif pour sa santé à un caractère néfaste et préjudiciable pour lui.

1.1. POPULATION CIBLEE

J'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes exerçants en EHPAD en France. J'ai souhaité qu'ils aient au moins deux ans d'expérience afin qu'ils puissent prendre un certain recul par rapport à leur pratique. Il est intéressant d'interroger des ergothérapeutes quel que soit leur temps passé dans l'institution (temps partiel, temps plein, etc.). Cela me permettra de faire du lien entre le temps passé sur la structure et l'accompagnement qu'il est en mesure de proposer au résident.

Je souhaiterais interroger cinq ergothérapeutes car je pense qu'avec le temps qui m'est imparti, je pourrai assurer une qualité de mon travail d'analyse avec cette taille d'échantillon.

Pour solliciter les ergothérapeutes que j'ai interrogé, j'ai contacté l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) qui m'a transmis une liste d'ergothérapeutes exerçants en EHPAD, extraite du fichier ADELI, où figurait leur contact téléphone et mail professionnels. J'ai également sollicité des ergothérapeutes via un réseau professionnel d'ergothérapeutes sur internet.

1.2. JUSTIFICATION DE L'OUTIL D'ENQUETE

Pour mener mon enquête, j'ai décidé d'utiliser l'outil d'entretien semi-directif. Ces entretiens ont pour visée de recueillir l'expérience d'ergothérapeutes en m'intéressant à la façon dont ils envisagent l'accompagnement du résident chuteur enclin à se grabatiser. Les réponses attendues sont donc d'ordre qualitatif même si les entretiens comportent, en plus de questions ouvertes, des questions fermées

qui permettent de préciser certaines données. Comme j'ai mené les entretiens de façon semi-directive, cela m'a permis d'orienter le sujet afin d'aborder les différents aspects nécessaires à la réflexion autour de ma question de recherche et de mon hypothèse. Néanmoins, cela autorise également l'abord de certaines notions venant s'ajouter à la réflexion, et auxquelles je n'avais pas pensé au préalable. En effet, ces notions viendront enrichir ma recherche.

1.3. REALISATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

1.3.1. Elaboration du guide

J'ai réalisé un premier guide d'entretien (cf. annexe 5) et l'ai testé au mois de mars 2016 avec deux ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Après ces premiers entretiens, j'ai réalisé que le guide n'était pas tout à fait adapté au recueil et à l'analyse des informations. En effet, mes thèmes étaient peu précis et rassemblaient trop d'éléments à la fois. Aussi, certaines questions ne permettaient pas de faire émerger les réponses et de permettre aux ergothérapeutes de comprendre où je voulais en venir dans mes interrogations. J'ai donc ajusté mon guide d'entretien en conséquence (cf. annexe 6). Je n'ai pas pris en compte les réponses apportées par les deux premiers ergothérapeutes que j'ai interrogées. Néanmoins, j'ai pris conscience des ajustements à réaliser avant de poursuivre les entrevues. Le guide d'entretien est envoyé à l'ergothérapeute interviewé avant le rendez-vous afin qu'il puisse en prendre connaissance et s'y préparer.

1.3.2. Présentation des thèmes abordés et de leur intérêt

Le premier thème «Parcours professionnel» me permet de prendre connaissance des expériences vécues par l'ergothérapeute au sein des différentes institutions sur lesquelles elle a exercé et grâce auxquelles elle a construit et s'est forgé son opinion.

Le deuxième thème «Chute du résident en EHPAD» me permet de saisir la façon dont l'ergothérapeute gère les problématiques de chute au sein de l'établissement et dans quel contexte elle se trouve face à cet axe d'intervention.

Le troisième thème « Grabatisation suite à la chute du résident » me permet de savoir comment l'ergothérapeute aborde et évalue la grabatisation des résidents ayant chuté.

Le quatrième thème « Activité et réduction de la grabatisation » me permet d'étudier la manière dont l'ergothérapeute envisage le risque émanant de l'activité quotidienne de la personne résidant en EHPAD et ayant chuté, de quelle manière elle l'inclue au sein de la démarche d'accompagnement du résident, les retombées de cette démarche et ce qui motive l'ergothérapeute à adopter cette approche auprès de la personne.

Le dernier thème « Activité et limite à la prise de risque » permet d'interroger l'ergothérapeute concernant d'éventuelles limites à la prise de risque. Il permet d'appréhender la façon qu'a l'ergothérapeute d'envisager la réduction de l'activité, si cela lui paraît nécessaire dans certains cas où cette mise en activité n'est plus bénéfique pour le résident. Ce questionnement est enrichissant car il permet de rendre compte, s'il y a lieu, d'une part d'invalidité dans mon hypothèse de recherche.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

Afin de traiter les données recueillies lors des entretiens, je les ai restituées dans un tableau rassemblant, pour chacun des thèmes et des questions, les idées clés évoquées par les cinq ergothérapeutes (cf. annexe 9). Cette grille d'entretien m'a permis d'avoir une vue globale des réponses apportées et de réaliser une analyse des grandes idées que je mettrai en regard du cadre conceptuel.

Dans cette présentation, je citerai les cinq ergothérapeutes mais indiquerai les lignes correspondantes pour les entretiens mis en en annexes dans ce mémoire (cf. annexe 7 pour la première ergothérapeute et annexe 8 pour la cinquième ergothérapeute interrogée).

2.1. *PARCOURS PROFESSIONNEL*

2.1.1. Présentation du panel d'ergothérapeutes interrogées

Le premier entretien que j'ai réalisé (cf. annexe 7) s'est déroulé de visu, le 12 avril 2016 en milieu de matinée (10h) et a duré environ quarante minutes. J'ai sollicité cette ergothérapeute que j'appellerai E1, via un réseau professionnel d'ergothérapeutes. E1 exerce au sein de quatre EHPAD en région Île-de-France et en province. Elle a également une activité libérale avec une patientèle majoritairement composée d'enfants. J'ai rencontré E1 au sein d'un des EHPAD où elle exerce depuis 4 ans. Cette structure compte 57 résidents et elle y passe de une à deux journées par semaine.

Le deuxième entretien que j'ai réalisé s'est déroulé au téléphone, le 20 avril 2016, en début de soirée (19h) et a duré environ deux heures. J'ai sollicité l'ergothérapeute que j'appellerai E2 après avoir trouvé son adresse électronique sur la liste ADELI que m'a fournie l'ANFE. E2 a été diplômée au Liban. Elle a d'abord exercé sur un poste de réadaptation à base communautaire puis a effectué une formation d'ergonome en France. Elle a ensuite travaillé en réadaptation à l'étranger. Cette ergothérapeute travaille désormais depuis 4 ans à plein temps au sein d'un EHPAD comptant 98 résidents, situé en région Île-de-France.

Le troisième entretien que j'ai réalisé s'est déroulé au téléphone, le 27 avril 2016, en milieu d'après-midi (15h) et a duré quarante minutes environ. J'ai sollicité l'ergothérapeute que j'appellerai E3, après avoir également trouvé son adresse électronique sur la liste ADELI fournie par l'ANFE. L'ergothérapeute interrogée est diplômée depuis trois ans et demi. Elle exerce depuis au sein d'un regroupement d'EHPAD et intervient sur trois structures situées en région Île-de-France : trois jours sur l'établissement de B. comptant 236 résidents, une journée et demi sur O. comptant 84 résidents et une demi-journée sur N. comptant 16 résidents.

Le quatrième entretien que j'ai réalisé s'est déroulé au téléphone, le 3 mai 2016, en milieu d'après-midi (15h) et a duré quarante minutes environ. J'ai sollicité l'ergothérapeute que j'appellerai E4, après avoir trouvé son adresse électronique grâce à une étudiante ayant réalisé son dernier stage au sein de l'EHPAD. L'ergothérapeute interrogée a été diplômée en Belgique. Elle a effectué son premier

poste à mi-temps en gériatrie aigüe et à mi-temps en service de neurologie ambulatoire. Elle a ensuite réalisé un remplacement de quelques mois en EHPAD à Bruxelles. Cette ergothérapeute a également travaillé à mi-temps en Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP) et en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalent. Depuis 1 an et demi, elle exerce à plein temps dans un EHPAD situé en région Picardie. Son expérience au sein de ce type de structure est donc de deux ans environ.

Le cinquième entretien que j'ai réalisé (cf. annexe 8) s'est déroulé de visu, le 4 mai 2016 en fin de matinée (11h) et a duré environ 45 minutes. J'ai sollicité l'ergothérapeute que j'appellerai E5 par le biais de E3 qui est sa collègue. Cette ergothérapeute est diplômée depuis quatre ans et exerce depuis, au sein du même regroupement d'EHPAD que E3. Elle intervient sur deux structures situées en région Île-de-France : quatre journées et demi sur l'établissement de B., et une demie journée sur N'. comptant 36 résidents.

E3 et E5 se partagent l'accompagnement de 372 résidents. Il m'a semblé pertinent d'interroger ces deux ergothérapeutes (même si elles sont fréquemment en contact l'une avec l'autre) car elles n'interviennent pas sur les mêmes lieux et services. Elles ont chacune une expérience professionnelle propre et apporteront de la richesse à mon enquête.

2.1.2. Variété dans les modalités d'accompagnement des résidents

L'accompagnement proposé par l'ergothérapeute dépend en partie de son temps de présence au sein de la structure et du nombre de résidents accueillis dans l'EHPAD. Le tableau ci-dessous présente le temps de présence de l'ergothérapeute en Equivalent Temps Plein (ETP) et le nombre de résidents à accompagner.

Institutions	ETP en ergothérapeutes	Nombre de résidents
EHPAD A (E1)	0.3	57
EHPAD B (E2)	1	98
EHPAD C (E3 et E5)	1.5	236
EHPAD D (E4)	1	117

Tab. 1: Dotation en ergothérapeute et taille des EHPAD

La capacité d'accueil des différents EHPAD dans lesquels les ergothérapeutes interrogées interviennent varie grandement. E2 et E4 occupent chacune un poste à plein temps dans une institution accueillant, pour E2, 98 résidents et pour E4, 20% de résidents de plus que E2. E3 et E5 exercent à temps partiels dans le même EHPAD et constituent à elles deux 1,5 ETP pour 236 résidents. E1 intervient dans un EHPAD accueillant 57 résidents, mais elle n'y passe qu'une à deux journées par semaine, ce qui équivaut à 0,3 ETP.

Pour apporter davantage de clarté, le diagramme ci-dessous a été fait afin de rendre compte du nombre résidents qui serait attribué pour un ergothérapeute, dans chacune des institutions des ergothérapeutes avec lesquelles je me suis entretenue.

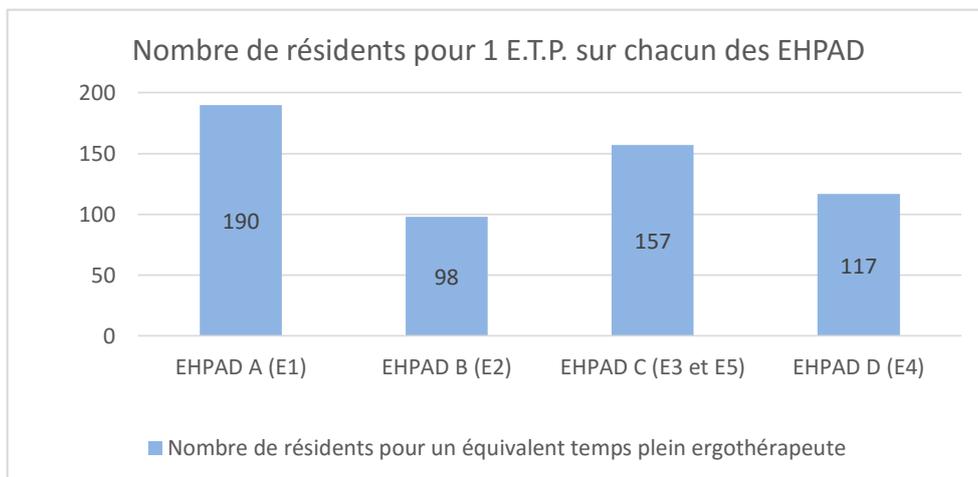


Fig. 3 : Histogramme représentant le nombre de résidents pour un ergothérapeute pour chaque EHPAD.

On note que les deux ergothérapeutes E2 et E4, exerçant à plein temps accompagnent autour de 100 résidents. Concernant les ergothérapeutes E1, E3 et E5, si elles exerçaient à plein temps comme E2 et E4, elles auraient en charge plus de 150 résidents.

Que ce soit pour les ergothérapeutes ayant un poste à temps partiel ou à plein temps, l'accompagnement ergothérapique doit s'adapter au contexte et aux moyens dont elles disposent en EHPAD. E1 affirme devoir «trouver des priorités sur certaines choses et puis d'autres qui coup sont faites par des tiers» (I.33). D'après E2, l'accompagnement proposé en EHPAD ne peut pas s'apparenter, par exemple, à celui d'un SSR : «C'est aussi par soucis d'équité que je ne peux pas faire, par

exemple, de séances individuelles de façon régulières». E5 rapporte que la manière de procéder auprès du résident n'est pas la même et doit s'adapter en fonction du nombre de résidents accueillis au sein de l'EHPAD. Elle évoque comme E2, beaucoup moins de séances en individuel et une intervention auprès des équipes soignantes afin que le relais soit pris en son absence. Pour E1 également, ce qui est très important : «c'est la communication avec les équipes qui sont là au quotidien» (l.39-40), parce qu'elles repèrent souvent en premier les problèmes rencontrés et peuvent alors transmettre l'information à l'ergothérapeute.

2.2. LA CHUTE DU RESIDENT EN EHPAD

	Nombre de résidents dans l'EHPAD = R	Part des résidents concernés par la chute = R'	Nombre de chutes par an	Moyenne de chutes / R' / an	Part de temps consacré aux problématiques de chute
E1	57	10 %	35	6	25 %
E2	98	X	211	X	30 % à 40 %
E3 & E5	236	52 % (124)	594	5	30 %
E4	117	55 % (64)	295	5	Variable

Tab. II : Récapitulatif des informations concernant la chute du résident en EHPAD

2.2.1. Part des résidents concernés par la chute

On note que dans l'établissement de E1, la part de résidents concernés par la chute est de 10%, ce qui bien inférieure à celui de E3, E5 et E4, pour qui plus de la moitié des résidents sont chuteurs.

2.2.2. Nombre de chutes par an

Le nombre de chutes par an dans l'institution de E1 est également bien inférieur à celui des autres ergothérapeutes, mais il est nécessaire de lier ce nombre à la part des résidents concernés par la chute. Il est alors intéressant de faire une moyenne des chutes par résidents concernés par la chute (R') et par an, même si le résultat n'est pas réaliste, les chutes recensées n'étant pas équitablement réparties entre les résidents. On remarque alors que la moyenne des chutes

recensées par R' et par an dans l'institution de E1 est équivalente à celle retrouvée dans les institutions des autres ergothérapeutes. Les résidents chuteurs ne chutent pas moins dans l'institution de E1. Mais par contre il y a moins de résidents qui chutent.

2.2.3. Part de temps consacré aux problématiques de chute

La part de temps consacrée aux problématiques de chute est toujours inférieure à la moitié de leur temps de travail. Il était difficile pour E4 de donner une estimation de cette donnée, cette dernière étant variable d'une semaine à l'autre. Même si elle a pu donner un chiffre, E2 a également mentionné que cela variait beaucoup d'une semaine à l'autre. R' dans l'établissement de E1 est bien inférieur aux autres, mais la part de temps passé sur le total de son temps de travail par E1 concernant les problématiques de chute est équivalente aux autres ergothérapeutes.

2.3. GRABATISATION SUITE A LA CHUTE DU RESIDENT

2.3.1. Importance de la grabatisation parmi les résidents chuteurs

E1 estime à moins de la moitié des résidents chuteurs, ceux qui se grabatisent après la chute. Quant à E4, elle les estime à environ 20% des résidents chuteurs. Pour les autres ergothérapeutes, il n'était pas possible de quantifier la part des résidents qui se grabatisent après la chute mais des remarques ont pu être faites. La première chute entraîne rarement la grabatisation du résident (E2 et E3). En effet, le processus de grabatisation dépend d'un facteur de temporalité (E5). C'est-à-dire que chaque résident se grabatise plus ou moins rapidement dans le temps.

La grabatisation est donc un phénomène qui n'est pas systématique après la chute d'un résident en EHPAD et qui survient chez certains des résidents chuteurs sur des périodes variées dans le temps.

2.3.2. Connaissance du résident pour repérer le phénomène de grabatisation

Selon E1, c'est la connaissance des habitudes de vie du résident qui va permettre d'appréhender son passage vers un état grabataire : «une perte d'habitude c'était souvent signe du début de la grabatisation» (I.178-179).

La majorité des ergothérapeutes s'accordent sur le fait que la connaissance du résident et de ses modes de fonctionnement psychique permettent de présager de la façon dont il va réagir à la chute et donc de prédire une éventuelle grabatisation (E2, E3, E4, E5). E2 évoque la notion « vicariance » et la capacité de la personne à mobiliser ses défenses pour « remonter la pente » comme facteurs déterminants dans le processus de grabatisation. Selon Kalfat (2009b), la vicariance correspond à la capacité de la personne à faire émerger des ressources psychiques et cognitives au travers des apprentissages anciennement acquis pour faire face à une incapacité fonctionnelle. Selon E5, «la connaissance que l'on a du résident va nous permettre d'aller plus vite, dans notre analyse du contexte de la chute et [...] va nous permettre d'intervenir je pense de manière adaptée, plus personnalisée à cette personne justement» (I.569-573). E2 évoque aussi l'importance du travail interdisciplinaire, notamment le relais des informations par l'équipe de soignants permettant de réagir en conséquence face à l'évènement de chute du résident.

Par contre, il n'est pas évident de prévoir la grabatisation d'un résident et de l'empêcher (E3, E1). Il y a un rôle à jouer de l'équipe pour aider le résident à réinvestir ses habitudes de vie, mais lorsqu'elles se perdent progressivement, il est possible que cela aboutisse à la grabatisation (E1). E1 et E4 insistent sur le fait que l'accompagnement de la personne doit être global, pluridisciplinaire et mis en œuvre assez rapidement.

2.3.3. Facteurs d'accélération du phénomène de grabatisation suite à la chute

	E1	E2	E3	E4	E5
Pathologies		X	X		X
Environnement/ accompagnement humain	X	X			
Contention	X	X		X	
Vécu psychique de la chute		X	X	X	X

Tab. III : Notions abordées par les ergothérapeutes concernant les facteurs d'accélération de grabatisation

- Incidences des pathologies :

- Les troubles moteurs :

Les chutes des personnes atteintes de maladies neurodégénératives type Parkinson entraînent de graves conséquences du fait de la triade, akinésie - tremblements - rigidité, qui rendent très difficile la reprise des activités (E2). E3 rapporte également que des pathologies s'aggravant présagent d'une mauvaise récupération.

- Les troubles cognitifs :

Selon E2, les personnes chuteuses et déambulantes, atteintes de maladies neurodégénératives type Alzheimer ou maladies apparentées ont moins tendance à se grabatiser que celles atteintes de la maladie de Parkinson, car elles «ne sont pas en mesure d'évaluer le risque et vont remarquer beaucoup plus facilement». Au contraire, d'après E3, les troubles cognitifs peuvent constituer un facteur d'accélération de la grabatisation. Selon elle, «c'est à double tranchant». E5 rapporte que les troubles cognitifs seront plus ou moins favorables à la personne selon les cas de figure. En effet, l'absence de conscience du risque amènera la personne à avoir d'avantage la «volition» (I.565) de reprendre les déplacements après une fracture mais cela peut entraver la consolidation suite à la chute.

Les troubles cognitifs, fréquemment retrouvés chez cette population de personnes âgées résidant en EHPAD, ne sont donc pas systématiquement source d'aggravation de l'état de santé du résident après une chute. En effet, selon les situations rencontrées, ces troubles peuvent être favorisants pour la participation de la personne à ses activités, sans engendrer de complications.

- Les perturbations traumatiques :

Suite à une fracture, E5 mentionne qu'une consolidation assez longue, une réduction des amplitudes articulaires et des complications cutanées trophiques engendrent parfois une perte de la marche et participer à la grabatisation de la personne.

- L'environnement et l'accompagnement humain :

Selon E1, lorsque la chute entraîne une hospitalisation (chute grave), la moitié des résidents reviennent de l'hôpital et sont grabataires. Le fait que l'équipe hospitalière ne connaisse pas les habitudes de vie du résident et que leurs axes d'accompagnement soient davantage focalisés sur une prise en charge médicale ayant pour but de restaurer les fonctions vitales, n'est pas favorable à une bonne récupération après l'évènement de chute. Elles ont moins de temps à consacrer à la stimulation du résident. Lorsque la chute est traitée en interne, E1 observe que la grabatisation des résidents est moins fréquente. E2 évoque les difficultés de certains membres de l'équipe à accompagner les symptômes exprimés par les personnes âgées atteintes de démences, ce qui ne va pas être favorable à sa récupération après la chute :

«Par exemple, j'ai une collègue qui parlait à cette patiente comme si elle était pleinement consciente de ses troubles. Cette patiente vit dans une autre dimension et ma collègue était vraiment loin de la réalité de cette dame, trop enclavée dans sa réalité à elle. Et du coup, les réponses de ma collègue augmentent les angoisses de la dame, et ça va augmenter l'agitation»

La manière dont la personne est accompagnée ainsi que son environnement humain conditionnent grandement l'évolution de son état de santé après la chute (E1 et E2).

- La contention :

D'après E1, le fait de freiner la déambulation d'une personne atteinte de démence risquant de chuter, majore le phénomène de grabatisation. Selon elle, la déambulation est un trouble du comportement et constitue l'un des moyens dont dispose la personne pour s'exprimer. «Respecter autant que possible la déambulation, c'est préserver une part de la liberté et de la dignité du malade.» (Direction Générale de la Santé [DGS], Direction Générale de l'Action Sociale [DGAS] & Société Française de Gériatrie et Gérontologie [SFGG], 2007, p. 38).

Concernant la contention physique, les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD (DGS, DGAS & SFGG, 2007) énoncent que :

«Attacher un sujet âgé ne doit pas être un procédé pour prévenir les chutes, les blessures ou les troubles du comportement. L'efficacité de la contention n'a pas été prouvée dans ces indications. Au contraire, l'immobilisation prolongée imposée par une contention conduit les patients à un déconditionnement physique et psychologique qui augmente la probabilité de chutes et de blessures.» (p.34)

E2 évoque qu'elle se trouvait, lorsqu'elle est arrivée sur l'EHPAD, face à certaines situations où la contention était parfois mise en place sans prescription médicale, sur l'initiative individuelle d'un membre de l'équipe soignante par exemple. Le critère 1 du Référentiel de pratique pour la contention, nous indique que «la contention est réalisée sous prescription médicale éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe soignante» (p.35). Ce référentiel est un support concernant les modalités de mise en place de contention (cf. annexe 10).

E2 évoque la notion de contention physique mais également celle de contention verbale, se rapportant au discours des équipes auprès du résident : «certains professionnels vont avoir tendance à inciter les personnes à s'asseoir alors que la personne déambulante ne veut pas s'asseoir». E4 amène également cette idée : «l'équipe va essayer de les maintenir plus longtemps assis par peur d'une nouvelle chute».

- Vécu du résident par rapport à sa chute :

L'importance de l'aspect psychologique de la grabatisation est soulignée par la majorité des ergothérapeutes (E2, E3, E4 et E5). Les personnes présentant un syndrome de désadaptation psychomotrice sont plus à risque de grabatisation car elles vont avoir peur de la récurrence et tendance à limiter leurs activités (E2 et E5). E4 et E5 évoquent une notion en lien avec cette peur de la récurrence qui entre en compte dans la grabatisation : le syndrome post-chute constituant, d'après E5, un «signal d'alarme» (I.672) du traumatisme vécu par rapport à la chute: «ça veut dire qu'il y a une empreinte émotionnelle qui est très forte de la chute et que c'est quelqu'un qui perd confiance en lui, en ses capacités qui a peur de tomber etc.» (I.673-675). Selon elle, la peur de la récurrence entraîne la perte des schémas moteurs

de base. Les stratégies adoptées par la personne pour se lever d'une chaise par exemple, ne sont plus adaptées à la situation et cela majore le risque de chute.

Le caractère de la personne, sa personnalité peut jouer énormément dans le processus de grabatisation (E3 et E4).

2.4. ACTIVITE ET REDUCTION DE LA GRABATISATION

2.4.1. Représentation de la prise de risque

	E1	E2	E3	E4	E5
Activité = risque	X	X		X	X
Acceptation du risque	X	X	X	X	X
Culpabilité des soignants		X			X
Dépendant du dynamisme de l'institution		X		X	
Traumatisme vécu par les proches	X		X		

Tab. IV: Notions abordées par les ergothérapeutes concernant la représentation de la prise de risque

Pour la majorité des ergothérapeutes (E1, E2, E4 et E5), il est évident que le fait de maintenir la personne en activité après une chute l'expose à un risque de récurrence. Selon E1, le risque est inévitable : «le risque zéro n'existe pas» (I.223). E3 ne considère pas que la mise en activité constitue une prise de risque de récurrence. Selon elle, ce sont plutôt des pathologies engendrant des troubles de l'équilibre par exemple qui peuvent entraîner un risque de récurrence. L'ensemble des ergothérapeutes interrogées sont dans une démarche où elles acceptent et prennent le risque de récurrence dans certaines situations où le maintien en activité leur paraît bénéfique pour le résident.

D'après E2, chacun des professionnels gravitant autour du résident s'est construit une représentation de la chute qui lui est propre. Il est important d'échanger par rapport à ce que veut dire la chute pour chacun et ce à quoi elle renvoie, afin d'avancer dans la réflexion de l'accompagnement à proposer au résident chuteur : «je pense qu'avant de dire notre avis, il faut aussi comprendre ce que l'autre pense».

E2 mentionne aussi que les représentations des différents professionnels par rapport à la chute les amènent parfois à considérer qu'elle doit être évitée, y compris au prix de la contention, pour supprimer tout risque de situation de chute. Elle évoque les actions de «batailler» et de «militer» pour diffuser son opinion aux autres professionnels et les convaincre. D'un premier abord, ces termes donnent un aspect assez laborieux au travail pluriprofessionnel. En effet, il peut arriver que les avis soient partagés, cela étant lié, comme dit précédemment, aux représentations personnelles mais aussi à l'identité professionnelle à laquelle la personne est rattachée. Faire comprendre et transmettre son opinion est parfois complexe et c'est une des caractéristiques du travail en équipe.

Selon E2 et E5, la notion de culpabilité et de responsabilité éprouvée par les soignants en lien avec la prise de risque de récurrence de chute est très importante. Il est intéressant de recevoir ce qu'ils peuvent exprimer par rapport à leur vécu, par exemple celui d'une aide-soignante : «toi, tu n'es pas aide-soignante, tu ne l'as pas vu tomber, pour nous c'est comme si on ne l'avait pas surveillé». E2 insiste sur la nécessité de ne pas être dans le jugement du vécu des professionnels. E2 et E5 trouvent très important d'accompagner l'ensemble de l'équipe dans l'acceptation de la prise de risque en leur expliquant qu'ils ne sont pas responsables, de façon individuelle, face à la chute d'un résident mais que les décisions sont collégiales, afin de les rassurer là-dessus.

E3 et E4 amènent l'idée que la façon d'aborder la prise de risque du résident chuteur dépend aussi de la dynamique de l'institution dans laquelle on se trouve.

Les décisions concernant le résident se font en équipe mais également dans l'échange avec les familles. Certaines familles sont traumatisées par l'évènement de chute de leur proche et s'opposent à une prise de risque de récurrence liée à une reprise ses activités (E1). «Il a plus peur qu'elle se casse quelque chose qu'elle ne marche en fait» (E3).

2.4.2. Modalités de la prise de risque

	E1	E2	E3	E4	E5
Calcul bénéfices-risques	X	X		X	
Limitation du risque	X	X			
Sécurisation	X	X			X
Adaptation de l'activité : moyens matériels		X		X	X
Adaptation de l'activité : moyens humains			X		X

Tab. V: Notions abordées par les ergothérapeutes concernant les modalités de la prise de risque

- Une prise de risque calculée et limitée en équipe :

La prise de risque est calculée car l'équipe prend toujours le soin de réfléchir au rapport bénéfices-risques de la situation du résident (E1, E2, E4). Le risque est également limité et l'accompagnement sécurisé, grâce à une intervention pluridisciplinaire où les décisions sont donc pensées et prises en équipe (E1, E2). E1 évoque des échanges avec les familles notamment au sein de réunions organisées entre la famille et l'équipe pluridisciplinaire, où il est question de discuter de l'accompagnement à mettre en œuvre pour et avec le résident.

Comme l'accompagnement a été pensé en équipe, il est également conduit en équipe avec l'intervention de chacun autour des aspects médicaux, comportementaux, environnementaux, afin d'assurer la sécurisation du résident et de faciliter la participation dans ses activités. La manière dont la personne va poursuivre ses activités est réfléchi afin que les capacités soient réservées le plus longtemps possible (E1, E2, E5).

- Adaptation de l'activité :

E2 explique qu'il est très important, lorsqu'on décide de favoriser le maintien de la personne en activité, de réfléchir à la manière dont cette personne va les réaliser afin de les préserver le plus longtemps possible. Elle donne l'exemple de son intervention au niveau des transferts d'une personne en incitant le personnel gravitant autour du résident à faire l'usage d'une aide technique au lieu de laisser la personne faire seule ou en faisant le transfert «corps à corps» avec elle. En effet, solliciter les bons schémas moteurs de la personne et ne pas lui en faire adopter de

schémas désadaptés dans ses mouvements est primordial pour E2, et cela se fait grâce à l'utilisation d'une aide au transfert. E3 donne également l'exemple de résidents qu'elle accompagne dans leurs activités de déplacements en alternant des périodes de repos qu'ils ne prennent pas d'eux-mêmes, en raison de troubles cognitifs, et d'autres moments où la déambulation est permise par l'équipe car le résident le souhaite et en a besoin. E4 explique que l'adaptation des activités est nécessaire, en mettant en place le fauteuil roulant pour les longs trajets et en favorisant la marche pour les petits trajets en chambre par exemple, afin de maintenir la marche. E5 donne l'exemple d'un résident chutant beaucoup et risquant de se blesser gravement à la tête. La décision a été prise de favoriser le maintien des déplacements tout en lui assurant sécurité avec un casque rembourré.

E5 explique qu'il y a aussi une adaptation de l'accompagnement humain à envisager, lorsque par exemple, une personne présentant des troubles cognitifs et déambulant de façon importante est transférée dans un service protégé. De cette façon elle est mieux surveillée et peut continuer de déambuler sans en être freinée.

2.4.3. Retombées de cette approche

	E1	E2	E3	E4	E5
Réduction des troubles du comportement	X	X	X	X	X
Chutes moins nombreuses et moins graves	X	X	X	X	X
Influences sur la globalité des activités	X				
Ralentissement de la grabatisation	X	X		X	X

Tab. VI: Notions abordées par les ergothérapeutes concernant les retombées de cette approche

L'ensemble des ergothérapeutes observent qu'en adoptant cette démarche, sont évités des troubles du comportement qui pourraient survenir avec la contention. Elles observent que les résidents chutent moins et moins gravement même si des chutes surviennent encore. Selon E1, E2, E4 et E5 le phénomène de grabatisation est ralenti : «je pense que l'on a permis de repousser l'arrivée dans l'état dans lequel il se trouve actuellement» (E5, I.735-736). E4 mentionne que certains résidents chutent beaucoup moins parce qu'ils se mettent progressivement de moins en activité. Ils se grabatisent lentement en raison de leur propre désir de réduire leurs activités et non de celui de l'équipe.

E1 donne l'exemple d'une résidente atteinte de démence qu'elle a accompagné dans les activités qui lui étaient familières, qu'elle désirait poursuivre et qui la mettaient en danger, comme celle de marcher dans les escaliers. Il est constaté par E1 que le nombre de chutes diminue chez cette dame, même si elles surviennent encore. Elle observe également que cette démarche de favorisation du maintien de la marche a eu une influence sur d'autres activités : «on se rend compte que ça a un effet boule de neige sur tout le reste» (I.290/291). Cela s'explique d'une part car la stimulation de la personne l'aide à reprendre confiance en elle : elle réalise qu'elle peut faire seule et l'impulsion d'aller explorer d'autres possibilités, le goût de redécouvrir ses capacités sont amorcés. D'autre part, l'activité lui tenant à cœur et qu'elle souhaite poursuivre est respectée, son mécontentement est apaisé car sa demande est écoutée.

2.4.4. Motivations de l'approche de préservation des activités

- Mise en activité retentissant au niveau des capacités fonctionnelles :

Les ergothérapeutes sont convaincues que la mise en activité de la personne contribue à la préservation de ses capacités fonctionnelles. La perte d'activité est synonyme de grabatisation (E1). Il est conseillé que la personne se mette en mouvement afin d'entretenir ses capacités : «elle entretient son corps, ses muscles, ses articulations, elle se protège elle-même par sa déambulation, alors qu'une personne qui ne bouge pas, qui ne va pas entretenir tout cela, va entrer un peu dans le non-sens de la vie» (E2). «L'activité, chez la personne âgée, c'est le maintien de la vie !» (E1, I. 311)

- Valorisation de la personne :

E1 précise qu'il est gratifiant et source de reprise de confiance en soi pour le résident d'avoir la possibilité de «faire seul». E3 ajoute qu'il est important de valoriser les capacités restantes de la personne âgée afin de les préserver et de renforcer son estime de soi. E4 insiste sur cette idée en expliquant que les volontés et les désirs, c'est ce qui maintient les personnes car lorsque leurs souhaits sont pris en compte, leur volonté de «faire» sera encore plus grande : «Priver quelqu'un de ça finalement, si elle ne peut plus avoir ce dont elle a le plus envie, elle n'aura plus envie de faire le reste».

E5 évoque la notion de volition de la personne, de sa motivation à désirer préserver certaines de ses activités même si cela lui fait prendre des risques. Elle rappelle qu'en présentant ou non une pathologie : «on prend tous des risques dans notre vie et on a la liberté de pouvoir le faire ou pas» (I.567-568). Cette ergothérapeute affirme que sa pratique a évolué au fur et à mesure de ses expériences et qu'elle est d'autant plus attentive à la «dynamique» dans laquelle se trouve la personne afin de lui proposer l'accompagnement le plus à propos. Elle tient à laisser autant que possible la personne actrice de ses décisions, de la laisser exprimer ce qu'elle est.

- Respect de la dignité du résident :

Toutes les ergothérapeutes s'accordent à dire que le respect des désirs et de la dignité du résident constituent une des motivations essentielles de leur démarche auprès de lui.

E2 affirme refuser de mettre en place une contention pour des raisons de conscience professionnelle. Elle insiste sur le fait qu'il est particulièrement important pour elle que la dignité de la personne soit respectée : «ces personnes sont des êtres humains, on n'a pas le droit de les empêcher de bouger ». Elle évoque la grande utilité des lois qui encadrent la pratique professionnelle auprès des personnes âgées et affirme qu'il est important de rappeler à tous que les personnes âgées ont des droits, dont le droit de prendre leurs décisions, qu'il faut respecter. «Si on donne à l'humain le choix de décider pour l'autre humain, on peut aller dans des dérives».

E5 mentionne qu'elle préfère parler d' «adulte âgé» plutôt que de personne âgée, cette personne étant avant tout un adulte qui a le droit de prendre ses décisions par rapport à la façon dont il envisage son projet d'accompagnement. Elle évoque aussi le rapport qu'entretient la personne avec l'aide qu'il est en mesure d'accepter ou non de la part d'un tiers, un rapport propre à chacun dont il faut être conscient lorsqu'on entre dans une démarche de réadaptation avec une personne : «chacun est, finalement, libre de pouvoir décider d'être soigné ou pas, d'accepter une aide ou pas» (I.578-579). La personne âgée résidant en EHPAD a déjà subi une «destitution» d'une part de son identité avec la perte de son logement, de son statut social et notamment de son statut familial avec inversement du statut des

enfants par rapport à leurs parents : «la personne se retrouve dans une position un peu infantilisante parfois par rapport à ses enfants, sous couvert de sécurité et de protection etc.» (E5, l. 574-575)

2.5. ACTIVITE ET LIMITE A LA PRISE DE RISQUE

2.5.1. Réduction des activités : niveau d'acceptation par les ergothérapeutes

Certaines ergothérapeutes considèrent très rarement devoir favoriser la réduction des activités du résident pour éviter la récurrence de chute. E3 ainsi que E4 disent ne pas avoir d'exemples de situation car, pour E3, la philosophie de l'établissement dans lequel elle se trouve considère que le risque zéro n'existe pas. E2 dit être dans une démarche où elle favorise énormément la mobilité des personnes, qu'il est très rare dans sa pratique de favoriser une diminution des activités et où elle ne veut pas être de « ce côté », celui de la limitation de l'activité. Cependant, elle trouve assez intéressant d'avoir le contre poids de ses collègues suggérant parfois une modération des activités de la personne afin de réguler cette prise de risque. Il semble que pour elle, il ne soit jamais délétère pour la personne d'être mise en activité : «les bénéfiques seront toujours plus importants que l'immobilité.»

2.5.2. Réduction des activités : limites existantes au maintien en activité

- Limites liées aux troubles moteurs et cognitifs du résident :

Les ergothérapeutes sont confrontées à la réduction des activités du résident, lorsque le danger est trop important, que la pathologie de la personne évolue péjorativement de manière considérable.

E2 détecte des situations dans lesquelles elle doit limiter la mobilité de la personne parkinsonienne par exemple, risquant de chuter très gravement et n'étant pas en capacité de se tenir debout toute seule. Une altération trop importante des capacités fonctionnelles de la personne après une chute peut restreindre les propositions d'accompagnement que l'on envisage pour la personne : «Je pense qu'à un moment ou à un autre, il y aura la chute de trop, qui entraînera, où voilà, il n'y aura pas de retour en arrière possible» (E1, l.332-333).

Mais E1 voudrait anticiper et est en cours de réflexion autour de la mise en place d'un «protocole» d'apprentissage du fauteuil roulant avant la perte de capacité d'apprentissage du résident, afin de pallier la perte de déplacements éventuelle par la marche autonome. E2 rapporte que lorsque l'activité est réduite par la contention, cela doit être compensé par un certain maintien en activité de la personne : «c'est-à-dire il faut que ces personnes aient un accompagnement pour favoriser la mobilité. Ok, cette personne est mise devant la table, mais elle aura besoin de deux ou trois allers retour dans les couloirs avec les aides-soignantes». E3 explique que la décision de mettre en place un fauteuil roulant ou une contention afin d'éviter une grave chute peut être prise. Par contre, il sera favorisé un autre type de déplacement, en fauteuil roulant manuel si c'est possible, afin d'apporter le plus d'indépendance possible à la personne. Pour E5, il arrive qu'il soit nécessaire de limiter l'activité de la personne en mettant en place une contention pour les moments où la personne n'est pas sous surveillance car la chute est trop dangereuse et délétère pour les fonctions vitales de la personne. La personne est accompagnée dans ses activités sur des moments particuliers de la journée afin de maintenir des capacités restantes.

Il arrive également que le médecin puisse poser son veto dans la réflexion autour du résident et que la prévention de la récurrence soit priorisée par rapport au maintien des activités du fait d'un risque trop élevé pour la personne si elle chute de nouveau (E5).

- Limites liées aux souhaits des familles des résidents :

Du fait de la représentation que se fait le proche du résident concernant sa chute, il est parfois en demande de prévention d'une récurrence au prix de son indépendance (E1, E3 et E4) : «Dès fois, c'est une demande de passage en fauteuil roulant, voir même de contention au fauteuil pour éviter cette chute.» (E1, l. 210-212).

Lorsqu'elles évoquent le souhait des familles, E1 et E3, parlent d'une opinion qu'elles doivent considérer et respecter mais il arrive qu'il soit assez contradictoire avec celui qu'aurait choisi l'institution : «ça aurait été de notre seul ressort, on l'aurait laissé déambuler» (E3).

- Limites liées à l'état psychique du résident :

E4 évoque qu'il y a une limite lorsque la personne n'a plus envie de se remettre en activité après une chute, qu'il y a une certaine appréhension. Elle explique que si la réduction volontaire des activités de la personne vient d'une peur, il est possible d'agir là-dessus.

Il est nécessaire de vérifier qu'il n'est plus possible de donner à nouveau la motivation à la personne de poursuivre ses activités, avant d'affirmer qu'il existe une limite (E3). Lorsque le résident devient passif, en refus de la prise en charge, il se dessine qu'il n'y aura pas de récupération possible de ce qu'il a perdu (E1). E3 affirme qu'il est nécessaire de prendre en compte que la personne arrive à une période de sa vie où elle n'a «plus forcément les ressources pour se maintenir en vie», que «c'est en lien avec ce qui les raccroche à la vie». E2 évoque également une situation où il a été compliqué de débiter une démarche de réadaptation car elle montrait une résignation : «C'est-à-dire qu'elle me disait : ce n'est pas la peine que tu viennes me voir, je n'irai pas mieux.»

	E1	E2	E3	E4	E5
Acceptation de la réduction de l'activité	X				X
Existence d'une limite à la mise en activité	X	X	X	X	

Tab. VII: *Activité et limite à la prise de risque*

Des ergothérapeutes pour lesquelles il n'est pas évident d'accepter la favorisation d'une limitation des activités du résident (E2, E3, E4) trouvent néanmoins des limites au maintien en activité de la personne, ce d'emblée, paraît assez paradoxal.

2.5.3. Répercussions sur l'état de santé du résident

Lorsque la réduction des activités est soutenue par une compensation, il n'y a pas ou peu de troubles du comportement. L'acceptation par le résident est favorisée par le fait que les périodes de contention sont compensées par des moments accordés à la mobilisation accompagnée par les équipes (E3). Un compromis est trouvé : le résident investit les moments rendus disponibles pour lui : «elle se saisit toujours autant des moments qu'on lui propose de mise en activité» (I.848-849).

Par contre, lorsqu'il n'y a pas de compensation à la contention, les troubles du comportement apparaissent. La fatigue éprouvée par le résident ainsi que par les équipes est considérable (E4). Lorsque le résident est incité à réduire ses activités et que les moyens ne sont pas mis en place afin de rendre disponible une compensation : «il est clair que ces personnes vont se grabatiser plus vite.» (E2)

3. CRITIQUES ET LIMITES DE LA METHODE

Je me suis rendue compte, lors des entretiens et de l'analyse de ces derniers, que certaines réponses des ergothérapeutes n'étaient pas évidentes à faire émerger. C'est pourquoi j'ai dégagé plusieurs axes d'amélioration à mon outil d'enquête.

Concernant la partie sur le thème de la chute du résident en EHPAD, une des questions consistait à connaître la part de temps consacrée aux «problématiques de chute», parmi l'ensemble du temps d'intervention sur l'EHPAD. Le but était de connaître l'importance de cet axe d'accompagnement assuré par l'ergothérapeute en EHPAD. Il a été difficile pour les ergothérapeutes de répondre à cette question car d'une part, elles mentionnaient que cette donnée variait d'une semaine à l'autre, et d'autre part il est vrai que l'intervention autour de la chute du résident couvre un champ très large de l'intervention de l'ergothérapeute : l'investigation autour du contexte de la chute, la consultation de l'équipe et du résident, la mise en place d'un plan d'accompagnement, la réévaluation, les ajustements, *etc.* donc il ne semble pas évident de quantifier le temps consacré à toutes ces tâches sur l'ensemble du temps de travail.

Il aurait également été intéressant de préciser les questions concernant le contexte dans lequel se déroule la chute ainsi que la gravité des conséquences en découlant. Ainsi, on aurait pu imaginer interroger les ergothérapeutes concernant la part des chutes entraînant des conséquences «bénignes» et celle engendrant de graves répercussions chez le résident. Cela aurait permis de cibler d'avantage mon analyse à propos des chutes, de la grabatisation qui pouvant s'en suivre et de l'accompagnement proposé par l'ergothérapeute en conséquence.

J'ai choisi de ne pas restreindre la population ciblée dans ce mémoire à la personne âgée présentant une démence, afin de laisser la possibilité aux ergothérapeutes d'amener des notions s'étendant à un champs plus large que les troubles cognitifs et comportementaux et de ne pas influencer davantage leur réflexion. On aurait pu imaginer interroger les ergothérapeutes concernant les résidents présentant exclusivement des démences. Il est vrai que les personnes âgées accueillies en EHPAD présentent fréquemment des démences ayant un impact sur la survenue de chute et donc sur l'évolution vers une grabatisation.

Concernant la partie autour de la grabatisation du résident suite à la chute, il a été particulièrement compliqué de donner une estimation de la part des résidents se grabatisant suite à la chute. Le facteur temporel de ce processus de grabatisation entrant en ligne de compte, il constitue une des raisons des difficultés rencontrées. En effet, chaque résident peut vivre ce phénomène à un moment différent, et surtout, plus ou moins rapidement après la chute. Je m'intéressais plutôt au phénomène de détérioration en cascade vécu par le résident, se déroulant très rapidement dans le temps. J'aurais alors pu préciser ma question en recentrant mon interrogation sur les résidents se dégradant très vite après la chute, afin de faciliter l'émergence de réponses par les ergothérapeutes.

Par rapport à la limite à la prise de risque, il a parfois été difficile pour les ergothérapeutes de discerner la limite à partir de laquelle la mise en activité liée à une prise de risque n'est plus bénéfique pour le résident. Il n'est peut-être pas toujours évident pour les ergothérapeutes interrogées de répondre en donnant des notions générales dans un domaine, quand il s'agit d'un accompagnement qui se fait «au cas par cas».

DISCUSSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche vise à comprendre comment intervient l'ergothérapeute auprès la personne âgée ayant chuté en EHPAD afin de réduire le phénomène de grabatisation risquant de survenir. L'hypothèse émise pour répondre à ma question de recherche est la suivante : « L'accompagnement ergothérapeutique, en acceptant la prise de risque liée au maintien de l'activité, permet de réduire le phénomène de grabatisation du résident ayant chuté en EHPAD. »

La synthèse des résultats mise en regard de la théorie permet d'aboutir à une réflexion concernant la validité ou non de l'hypothèse émise pour répondre à ma question de recherche.

1. SYNTHÈSE ET RETOUR SUR L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

1.1. *VECU PSYCHIQUE ET ENVIRONNEMENT HUMAIN*

C'est une richesse de l'ergothérapeute exerçant en EHPAD que d'intervenir auprès de la personne âgée évoluant au sein même de son lieu de vie. Grâce à son œil d'expert, il acquiert une connaissance du résident au fur et à mesure de son contact auprès de lui, ainsi que de ses habitudes de vie et de ses modes de fonctionnement psychiques. En effet, l'état psychologique du résident résultant du vécu de sa chute ainsi que de l'ensemble des événements qui ont précédés, comme l'intégration dans ce nouveau lieu de vie, jouent un rôle particulièrement important dans l'installation du phénomène de grabatisation. Ces éléments appuient les notions que la théorie nous a apportée concernant le phénomène de grabatisation. En effet, le syndrome post-chute donnant suite à un syndrome de désadaptation psychomotrice qui associe des troubles posturaux et psychologiques, est fréquemment mis en cause dans la grabatisation du résident. Cette phase d'enquête a également permis de dégager l'idée que les ressources psychologiques dans lesquelles la personne est en mesure de puiser prennent une place essentielle dans sa façon d'évoluer suite à un événement de chute.

Il faut aussi souligner que la manière dont l'équipe approche la personne âgée après sa chute est déterminante. En effet, la représentation que chacun des membres de l'équipe s'est forgé par rapport à la chute, les propositions faites en conséquence au résident, et donc le sentiment renvoyé à ce dernier concernant son état, sont non négligeables et vont également participer à la façon dont il va réagir à la chute. Cet ensemble d'éléments constituent le véritable moteur des désirs du résident, de sa volition et de ce à quoi il aspire pour la suite de son accompagnement.

1.1. PRISE DE RISQUE ET MISE EN ACTIVITE

Comme nous l'indiquait la littérature, une certaine forme de prise de risque est nécessaire au maintien de la qualité de vie du résident en EHPAD. Il apparaît toutefois essentiel pour l'ergothérapeute, de mettre en œuvre une réflexion approfondie quant aux modalités dans lesquelles l'activité va être investie par le résident. En effet, l'activité est adaptée à ses capacités, à sa situation physique et psychologique et est sécurisée afin d'offrir au résident la possibilité de conserver une qualité de vie aussi longtemps que possible. La personnalisation de l'accompagnement est indispensable, sans quoi cette démarche auprès du résident n'est pas envisageable. Il est évident que la proposition de mise en activité est amenée au résident sous forme de suggestion et n'est viable qu'avec son entière volonté. C'est en prenant en considération la dynamique dans laquelle il se trouve après avoir chuté et donc en personnalisant l'accompagnement que l'ergothérapeute propose, que ce dernier entre dans une démarche pertinente auprès du résident.

1.2. RETOUR SUR L'HYPOTHESE

Les résultats de l'enquête vérifient l'hypothèse car ils mettent en lumière que, de par le maintien du résident en activité, le phénomène de grabatisation est retardé et/ou ralenti. La prise de risque liée à l'activité est ainsi un élément dont les ergothérapeutes ont pleinement conscience et qu'ils intègrent au sein de leur démarche d'accompagnement. Selon elles, cette mise en activité du résident paraît primordiale, certaines la considérant comme systématiquement bénéfique, contre une diminution des activités de la personne leur paraissant tout à fait délétère.

Les ergothérapeutes trouvent néanmoins des limites à cette mise en activité. Celles semblants indéniables émanent de la volonté du résident lui-même ou de ses proches. L'ergothérapeute ayant pour intention d'avoir une approche la plus humaine possible, il lui est essentiel d'entendre et de prendre en compte ces volontés pour accompagner la personne et son entourage le plus pertinemment possible.

2. PISTES DE REFLEXION POUR ALLER PLUS LOIN

2.1. AUTOUR DES VOLONTES DU RESIDENT

L'importance de la limite liée à la volonté du résident concernant son accompagnement a été mise en lumière.

On peut se demander si elle peut être considérée non plus comme une limite mais comme une force apportée dans la réflexion de l'ergothérapeute autour de l'accompagnement du résident. En effet, si le résident décide de ne plus adhérer à une démarche de mise en activité, on pourrait imaginer que l'ergothérapeute se saisisse de cet élément pour accompagner cette dynamique dans laquelle il se trouve à cette période donnée de sa vie, c'est-à-dire le soutenir et orienter son accompagnement en conséquence.

Prendre en compte cette volonté ne va pas sans l'assurance que la décision est belle et bien celle du résident. Le résident en EHPAD présente fréquemment des troubles cognitifs. On peut alors se demander quelle est la limite et s'il y en a une, à la décision du résident lorsque ce type de troubles mettent en doute ses facultés à juger et à discerner ce qu'il souhaite réellement faire ou non.

2.2. AUTOUR DE LA DEMARCHE DE REDUCTION DE LA GRABATISATION

Par ailleurs, on peut s'interroger quant à la pertinence d'intervenir en visant la diminution du phénomène de grabatisation du résident : jusqu'à quel point ? En effet, la fin de vie d'une personne âgée et la dégradation de son état de santé sont des éventualités qui peuvent être difficiles à envisager pour chacune des personnes de l'équipe accompagnant le résident. Ce sont pourtant des périodes de vie à concevoir chez cette population accueillie dans un lieu de vie tel que l'EHPAD. Est-ce que cette fin de vie est pour autant synonyme de perte intégrale d'activité ? Ou

est-ce que d'autres activités, n'étant plus de l'ordre de la préservation de l'indépendance fonctionnelle de la personne, viendront nourrir cette qualité de vie de la personne ? Il est clair que l'intervention ergothérapique est d'une tout autre sorte à ce moment de l'accompagnement. On pourra imaginer que l'ergothérapeute aura pour visée d'assurer le confort de la personne ainsi que l'apaisement face à cette tranche de vie si particulière :

«Il semble évident que les services d'ergothérapie offerts à une clientèle en phase palliative ou terminale se doivent d'être centrés sur les besoins et les valeurs de la personne, ainsi que sur une compréhension de l'ensemble des conditions internes (comme les émotions et les croyances) et externes (comme les proches et l'équipe de soins) pouvant influencer son degré de bien-être.» (Falardeau, Lambert et Arpin, 2011, p.21)

2.3. AUTOUR DES MODALITES D'INTERVENTION EN EHPAD

Il se dessine une diversité dans les modalités d'exercice des ergothérapeutes en EHPAD, les postes occupés par les ergothérapeutes allant du temps partiel équivalent à une journée par semaine de présence sur l'établissement, à un temps complet, avec un nombre de résidents accueillis toujours assez élevé, parfois encore plus élevé pour les ergothérapeutes intervenant à temps partiels. Cela présage de possibilités d'accompagnement assez différentes les uns des autres. Néanmoins, toutes s'accordent à dire qu'elles portent une grande attention à la probable grabatisation du résident chuteur. Elles consacrent toutes globalement le même temps concernant la chute et ses complications parmi le temps total de travail passé sur l'EHPAD.

On peut tout de même envisager que les propositions d'accompagnement faites en EHPAD dépendent en partie de la dotation en ergothérapeutes au sein de la structure. On peut imaginer que si cette dotation en ergothérapeutes était semblable à celle existant dans des services de SSR gériatriques par exemple, on verrait une évolution différente de certains résidents auxquels l'ergothérapeute accorderait davantage de réflexion autour de son projet d'accompagnement à proposer ou à la rééducation par exemple. On peut se demander quelle posture l'ergothérapeute peut adopter par rapport à cela et s'il y a du sens à faire évoluer les postes d'ergothérapeute en EHPAD

CONCLUSION

Le maintien en activité de la personne âgée chuteuse résidant en EHPAD implique une prise de risque de récurrence. Néanmoins, il est constaté que cette démarche de favorisation de la mise en activité du résident, permet de le préserver et de réduire un éventuel phénomène de grabatisation qui serait préjudiciable pour sa santé. Les recherches bibliographiques ainsi que la conduite d'entretiens avec des ergothérapeutes ont permis de mettre en lumière l'importance du facteur psychologique dans l'installation de ce phénomène. La manière de vivre l'évènement de la chute, que ce soit du côté du résident lui-même ou des membres de l'équipe l'accompagnant, est déterminante dans l'évolution de son état de santé.

Ce travail m'a permis d'approfondir mes capacités de méthodologie dans une recherche. Il a également mis en exergue l'intérêt de mener une recherche afin de préciser mes connaissances dans un domaine particulier. Cela m'a donné goût à la lecture d'articles scientifiques nourrissants ma pratique et me permettant d'aller plus loin dans ma réflexion. La conduite d'entretiens m'a donné l'occasion d'échanger avec de futurs collègues en adoptant une attitude professionnelle auprès d'elles.

Au début de ce mémoire d'initiation à la recherche, il n'était pas évident d'envisager comment mêler prise de risque et sécurisation de l'activité auprès du résident en EHPAD. Ce travail m'a permis de comprendre que l'ergothérapeute chemine pas à pas et expérimente, sans avoir systématiquement de réponses. En effet, il peut être ardu d'énoncer une limite à la pertinence de la mise en activité du résident. Toute la richesse de son intervention auprès de lui, réside dans le travail mis en œuvre autour de la réflexion concernant la situation singulière du résident, qui constitue chaque fois, un cas particulier. Les qualités d'écoute et de remise en question appropriée lui permettent d'accepter et de réaliser que sa démarche d'accompagnement peut régulièrement s'améliorer.

Il serait intéressant d'élargir cette notion de prise de risque à un champ d'intervention autre que la gériatrie, voire même, à tout patient accompagné en ergothérapie. Pourrait-on considérer que dès lors qu'une personne se trouve dans une situation de handicap, il est nécessaire de prendre des risques pour faire évoluer la situation ?

REFERENCES BIOGRAPHIQUES

- Recommandations et référentiels de bonnes pratiques

Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux. (2012). Analyse documentaire relative à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles Qualité de vie en EHPAD (Volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne.

Centre d'analyse stratégique. (2010). Vivre ensemble plus longtemps Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française.

Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale et Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (2007). Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Haute Autorité de Santé – Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. (2009). Recommandations des bonnes pratiques professionnelles Evaluation et prise en charge des personnes faisant des chutes répétées.

Haute Autorité de Santé. (2015). Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2014). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées Synthèse et recommandations.

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (2005). Référentiel des bonnes pratiques Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). Résumé Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.

Pathak, U., Elghozi, J.-L., Fortrat, J.-O., Senard, J.-M. et Hanon, O. (2014). Consensus d'experts Prise en charge de l'hypotension orthostatique.

▪ Articles

Bélangier, R., Briand, C. et Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le partenaire*, 1, 8-11.

Daubresse, P. et Peel, A. (2015). Bouger et ne pas tomber ! Un défi en EHPAD. *La Revue de Gériatrie*, 40, 363-365.

Feteanu, D., Lopez-Tourres, F. et Trivalle, C. (2005). La personne démente en institution. *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*, 3, 26-34.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008a). L'activité : un besoin fondamental de l'être humain.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008b). L'activité : l'outil privilégié de l'ergothérapeute.

Michel Cavey. (2014). Le grabataire en fin de vie. Accès à <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article44>

Michel Cavey. (2007). Le droit au risque chez la personne âgée. Accès à <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article63>

Pire, V., Fournier, A., Schoevaerds, D., Spinewine, A. et Swine, C.-H. (2009). Polymédication chez la personne âgée. *Louvain médical*, 128, 235-240.

Podvin-Deleplanque, J., Dreuil, D., Huvent, D., et Puisieux, F. (2015). Prévention des chutes en EHPAD. *La revue de gériatrie*, 40, 355-362.

Villez, A. (2002). Ethique, droit au choix, droit au risque et responsabilité en EHPAD. *Les Cahiers de l'Actif*, 318/319, 149-165.

▪ Ouvrages

- Boyer, M.-N. et Bellemare, L., (2009). La prévention des chutes et l'avancée en âge. Dans E. Trouvé (Coord.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 203-204). Marseille : Solal.
- Carlier, G., Lecompte, L., Martin, S., De Breuker, S. et Pepersack, T. (2013). L'école parachute : une expérience pratique de prévention de la chute de la personne âgée. *Expérience en ergothérapie* (pp. 194-198). Montpellier : Sauramps médical.
- Collège National des Enseignants en Gériatrie. (2014). Chapitre 1 Item 119 – UE 5 - Vieillesse normale. (3^{ème} édition, Elsevier Masson). Accès <http://www.seformeralageriatrie.org/Pages/chapitre1CNEG.aspx>
- Colvez, A. (2009). Préface. Dans E. Trouvé. (Coord.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (p. 7). Marseille : Solal.
- Kalfat, H. et Sauzéon, H. (2009a). Processus de vieillissement et vieillesse. Dans E. Trouvé (Coord.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 13-14). Marseille : Solal.
- Kalfat, H. (2009b). La démarche thérapeutique en ergothérapie : outils conceptuels, diagnostic et organisation du processus de soin. Dans E. Trouvé (Coord.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (p.86). Marseille : Solal.
- Kuhne, N., Bedin, M.G. et Chappuis, M., (2015). Risque et autonomie chez la personne âgée, Dans M-C. Morel-Bracq., E. Trouvé., E. Offenstein., et al., (dir.), *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* (pp. 165-175).
- Marzano, M. (2015). *Je consens, donc je suis...* Repéré à <https://books.google.fr/books?id=2tsICwAAQBAJ&lpg=PT57&ots=VIHuuCwowR&dq=paternaliste%20et%20autonomiste&hl=fr&pg=PP1#v=onepage&q=pater naliste%20et%20autonomiste&f=true>
- Mignet, G. (2015). Motivation, volition et engagement : éclairage du Modèle de l'occupation humaine. Dans M-C. Morel-Bracq., E. Trouvé., E. Offenstein., et al., (dir.), *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* (pp. 98-101).

Nouvel, E., Vigouroux, C., Viollet, E., Nouvel, V. et Blot, M. (2013). Prévention des chutes en ergothérapie : synthèse de littérature. *Expérience en ergothérapie* (114 – 115). Montpellier : Sauramps médical.

Nouvel, F., et Jouaffre, V., (2009). Fragilité et dépendance. Dans E. Trouvé (Coord.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 33-34). Marseille : Solal.

Martins, S., (2015). Théorie du flow, Dans M-C. Morel-Bracq., E. Trouvé., E. Offenstein., et al., (dir.), *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* (pp. 145-147).

- **Supports multimédias**

Alzheimer conseil. (S.d.). *Glossaire dépendance*. Accès <http://www.alzheimer-conseil.fr/glossaire-5/notion-g112.html>

Institut national d'études démographiques. (S.d.). *Lexique Baby-boom*. Accès <https://www.ined.fr/fr/lexique/baby-boom/>

Tout sur la sarcopénie. (2016). *Tout sur la sarcopénie*. Accès <http://www.toutsurlasarcopenie.fr/>

- **Thèse**

Oulès, S. (2012). *Le consentement éclairé en odontologie chez la personne vulnérable*. (Thèse de doctorat inédite, Université Paul Sabatier-Toulouse III). Accès <http://thesesante.ups-tlse.fr/7/2/2012TOU33058.pdf>

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1: Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance	I
Annexe 2: Droits fondamentaux des usagers.....	II
Annexe 3 : Outils de la loi 2002 – 2	III
Annexe 4: arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l’article L.311-4 du code de l’action sociale et des familles	IV
Annexe 5: Guide d’entretien 1	VII
Annexe 6: Guide d’entretien 2	VIII
Annexe 7 : Entretien n°1.....	IX
Annexe 8: Entretien n°2.....	XXIII
Annexe 9: Tableau de recueil de données des entretiens	XXXIX
Annexe 10 : Référentiel de pratique pour la contention et algorithme décisionnel	45

Annexe 1: Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng
Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau - 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 - www.fng.fr

Version révisée 2007



(Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2009)

Annexe 2: Droits fondamentaux des usagers

Article L311-3

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1. Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
2. Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
3. Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
4. La confidentialité des informations la concernant ;
5. L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
6. Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
7. La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Les modalités de mise en oeuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire.

(Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles)

Annexe 3 : Outils de la loi 2002 – 2

LES OUTILS GARANTISSANT L'EXERCICE EFFECTIF DES DROITS – ARTICLES L.311-4/L.311-9

Pour garantir le droit des usagers, 7 instruments sont à mettre en place sous l'autorité et la responsabilité du directeur d'établissement. Ces dispositions ont des conséquences directes sur l'organisation générale de l'établissement mais aussi sur l'organisation du travail.

1. **Le livret d'accueil** doit être remis, lors de l'accueil, à la personne prise en charge ou, le cas échéant, à son tuteur. Il fournit des éléments d'information concernant l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil, l'organisation générale de l'établissement ou du service, son organigramme ainsi que les coordonnées des services susceptibles d'apporter une aide.
2. **La chartre des droits et libertés** de la personne accueillie est remise à la personne handicapée ou, le cas échéant, à sa famille ou son tuteur, lors de son accueil, en même temps que le livret d'accueil auquel elle est annexée. Définie par l'arrêté du 8 septembre 2003, elle aborde la non discrimination, le droit à l'information, la participation aux choix des prises en charges, le consentement de la personne, l'exercice des libertés individuelles, le respect de l'intimité, des croyances et de la vie privée etc.
3. **Le contrat de séjour** a vocation à définir les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement de la personne handicapée dans un établissement. Il doit détailler la liste et la nature des prestations (éducatives, thérapeutiques...) offertes à la personne ainsi que ses conditions d'accueil. Le contrat de séjour est élaboré et conclu avec la personne accueillie ou son représentant légal et le représentant de l'établissement ou du service.
4. **Le recours à un médiateur ou personne qualifiée.** Tout usager ou tuteur peut avoir recours à une personne qualifiée pour l'aider à faire valoir ses droits. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services, à l'intéressé ou à son représentant légal.
5. **Le conseil de vie sociale** doit favoriser la participation et l'expression des personnes handicapées accueillies dans un établissement ou service social ou médico-social ainsi que celles de leur famille ou tuteur et les associer à l'élaboration et à la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. Le conseil de vie sociale doit être mis en place dans les établissements et services assurant un hébergement ou un accueil de jour continu ainsi que dans les établissements ou services assurant une activité d'aide par le travail.
6. **Le règlement de fonctionnement** est mis en place afin de définir les droits des personnes accueillies et les obligations et devoirs de chacun, nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service. Il décrit également les modalités d'organisation et de fonctionnement de la structure. Il est remis à toute personne admise dans l'établissement ou le service, mais aussi délivré aux personnels et affiché dans les locaux de l'établissement ou du service.
7. **Le projet d'établissement** est établi pour une durée maximale de 5 ans. Soumis à l'avis du conseil de la vie sociale, le projet d'établissement définit les objectifs de l'établissement ou du service, « notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».

(Comité National de Coordination de l'Action en Faveur des Personnes
Handicapées [CCAH], p.3, 2010)

Annexe 4: arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Article 1er

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7

Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8

Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9

Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10

Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11

Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

(Ministère des Affaires sociales et de la Santé, pp. 1-3, 2009)

Annexe 5: Guide d'entretien 1

Parcours professionnel

1. Quelles sont les différents types d'institutions dans lesquelles vous avez exercé et pendant combien de temps ?
2. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'E.H.P.A.D. actuel ?

Contexte de chute et grabatisation du résident dans votre E.H.P.A.D.

3. Afin de me rendre compte de l'ampleur de la problématique de chute en termes de **fréquence**, pouvez-vous quantifier :
 - Le nombre de chutes recensées ?
 - Le nombre de résidents concernés par la chute ?

} Par an, dans votre
E.H.P.A.D.
4. Afin de me rendre compte de l'importance de votre mobilisation en termes de **temps consacré** à la problématique de chute, pouvez-vous me donner un pourcentage de votre temps de travail dédié à ce type d'intervention ?
5. Lorsqu'un résident a chuté, est-il possible de **repérer** et comment parvenez-vous et à **évaluer** un probable passage à un **état grabataire** ?
6. Suite à une chute, pouvez-vous estimer quelle part des résidents maintiendra ses activités, quelle part les réduira progressivement, et quelle part tendra vers le passage à un état grabataire ?

Considération de la prise de risque chez le résident chuteur en E.H.P.A.D.

7. De quelle manière vous positionnez-vous par rapport au risque de récurrence de chute :
 - **prévention des risques** visant à supprimer tout risque de récurrence
 - **réduction des risques**, en acceptant la part de risque pris émanant du maintien de l'activité

Et pouvez-vous m'expliquer les raisons qui motivent cette démarche
8. Selon vous, existe-t-il une **limite** à partir de laquelle la **prise de risque** émanant de l'activité ne serait plus bénéfique pour le résident mais lui serait néfaste, et où situez-vous cette limite ?
9. Est-il possible et comment faites-vous pour **adapter** la **prise de risque** émanant des activités, afin de réduire le **risque de grabatisation** du résident tout en diminuant le **risque de récurrence de chute** ?
10. Quelle place accordez-vous au **travail d'équipe** dans les prises de décision concernant le risque pris dans les activités du résident et comment cela se passe au sein de votre institution

Annexe 6: Guide d'entretien 2

PARCOURS PROFESSIONNEL

1. Quelles sont les institutions dans lesquelles vous avez exercé depuis que vous êtes diplômée ?
2. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'E.H.P.A.D. actuel ?
3. Quel est la part de temps que vous passez sur cet EHPAD ?

CHUTE DU RESIDENT EN EPHAD

4. Pouvez-vous quantifier le nombre de chutes recensées par an dans votre EHPAD ?
5. Pouvez-vous quantifier le nombre de résidents par an concernés par la chute dans votre EHPAD?
6. Sur une semaine, combien de temps passez-vous concernant les problématiques de chute des résidents?

GRABATISATION SUITE A LA CHUTE DU RESIDENT

7. Pouvez-vous estimer quelle part des résidents tend vers le passage à un état grabataire suite à sa chute ?
8. Comment faites-vous pour repérer le probable passage à un état grabataire du résident ayant chuté?
9. Quels sont les facteurs les plus fréquemment retrouvés dans l'accélération du phénomène de grabatisation d'un résident chuteur ?

ACTIVITE ET REDUCTION DE LA GRABATISATION

10. Selon vous, le maintien en activité du résident ayant chuté représente-t-il un risque de récurrence?
11. Pouvez-vous me parler de la situation d'un résident chuteur, pour lequel vous avez pris en compte et accepté un risque de récurrence en maintenant cette personne en activité ?
12. Quel a été l'impact de votre approche concernant le phénomène de grabatisation de ce résident ?
13. Pouvez-vous m'expliquer les raisons qui motivent cette démarche auprès du résident chuteur?

ACTIVITE ET LIMITE A LA PRISE DE RISQUE

14. Avez-vous l'exemple d'une situation où vous avez estimé nécessaire de favoriser une certaine réduction des activités d'un résident chuteur, afin de prévenir le risque de récurrence?
15. Quel en a été l'impact sur l'état de santé global du résident ?
16. Selon vous, dans la balance bénéfice-risque, quelle est la limite à partir de laquelle le maintien en activité du résident chuteur n'est plus bénéfique à ce dernier ?

Annexe 7 : Entretien n°1

Le 12.03.16 – E1 – Au sein de l'EHPAD en région parisienne – Rendez-vous à 10h le matin– Environ 40 minutes d'échange.

1 Jeanne Scialom : Cet entretien va durer entre une demi-heure et 45 minutes.
2 Pendant cet échange, j'aimerais bien en savoir plus sur ta pratique, globalement de
3 quelle manière tu accompagnes le résident qui a chuté, qui risque de se grabatiser.

4 Ergothérapeute 1 : D'accord.

5 J.S. : Et comment tu peux prévenir ou pas ce phénomène de grabatisation. Mes
6 principales interrogations, c'est de savoir si le maintien en activité de cette personne
7 âgée qui vient de chuter, ça peut vraiment permettre de réduire ou pas le
8 phénomène de grabatisation. Et si le maintien en activité, ça signifie, enfin c'est
9 synonyme de prise de risque de récurrence, et si il y aurait une limite à cette prise de
10 risque.

11 E1 : D'accord

12 J.S. : **Déjà, pour commencer j'aimerais bien savoir si tu as travaillé dans**
13 **d'autres institutions, depuis que tu es diplômée ?**

14 E1 : D'accord, donc moi déjà je suis diplômée depuis bientôt 6 ans. Donc moi,
15 je suis ergothérapeute en libéral. Donc j'exerce dans 4 EHPAD différentes : deux
16 en régions parisiennes et deux en province. Et à côté de ça j'ai une patientèle,
17 surtout d'enfants. Je travaille dans cet EHPAD là depuis 4 ans.

18 J.S. : D'accord.

19 E1 : Et avant, du coup en sortant du diplôme, j'ai fait un an de collaboration en
20 libéral, dans un cabinet qui est à Dijon, avant de m'installer toute seule.

21 J.S. : D'accord donc là tu es en libéral toute seule ?

22 E1 : Oui c'est ça, je suis en libéral toute seule.

23 J.S. : **Donc du coup, sur cet EHPAD là, tu passes combien de temps ?**

24 E1 : Alors j'interviens 1 à 2 jours par semaine.

25 J.S. : D'accord.

26 E1 : Ca dépend des autres emplois du temps par rapport aux autres EHPAD.
27 Doc c'est vrai que 1 à 2 jours, c'est assez rapide. Bon après, c'est vrai que l'on a
28 que 57 résidents donc par rapport à d'autres structures c'est déjà un peu moins.
29 Mais voilà, après tu as les urgences.

30 J.S. : Oui tu ne peux pas être là, partout, tout le temps, si tu es là qu'un jour par
31 semaine.

32 E1 : Bah, on va dire que tu trouves des priorités sur certaines choses et puis
33 d'autres qui du coup sont faites par des tierces, voilà.

34 J.S. : **Et, justement, sur ce temps-là d'une ou deux journées par semaine,**
35 **est-ce que tu peux me dire combien de temps tu passes sur les**
36 **problématiques de chute particulièrement ?**

37 E1 : Alors, du coup, et bien déjà ce qui est important, on va dire. Bon, je
38 t'explique déjà comment moi je fonctionne. Etant donné que je ne suis là qu'une à
39 deux journées par semaine, ce qui est quand même très important c'est la
40 communication avec les équipes qui sont là au quotidien. Du coup c'est elles qui
41 voient souvent en premier les problèmes rencontrés par les résidents, donc, que ce
42 soit les chutes, les positionnements sur les fauteuils, *etc.* Hm, après on a quand
43 même le système de fiche de chute qui est informatisé. Du coup ça permet de, voilà,
44 moi quand j'arrive je regarde les transmissions aussi, donc tu vois là les résidents
45 qui ont chuté dans la semaine, depuis que je ne suis pas venue. Du coup, ça te
46 permet de voir si voilà, si c'est des résidents qui chutent régulièrement et du coup
47 sur lesquels il faut mettre en place quelque chose. Et après, on a quand même un
48 travail de collaboration avec les kinés, où du coup, on travaille en collaboration sur
49 les prises en charge des résidents. Donc voilà je passe quand même, je pense qu'à
50 chaque fois que je viens, pas la moitié de la journée mais bon une bonne partie sur
51 les résidents à risque de chute.

52 J.S. : Donc c'est quand même un domaine important sur lequel tu intervies ?

53 E1 : Après, chez la personne âgée, il y a quand même un risque de chute qui
54 est présent. Après, il y a, c'est par moment, tu as, ce n'est pas quelque chose qui
55 est... Voilà un résident peut faire une chute un jour et puis ne plus chuter pendant
56 longtemps.

57 **J.S. : Oui d'accord, il y en a pour lesquels la chute est très ponctuelle. Et**
58 **est-ce que tu as une idée de combien de chutes il y a dans l'EHPAD en une**
59 **année ?**

60 E1 : Ici, on n'a pas trop de résidents qui chutent. Je pense que par an, on doit
61 avoir 35 chutes.

62 **J.S. : D'accord, et sur ces chutes-là, je pense qu'il y a des résidents qui, il**
63 **peut y avoir une personne qui chute 20 fois dans l'année. Donc combien de**
64 **résidents sur les 57 sont concernés par la chute ?**

65 E1 : Non, tu as 10% des résidents qui sont chuteurs sur la structure. On se rend
66 compte que c'est régulièrement les mêmes qui chutent. Du coup c'est là, où on
67 arrive à faire une prise en charge pluridisciplinaire. Parce que du coup, ma collègue
68 psychomotricienne travaille sur tout ce qui est ateliers gymnastique et équilibre, moi
69 ça va être sur tout ce qui est accompagnement sur les aides techniques, l'adaptation
70 de l'environnement, voilà, limiter les risques. Et après il y a tout ce qui est
71 accompagnement du kiné sur la rééducation à la marche. Parce que souvent on se
72 rend compte que ce sont des résidents qui sont en train de perdre le schéma de la
73 marche. Puis tout ce qui est infirmier et médecin coordonnateur, qui travaillent plus
74 sur le fait, de voilà, est-ce que les traitements médicamenteux n'entraînent pas
75 également la chute.

76 **J.S. : Et, suite à la chute d'un résident, est-ce tu peux estimer à peu près**
77 **sur les résidents qui chutent, quelle part des résidents va se grabatiser. Par**
78 **exemple sur les 10%, est-ce qu'il y en a beaucoup qui vont juste faire une**
79 **chute et ne pas avoir de conséquence grave et maintenir leurs activités ?**

80 E1 : Je pense que sur les 10%, je réfléchis à l'année dernière... Sur l'année
81 2014/2015, il y a moins de la moitié qui s'est grabatisé.

82 J.S. : D'accord. Est-ce que toi tu ressens que c'est beaucoup ? Enfin, est-ce que
83 tu as le sentiment, quand tu vois ces personnes qui ont chuté, que la plupart du
84 temps, elles ont plutôt bien réagit à la chute et ont continué à être en activité à être
85 bien, ou alors plutôt une dégradation rapide de leur état ?

86 E1 : Alors après, ça, bah du coup sur l'EHPAD de S.⁶, on est en train de faire, il
87 y a une campagne de l'ARS Île de France, sur les chutes. Et du coup, on s'est rendu
88 compte que, ce qui entraînait surtout la grabatisation, c'est si la chute entraîne une
89 fracture, par exemple du col⁷, ou un traumatisme crânien, et du coup une
90 hospitalisation, là les résidents, du coup rentrent en EHPAD, là il y a grabatisation.
91 Si c'est des chutes gérées en internes, avec le médecin traitant, la surveillance des
92 équipes *etc.*, on se rend compte qu'en fin de compte, les résidents reprennent plus
93 rapidement leurs activités, et que du coup il n'y a pas de risque de grabatisation.

94 J.S. : Ah oui d'accord, donc ce serait plutôt au moment du passage entre, le
95 domicile et... C'est ce que tu veux dire ?

96 E1 : Non en fait c'est quand ils sont déjà en EHPAD, mais qu'il y a chute et que
97 du coup ça entraîne une hospitalisation.

98 J.S. : Ah d'accord.

99 E1 : Et que du coup, quand ils, alors pas tous, mais on se rend compte que
100 souvent quand même quand il y a chute, puis hospitalisation puis retour en
101 institution, sur la moitié, quand ils rentrent ils sont grabataires.

102 J.S. : Ah d'accord.

103 E1 : Parce que malheureusement à l'hôpital, ils ont moins de temps que sur
104 l'EHPAD, pour les stimuler. Ils ne connaissent pas forcément leurs habitudes non
105 plus. Donc, du coup, il y a forcément plus de grabatisation que quand ils restent
106 dans leur cadre de vie, avec des personnes qu'ils connaissent, et où du coup même
107 si tu as l'angoisse, la crainte de la chute, parce que le résident a forcément
108 l'angoisse de la chute, comme il y a une prise en charge pluridisciplinaire qui est

⁶ Cette ergothérapeute intervient entre autre sur un autre EHPAD

⁷ Col du fémur

109 mise en place assez rapidement, du coup on se rend compte qu'il y a moins de
110 grabatisation en structure.

111 J.S. : Oui, d'accord. Et que l'hôpital, c'est... c'est une structure qui, oui, qui ne
112 connaît pas forcément la personne.

113 E1 : Et qui voilà, et qui, je pense qui ont aussi moins de temps que nous à leur
114 consacrer.

115 J.S. : Et qui ont des objectifs, des priorités. Ils doivent rapidement régler la
116 situation qui est très, très grave

117 E1 : Voilà, mais qui est plus d'ordre médical, que sur la prise en charge global
118 en se disant, bon bah voilà, il avait telles habitudes avant, bah même après il faut
119 essayer de conserver ces habitudes-là, en remettant progressivement la marche, la
120 marche accompagnée. Donc du coup, la prise en charge n'est pas la même. Ils ont
121 moins de temps.

122 J.S. : Et donc du coup tu dis que sur cet EHPAD, à Saint-Gratien vous faites une
123 campagne ?

124 E1 : C'est une campagne d'étude.

125 J.S. : C'est intéressant ça.

126 E1 : Bah j'enverrai le lien si tu veux. Alors pour l'instant on est dans la partie
127 enquête, où on a plus des choses à entrer sur ordinateur. Mais où du coup il y a
128 toute une recherche qui est faite sur, par exemple nous on a choisi une unité
129 protégée où en fin de compte on s'est rendu compte que c'était là où il y avait le
130 plus de résidents qui chutaient, parce que c'est là où il y a le plus de déambulation.
131 Du coup en fait on rentre le nombre de chute du résident sur les derniers mois. Et
132 après, on rentre tout ce qui est, signes, en fait tout ce qui pourrait, les risques qui
133 sont présents dans la vie du résident, qui pourraient entraîner les chutes. Parce que
134 du coup on s'est rendu compte que souvent les résidents qui ont des multi
135 pathologies, du coup il y a souvent plus de risques. Pareil, trop de médicaments du
136 coup peuvent entraîner des chutes. Certains médicaments entraînent, même si il
137 n'y a pas beaucoup de médicaments, mais qu'il y a un médicament qui du coup
138 entraîne plus de risque de chute. Ça permet de mettre en avant que en fin de

139 compte, plus de 5 médicaments par jour pour une personne âgée, ça augmente les
140 risques de chute, donc du coup ça permet de se reposer la question, bon bah « est-
141 ce que réellement ce patient a besoin d'avoir 11, 12 cachets par jour » ? Ça met en
142 avant que souvent les résidents qui chutent dans l'unité protégée, c'est des
143 résidents où il y a tous les risques.

144 **J.S. : Du coup, si j'ai bien compris, parce que là tu m'as un peu dit les**
145 **indicateurs, enfin les facteurs qui sont les plus souvent retrouvés dans le**
146 **phénomène de grabatisation. Tu as dit après la chute une fracture, pour toi**
147 **c'est quelque chose qui peut vraiment aggraver la situation de façon**
148 **importante ?**

149 E1 : Souvent, on se rend compte quand même que les résidents qui chutent en
150 EHPAD, c'est des résidents qui souffrent d'une démence, du coup, où il y a de la
151 déambulation, et qu'un résident où l'on frêne cette déambulation, déjà ont forcément
152 tendance à se grabatiser. Donc, un résident qui est alité, ou maintenu dans un
153 fauteuil parce qu'il y a une fracture et qu'il faut qu'elle consolide, là on se rend
154 compte que du coup, ça entraîne une grabatisation. Parce que la déambulation n'est
155 plus possible et que le seul moyen qu'ils ont pour exprimer, voilà la plupart du temps,
156 c'est cette déambulation en fin de compte.

157 J.S. : D'accord, et du coup d'essayer de se lever et ça aussi c'est un risque de
158 s'aggraver ? Puisque s'il se lève, et qu'il tombe ?

159 E1 : Et puis voilà, d'avoir aussi, souvent on a quand même des positions qui
160 peuvent ne pas être prises par le résident suite à une opération de col du fémur et
161 qu'en fin de compte c'est quelque chose que chez les déambulant tu ne peux pas,
162 ce qui est difficile à expliquer en fait, parce qu'ils l'intègrent pas. Donc du coup ça
163 va être sur des gestes banaux, mais qu'ils vont faire sans en avoir conscience et
164 qui du coup entraînent une hospitalisation, qui va entraîner une grabatisation. Donc
165 c'est vrai qu'on essaye de limiter les chutes. Et du coup, on essaye surtout de limiter
166 les hospitalisations quand elles ne sont pas nécessaires.

167 J.S. : D'accord, donc du coup ce serait la fracture, les démences, les
168 médicaments ? Ce qui causerait l'aggravation de la situation de la personne âgée
169 après sa chute ?

170 E1 : Oui c'est ça.

171 J.S. : **Donc toi, pour repérer... Est-ce que déjà tu penses que c'est possible**
172 **de repérer un passage à un état grabataire ?**

173 E1 : Eh bien, alors, on ne le repère pas forcément, ce n'est pas toujours possible.
174 Après, on se rend compte, après c'est notre système dans l'EHPAD, mais, le fait
175 que les équipes de soignants ont compris maintenant que du coup mettre en avant
176 une perte d'habitude c'était souvent signe du début de la grabatisation. Quelque
177 chose qu'on sait que le résident faisait quotidiennement et c'était son petit rituel, le
178 jour où il ne le fait plus, on sait que voilà, c'est le début du syndrome de
179 glissement/grabatisation. Alors après, il y a des fois où on arrive à restimuler le
180 résident, à reprendre cette habitude, alors même si on l'accompagne. Par exemple,
181 si c'est un résident qui allait chercher son café tous les matins avec son journal, et
182 le jour où il commence à ne plus le faire, on se dit c'est peut-être à nous de
183 réintroduire cette habitude, accompagné, et de voir si le résident reprend cette
184 habitude de lui-même, ou du si c'est une habitude qui sera perdue et du coup on
185 sait que progressivement il en perdra d'autres et que la grabatisation se mettra en
186 place.

187 J.S. : D'accord. Et vous essayez, au début du moins, de faire en sorte que le
188 résident continue à réaliser ses habitudes, d'adapter la situation en trouvant des
189 solutions, quelqu'un pour accompagner...

190 E1 : Voilà, après c'est vrai que comme on est bien doté en personnel soignant,
191 pour la structure, du coup rien que sur les paramédicaux on est déjà
192 psychomotricienne, ergo, psychologue, des kinés qui viennent quasiment tous les
193 jours de la semaine. Donc c'est vrai qu'on essaye vraiment de garder au maximum
194 ces habitudes de vie des résidents, et de les stimuler.

195 J.S. : D'accord, donc vous êtes à peu près tous à suivre cette ligne directrice ?

196 E1 : Oui, voilà c'est ça.

197 J.S. : **Et justement, sur ce maintien en activité du résident, est-ce que tu**
198 **penses que ça représente un risque de récurrence pour le résident, le fait de,**
199 **après qu'il ait chuté, de vouloir le maintenir en activité ?**

200 E1 : Alors j'allais dire c'est un risque, mais un risque calculé qui est souvent en
201 accord avec les familles. De toute façon une chute forcément entraîne un échange
202 avec les familles car elles sont prévenues. Après je pense que c'est quelque chose
203 sur lequel on échange, là où on sait que l'on peut, où on sait que l'on va pouvoir
204 récupérer cette habitude et du coup maintenir un peu ce rythme de vie que la
205 personne avait avant. Même en calculant les risques, en disant que voilà la chute
206 n'est pas inévitable, du coup, si la famille est d'accord, dans ce cas-là on maintien
207 cette recherche d'activité. Après il y a aussi des familles qui peuvent être
208 traumatisées par la chute, parce que dès fois c'est quand même très
209 impressionnant, parce qu'il y a des résidents qui se retrouvent avec des
210 hématomes, et qui du coup sont parfois contre cette reprise d'activité. Dès fois c'est
211 une demande de passage en fauteuil roulant, voir même de contention au fauteuil
212 pour éviter cette chute. Après, ça malheureusement on n'est pas les seuls à en
213 décider, donc bon. Mais de toute façon la reprise de l'activité chez un résident
214 chuteur forcément entraînera une prise de risque, après qui peut être calculée et
215 limitée parce que du coup on va vérifier, on va essayer de mettre en place le fait
216 que le résident ait une aide technique qui lui corresponde si c'est nécessaire, on va
217 vérifier qu'il est chaussé parce que c'est quand même un des plus importants
218 facteurs qui entraîne la chute. Voilà on va essayer de limiter la prise de traitements.
219 Voilà accompagner sur les différents facteurs sur lesquels on peut intervenir, en
220 terme matériel et/ou humain. Après voilà, on ne peut pas, le risque 0 n'existe pas.

221 J.S. : **D'accord. Et du coup est-ce que tu peux me parler d'une situation,**
222 **peut-être que tu as rencontré, où du coup t'as pris en compte, avec l'équipe**
223 **et la famille, ce risque de récurrence en décidant de maintenir l'activité ?**

224 E1 : Par exemple en ce moment on a plusieurs résidents qui souffrent, nous en
225 fait les chutes ça concerne beaucoup de résidents qui ont une démence, et qui
226 déambulent. Donc là en ce moment, il y en a deux qui déambulent beaucoup. Et du
227 coup, on a mis en place ici un « espace famille ». C'est une réunion qui se déroule
228 une fois par mois, qui dure une heure, où toute l'équipe soignante qui s'occupe du
229 résident est présente : aide-soignante, IDEC, le médecin coordonnateur, la
230 psychomotricienne, la psychologue, moi et souvent une maîtresse de maison, qui
231 du coup s'occupe de la partie hôtellerie. Donc on reçoit une famille pour parler de
232 la prise en charge du résident. Donc souvent pour un résident où voilà il y a

233 beaucoup de chutes, on invite du coup la famille à venir nous rencontrer pour
234 vraiment décider de la prise en charge, et du coup jusqu'où on peut prendre le risque
235 de se dire « on continue à stimuler au niveau de l'activité, et à quel moment pour
236 eux, c'est quelque chose qu'ils ne peuvent plus gérer d'une certaine manière ».

237 J.S. : D'accord.

238 E1 : Donc du coup ça nous permet de savoir dans quelle direction on va. Donc
239 du coup, il y a une résidente qui chute très régulièrement qui a une inversion
240 jour/nuit, qui a entraîné beaucoup de chutes. C'est une dame qui prend beaucoup
241 les escaliers, parce qu'elle n'a plus la capacité de prendre l'ascenseur et comme
242 c'est quelqu'un qui déambule beaucoup.

243 J.S. : A oui d'accord.

244 E1 : Donc du coup elle ouvre les portes, et quand elle tombe sur les escaliers,
245 elle les prend. Donc on avait décidé d'abord pour elle de continuer de la stimuler au
246 niveau des activités. Donc déjà on a essayé de réorganiser un peu ses journées,
247 que la nuit elle dorme et qu'elle soit stimulée la journée. Donc la nuit, comme il y
248 avait également des chutes, c'est une dame qui dort avec un sécuridrap.

249 J.S. : C'est quoi ? Ca me dit quelque chose.

250 E1 : C'est une grenouillère pour adulte, c'est attaché au cadre du lit, avec une
251 culotte qui permet de maintenir le bassin en position. Mais par contre, ça permet de
252 bouger, de dormir sur le côté. Moi j'ai dormi une nuit dedans pour voir l'essayer
253 avant de le mettre au résident et tu dors correctement, sauf que ça limite la
254 déambulation. Et on s'est rendu compte que vu que ça avait un effet cocooning, ça
255 permettait souvent aux résidents de s'endormir plus facilement. Donc c'est une
256 dame qui a un sécuridrap, qui maintenant dort correctement la nuit, donc déjà il n'y
257 a plus la déambulation et le risque de chute. Et du coup c'est une dame qui avait
258 l'habitude de beaucoup marcher à domicile. On a donc mis en place une prise en
259 charge pluridisciplinaire. Elle va avec ma collègue psychomotricienne aux ateliers
260 gymnastique. C'est assez compliqué car c'est une dame qui a déjà une démence
261 bien évolué, donc qui ne comprends pas forcément les consignes, mais elle aime
262 participer au groupe donc du coup elle va à l'atelier gymnastique. Elle a repris de la
263 kiné, pour le renforcement musculaire. Moi je j'ai revu tout ce qui était aménagement

264 de la chambre, parce que c'est une dame où ses enfants avaient amené beaucoup
265 d'affaires de la maison. Sauf que du coup l'espace de déambulation était trop
266 occupé, donc il y avait des chutes en chambre. On a revu également tout ce qui
267 était chaussage parce que c'est quand même important. On avait essayé la mise
268 en place d'une aide technique sur la marche sauf que, ça n'a pas fonctionné parce
269 qu'elle n'a plus de capacité d'apprentissage. Par contre, c'est quelqu'un que
270 j'accompagne une à deux fois par semaine, à marcher dans l'établissement, dans
271 les escaliers puisque c'est quelque chose fait quotidiennement, et également dans
272 le jardin où on fait des exercices de marche, avec de l'équilibre. Quand on est en
273 individuel elle comprend mieux les consignes donc c'est plus facile. C'est un dame
274 où on a repris la marche parce qu'elle avait été installée au fauteuil, suite à la chute,
275 sur demande du médecin traitant. Sauf que c'était une dame qui cherchait toujours
276 à se lever. Donc on est parti avec l'accord de la famille qu'on avait deux solutions :
277 soit la contentionner au fauteuil mais du coup il y avait un risque de grabatisation,
278 soit on maintenait la marche mais du coup on essayait de limiter un peu les risques
279 de chute. Maintenant il y a moins de chute. Il y en a toujours, mais des chutes qu'on
280 arrive quand même à limiter, et du coup voilà pour l'instant, avant elle ne mangeait
281 plus seule, maintenant elle arrive de nouveau à manger une partie de son repas
282 seule.

283 J.S. : Ah et du coup il y a eu des influences sur d'autres activités ?

284 E1 : Je dirais que chez la personne âgée, toute stimulation sur une activité
285 entraîne forcément une amélioration sur les activités de vie quotidienne, parce que
286 c'est aussi une reprise de confiance en soi, de pouvoir faire un peu seul. Après il y
287 a toujours le fait qu'il faut adapter au jour le jour parce que tout est totalement
288 différent d'une journée à l'autre selon la fatigabilité, selon l'humeur, la nuit qu'ils ont
289 passé *etc.*, mais faire même une toute petite activité, par exemple se laver le visage
290 le matin même si ce n'est pas faire toute sa toilette tout seul, on se rend compte
291 que ça a un effet boule de neige sur tout le reste. Comme la chute qui peut entraîner
292 la grabatisation, parce que c'est la perte de la marche qui entraîne le fait de, plus
293 d'alimentation, un alitement.

294 J.S. : Et là cette résident n'arrivait pas à manger, comment ça se traduisait ? Elle
295 pouvait s'installer à table, mais elle n'avait plus le réflexe ?

296 E1 : Alors c'est passé aussi par une période de refus parce que du coup elle
297 avait été installée au fauteuil roulant. C'était quelque chose qu'elle refusait, où elle
298 essayait toujours de se lever et du coup le temps qu'elle passait à table c'était un
299 temps où elle ne comprenait pas, où c'était « vous ne voulez pas que je marche,
300 donc du coup je refuse ».

301 J.S. : Ah d'accord c'était pour manifester et maintenir l'opposition au fauteuil
302 roulant ?r

303 Voilà, donc du coup on était plutôt parti, avec l'accord de la famille, sur une
304 reprise de l'activité, et donc une restimulation au niveau de l'alimentation

305 J.S. : **D'accord. Et toi quand tu participes à projet comme celui-là, de plutôt,**
306 **favoriser l'activité plutôt que de prévenir à tout prix le risque de récurrence de**
307 **chute, quelles sont les raisons qui te motivent vraiment dans cette démarche-**
308 **là ?**

309 E1 : Hm, bin alors déjà parce que ça fait partie, par exemple quand c'est sur des
310 habitudes de vie, c'est quelque chose qui fait partie du résident depuis longtemps.
311 Et parce que l'activité, chez la personne âgée, c'est le maintien de la vie. Le jour où
312 ils perdent leur activité, ça entraîne la grabatisation et du coup on sait que c'est
313 accompagnement qui est différent. Ça sera un accompagnement de fin de vie. Mais
314 voilà la personne âgée, l'activité c'est son quotidien, c'est la vie. Parce qu'en fin de
315 compte leurs activités sont souvent déjà assez réduites à un certain âge, donc tout
316 ce qui est activité de vie quotidienne c'est ce qui peut rester et ce qui peut être fait
317 seul. Après ce n'est pas forcément toujours évident avec les équipes, à leur faire
318 comprendre. Mais un résident qui fait peu, mais qui fait seul, c'est toujours quelque
319 chose de gagné et pour eux c'est toujours quelque de gratifiant, de stimulant, ça
320 ralentit la grabatisation. Donc si on peut on va dire, reculer, ralentir la date ... de
321 grabatisation c'est un petit bonus.

322 J.S. : **Oui c'est vrai. Et est-ce que tu as l'exemple d'une situation où, au**
323 **contraire, finalement vous avez décidé, jugé qu'il était nécessaire, de réduire**
324 **les activités ?** Peut-être que tu m'as répondu juste avant en me disant, que au
325 début vous essayez de voir s'il était possible de remettre en place certaines
326 activités. Et puis que si vous voyiez que ça se perdait...

327 E1 : Alors après, la personne âgée c'est un peu différent. Mais on se rend
328 compte qu'à un moment, souvent la chute du coup entraîne quand même la
329 grabatisation, entraîne le syndrome de glissement et que du coup, chez un résident
330 chez qui on va, par exemple la dame chez qui on a réussi à reprendre la marche,
331 donc du coup l'alimentation, une partie de la toilette *etc.*, je pense que à un moment
332 ou à un autre, il y aura la chute de trop, qui entraînera, où voilà du coup il n'y aura
333 pas de retour en arrière possible. Donc ce qu'on a fait maintenant, dans 6 mois, 1
334 an, 2 ans, ça sera pas forcément possible, parce qu'elle aura plus forcément les
335 capacités cognitives, ni les capacités fonctionnelles de toute façon et que voilà, il y
336 aura un refus de sa part, ou en tout cas elle n'adhérera plus à la prise en charge. Et
337 où du coup, bin voilà à ce moment-là, c'est aussi la limite de notre prise en charge,
338 c'est que, essayer de faire faire à un résident, seul, c'est bien. Mais le jour où il ne
339 le veut plus, si il n'est plus acteur de la prise en charge en fait, bah c'est là où notre
340 limite elle arrive et où du coup on est plus dans la prise en charge.

341 J.S. : **D'accord, donc ce serait la limite jusqu'à laquelle on peut pousser**
342 **quelqu'un à se maintenir en activité. Enfin ce serait une des limites, le désir**
343 **du résident ?**

344 E1 : Oui parce que de toute façon, dans n'importe quelle prise en charge, le
345 résident qui est passif, t'arriveras pas à lui faire récupérer ce qu'il peut avoir perdu.
346 Donc temps que le résident est acteur de la prise en charge, même si c'est sur
347 quelque chose qui nous paraît anodin, par exemple se laver le visage, c'est toujours
348 ça qui est pris et que la personne fait seule. Le jour où elle veut plus, ou ne peut
349 plus parce qu'elle n'en a plus les capacités, nous à ce moment-là c'est un peu la
350 limite de notre prise en charge. Donc du coup après c'est une prise en charge
351 différente, on ne sera plus dans la recherche de limiter la grabatisation. Là ce sera
352 du coup, soulager, avoir du confort...

353 J.S. : D'accord, faire en sorte que la fin de vie se passe le mieux possible, donc ?

354 Oui voilà.

355 J.S. : **Et quand tu dis qu'à un moment, par exemple, c'est la chute de trop,**
356 **est-ce que tu penses que ce serait, par exemple dans la balance bénéfice-**
357 **risque du maintien en activité, à partir de ce moment-là, la balance elle penche**

358 **plutôt vers le risque quand on arrive à moment où la personne n'a plus les**
359 **capacités pour être dans cette prise en charge là, ce serait la limite en fait à**
360 **partir de laquelle on ne peut plus maintenir une personne en activité ?**

361 E1 : Sauf, alors oui, alors après maintenant c'est vrai qu'on essaye, on en a un
362 peu discuté avec ma collègue psychomotricienne, on essaye surtout de, ce qu'on
363 aimerait, là on n'a pas encore réussi, c'est en fin de compte, réussir à évaluer avant
364 cette dernière chute. Parce qu'on se rend compte que par exemple un résident qui
365 est à risque de chute, soit on décide avec les équipes, la famille *etc.*, de maintenir
366 en activité et du coup on sait qu'il y a un risque et du coup on risque d'aller jusqu'à,
367 ce qu'on appelle la chute de trop, et donc d'aller jusqu'à la grabatisation., mais où
368 souvent du coup les apprentissages ne sont plus possibles, alors du coup nous ce
369 qu'on aimerait, mais encore compliqué à mettre en place, c'est évaluer le moment
370 entre lequel ça serait bien de faire l'apprentissage du déplacement en fauteuil, parce
371 qu'en fin de compte il y a des personnes qui sont grabataires mais qui pourraient
372 très bien se déplacer un peu en podal. Mais souvent comme on est allé trop loin
373 parce qu'on voulait maintenir dans l'activité, il n'y a plus cette capacité. Du coup
374 c'est vrai qu'on essaye en tout cas, de réfléchir au moment où on pourrait essayer
375 d'optimiser, essayer, alors, on s'est dit peut-être voilà un apprentissage pour les
376 personnes déambulantes, qui marchent, faire des petits ateliers avec par exemple
377 des fauteuil roulant, essayer en fin de compte comme c'est quelque chose qui n'est
378 pas dans le quotidien d'une personne saine, de prévenir cette utilisation du fauteuil
379 pour que du coup, même si il y a la chute et même si on décide que, en tout cas
380 l'activité au niveau de la marche, on la reprendra pas, parce qu'en fauteuil roulant
381 on peut avoir d'autres activités, mais du coup que ça soit une activité autre mais qui
382 est celle de se déplacer tout seul en fauteuil roulant par exemple.

383 J.S. : Ah oui c'est intéressant, je trouve l'idée intéressante d'optimiser les
384 capacités avant dans un tournant comme ça.

385 E1 : Le problème c'est que d'un résident à l'autre, le moment n'est pas forcément
386 le même, l'entrée dans la grabatisation ne va pas forcément avoir la même cause
387 non plus, et que du coup c'est assez compliqué. Et en même temps proposer des
388 ateliers, c'est aussi compliqué l'approche du fauteuil roulant.

389 J.S. : Oui, ça doit être difficile de comprendre pourquoi on nous amène comme
390 ça, un fauteuil roulant.

391 E1 : Donc du coup c'est vrai que c'est un peu, réussir à avoir les résidents qui
392 participent de manière volontaire à un atelier où on leur apprend à se servir d'un
393 fauteuil roulant, bon on est encore en train de réfléchir, mais c'est voilà, c'est un peu
394 le petit point où on se dit, la grabatisation elle arrive aussi parce qu'on a pas su
395 évaluer en amont.

396 J.S. : Mais peut-être aussi parce que ça ne peut pas être évité ?

397 E1 : Oui, alors, aussi mais après un résident en fauteuil roulant qui a chuté,
398 souvent c'est, on sait que voilà, il va y avoir une grabatisation. Après un résident qui
399 chute, mais qui peut savoir un peu se débrouiller en fauteuil, se déplacer, c'est sûr
400 qu'il y aura une perte d'acquis mais qui du coup ne sera pas non plus une
401 grabatisation. Donc voilà on cherche, peut-être qu'on va finir par trouver !

Annexe 8: Entretien n°2

Le 04.05.2016. Au sein d'un EHPAD en région parisienne – Rendez-vous à 11h le matin – Environ 45 minutes d'échange.

402 Jeanne Scialom : Bonjour, nous allons faire un entretien à propos de mon
403 mémoire sur la prévention de la grabatisation du résident chuteur en EHPAD, qui
404 va durer entre 30 et 45 minutes.

405 **Donc pour commencer j'aimerais savoir depuis combien de temps tu**
406 **es ici sur cette structure ?**

407 Ergothérapeute 5 : Ça fera 4 ans, tout début juillet. C'est mon premier poste.
408 Donc c'est la seule institution dans laquelle j'ai pu exercer. Du coup en fait c'est un
409 groupement, ça s'appelle de GCSMS, ça veut dire le groupement de coopération
410 sociale et médico-sociale. Donc en fait, il y a un grand nombre d'établissements qui
411 regroupent, qui sont groupés. Ils sont tous dirigés par le même directeur, qui est
412 Monsieur T et qui a ouvert au fur et à mesure différentes maisons.

413 J.S. : D'accord

414 E5 : Donc il y a le site de B. ici. Je vais vous évoquer les quatre sites sur lesquels
415 on intervient avec ma collègue ergothérapeute. Donc il y a B., qui est le site
416 principal. Il y a une petite structure à N. de 36 résidents où j'interviens. Ma collègue
417 intervient, elle, à O. où il y a 86 résidents, et N'. où il y a 16 résidents. Donc en fait
418 on est deux ergothérapeutes pour 380 résidents, pour 4 postes budgétés. Donc on
419 est en sous-effectif en fait. Après c'est un contexte qui vaut pour un peu toutes les
420 professions dans le groupement. On est tous un peu en sous-effectif.

421 J.S. : Oui, du coup ça fait beaucoup de résidents.

422 E5 : Ça fait beaucoup de résidents et ce n'est pas la même pratique du coup
423 enfin on ne peut pas proposer les mêmes choses quand on est deux pour 200 ou
424 quand on est deux pour 400 quoi du coup. Donc ça demande de se réadapter dans

425 la manière d'intervenir auprès des gens. C'est différent, beaucoup moins
426 d'individuel aussi.

427 J.S. : Oui du coup c'est plus d'intervention en groupes, de choses comme ça...

428 E5 : Oui, ou alors beaucoup de matériel. Ou on essaye d'intervenir plus au
429 niveau des équipes soignantes aussi pour que les relais soient pris comme on ne
430 peut plus être là aussi souvent et voilà.

431 J.S. : D'essayer de former du coup ?

432 E5 : Voilà, exactement.

433 J.S. : ***Du coup vous êtes à plein temps sur l'EHPAD ?***

434 E5 : Oui tout à fait.

435 J.S. : **Et vous êtes à combien de temps sur chacune des structures sur**
436 **lesquelles vous intervenez ?**

437 E5 : Heu, ça va faire du 90% à B., et du 10 % à N. Du coup comme il y a 236
438 résidents à B et qu'il y en a 36 ici, bah forcément du coup les équipes de N. sont
439 beaucoup plus autonomes aussi parce que beaucoup plus habituées à se retrouver
440 livrées à elles-mêmes finalement. Moi je ne peux pas toujours intervenir dans
441 l'urgence, et aussi on ne travaille pas le week-end. Donc si il y a un souci le vendredi
442 soir et bien elles sont obligées de trouver des choses aussi pour tenir jusqu'au lundi.

443 J.S. : Je n'ai pas bien compris quelques chose : à B. est-ce votre et collègue et
444 vous-même intervenez au même moment sur la structure ?

445 E5 : Tout à fait. On a une répartition des services que l'on s'est dispatchées
446 entre nous. J'en ai un peu plus qu'elle parce que du coup elle a plus de résidents à
447 O. Mais en tout cas on a essayé de s'équilibrer par rapport au nombre de résidents.
448 Après on s'est réparties au niveau des services, en fait là le choix de l'institution a
449 été de répartir les résidents en fonction de leur niveau d'autonomie. Je préfère parler
450 d'autonomie plutôt que de dépendance, même si l'on se base sur la dépendance
451 des gens et pas leur niveau d'autonomie, enfin si mais en voyant le côté négatif en
452 fait. Donc du coup il y a des services où les gens sont grabataires, donc la prise en
453 soin n'est pas la même que pour des résidents qui sont encore autonomes et plutôt

454 valides. Et aussi on a des services sécurisés pour les pathologies de type Alzheimer
455 et maladies apparentées. Donc là où c'est des services fermés, c'est encore autre
456 chose. Donc on a essayé de se répartir pour avoir la même proportion de travail.
457 Parce que le travail dans les services où les gens sont grabataires, et bien ça va
458 être autour de l'installation, du positionnement, de beaucoup de matériel. Et ce n'est
459 pas du tout la même intervention par exemple dans les services sécurisés où là, on
460 va proposer des groupes thérapeutiques, des ateliers, ce sera différent.

461 **J.S. : Du coup, au niveau des chutes des résidents, combien vous en**
462 **recensez dans l'année ?**

463 E5 : Pour vous répondre je me base sur l'année 2015, dans la plus grosse
464 structure c'est-à-dire B. où il y a 236 résidents. Il y a 594 chutes déclarées, je dis
465 bien déclarées. Ça veut dire qu'il y en a d'avantage, parce qu'il y a des gens qui
466 peuvent se relever tout seul et si ils ont des troubles de la mémoire ils ne vont pas
467 forcément maintenir l'information « je suis tombé », donc pas forcément la relayer.
468 Voilà, et puis il peut y avoir des chutes la nuit ou des choses comme ça qu'on ne
469 voit pas. Sachant qu'une chute, ce n'est pas forcément le fait de tomber au sol. On
470 peut chuter dans un fauteuil par exemple. Le fait de s'affaler, une perte d'équilibre
471 qui survient et que la personne s'effondre dans un fauteuil, elle n'est pas tombée au
472 sol mais elle est quand même tombée dans le fauteuil. En tout cas au niveau du
473 ressenti au niveau de la perte d'équilibre, la peur que ça peut engendrer etc. ça
474 reste quand même une chute. Donc c'est sous-évalué les chiffres que je vous
475 donne. Donc on a 594 chutes qui ont été déclarées. Et il y a 124 résidents qui sont
476 concernés au total. Du coup, avec ma collègue on avait fait un petit pourcentage et
477 on est arrivé à un peu moins de 5 chutes par résidents et par ans, pour les résidents
478 chuteurs. Sachant que c'est faux en fait cette moyenne, parce que parmi les 124
479 résidents, il y en a qui ont chuté une ou deux fois dans l'année et d'autres qui vont
480 avoir chuté par exemple 10 fois, du coup ce n'est pas les mêmes profils en fait. Ça
481 dépend aussi du type de service dans lequel, enfin, comment dire, les chutes sont
482 très fréquentes par exemple en service sécurisé, parce que c'est un espace qui est
483 ouvert à la déambulation où on a un autre regard sur les troubles du comportement,
484 parce que la déambulation est un trouble du comportement. Du coup, c'est vécu
485 différemment aussi par les équipes, et donc il n'y a pas la même approche.

486 J.S. : Du coup, est-ce que ce nombre de chute vous trouvez ça beaucoup, ou
487 peut-être une norme par rapport au nombre de résidents ?

488 E5 : Dans tous les cas, c'est sûr que c'est trop. L'idéal serait que les gens
489 puissent garder leur liberté de mouvements, leur autonomie dans leurs
490 déplacements et qu'en même temps on ait un environnement qui soit complètement
491 sécurité. De pouvoir vraiment mener une enquête pour chaque chute et trouver
492 l'origine, penser aux conséquences que ça a derrière, évalué les choses et
493 malheureusement ce n'est pas toujours possible et du coup, je pense que le travail
494 que l'on fait autour des chutes n'est pas toujours idéal. On n'a pas forcément
495 toujours les moyens d'aller au fond des choses. Donc on fait au mieux avec ce que
496 l'on a et le temps qui nous est imparti.

497 J.S. : **Du coup sur cette part de temps que vous passez sur B. combien de**
498 **temps vous passez autour de cette problématique de chute ?**

499 E5 : Je dirais 30% du temps, pour des interventions directes ou indirectes. C'est-
500 à-dire que les interventions directes ça va être le contact d'une chute. Moi je lis les
501 transmissions écrites sur les dossiers informatisés. Je constate le matin en arrivant
502 qu'une personne a chuté, donc j'essaye de mener l'enquête pour connaître les
503 circonstances de la chute, aller voir la personne aussi pour évaluer les choses : est-
504 ce qu'elle a un souvenir de cette chute, est-ce qu'elle est en verbalise certaines
505 choses, est-ce qu'elle exprime une peur du coup, ou au contraire est-ce qu'elle
506 banalise. Ça permet de voir aussi quel est le vécu de la chute pour la personne. Et
507 puis après c'est aussi s'occuper des conséquences directes : si il y a une fracture,
508 il faut que la personne soit hospitalisée, quand elle revient il faut mettre en place
509 une installation le temps de la consolidation osseuse. Il faut prévenir les
510 complications, donc si c'est quelqu'un qui se retrouve souvent alité, il faut qu'on
511 prévienne l'apparition des escarres, voilà les positions vicieuses, maintenir un bon
512 positionnement orthopédique. Après on a des interventions qui sont moins directes
513 et ça ne va par exemple concerner le chaussage de la personne, parce que je ne
514 sais pas si vous connaissez les facteurs de survenue de la chute, mais il y a l'état
515 nutritionnel de la personne. Il y a aussi son chaussage et du coup c'est quelque
516 chose que l'on essaye de réévaluer et de voir si les chaussures que portent la
517 personne sont bien adaptées, est-ce qu'elle a chuté dans un contexte où elle n'avait

518 pas de chausson, si c'était la nuit, voilà. On essaye de voir aussi un lien avec
519 l'incontinence urinaire et fécale : si c'est quelqu'un qui se lève la nuit pour aller aux
520 toilettes mais qui a la sensation trop tard, et qui du coup le temps que la personne
521 se déplace jusqu'à la salle de bain, elle n'a pas le temps d'y arriver du coup elle
522 peut uriner sur elle ou déféquer sur elle et se retrouver en danger parce que du
523 coup on a un sol qui va être glissant, ça arrive souvent.

524 J.S. : Et puis ça peut être inquiétant, angoissant de se retrouver dans cette
525 situation pour elle.

526 E5 : Au-delà de la chute, la problématique de l'incontinence peut être très mal
527 vécue et qui l'est très généralement. Le fait de ne plus maîtriser quelque chose de
528 très archaïque, c'est souvent très mal vécu. Et ce que ça sous-entend derrière, non
529 seulement c'est un deuil d'une capacité le contrôle sphinctérien et en plus ça veut
530 dire que derrière c'est quelqu'un qui va venir vous nettoyer, vous changer, vraiment
531 ça peut mettre dans une position infantilisante de régression. Donc on essaie, si on
532 s'aperçoit que la personne a chuté la nuit dans ce contexte là où elle a voulu aller
533 au toilette et s'est uriné dessus avant et bien du coup on reprend les choses en
534 équipe et on essaye de voir, de lui mettre en protection qui soit vraiment adaptée.
535 Si c'est quelqu'un qui retire sa protection la nuit et qui du coup se retrouve dans
536 cette situation là le matin et bien on peut peut-être envisager de mettre en place
537 une contention, un habit spécifique que la personne ne peut pas enlever et qui fait
538 qu'elle ne pourra pas enlever la protection mais ça c'est vraiment évalué et décidé
539 en équipe et c'est la dernière solution que l'on propose en général parce que la
540 contention prive quand même la personne de ses libertés. Une personne qui est
541 déjà en EHPAD, il y a déjà une perte des identités, on perd son logement, voilà tout
542 un ensemble de choses, ça vient se surajouté en général. Voilà donc 30% moi
543 j'estimerai à 30% le temps, entre l'évaluation direct, on va aussi évaluer les aides
544 techniques aux déplacements, est-ce qu'elle est bien adaptée, est-ce qu'il y en a
545 une en place. Donc il y a aussi un temps d'apprentissage, de réévaluation.

546 J.S. : Oui ça prend beaucoup de temps. C'est pour ça, je crois que votre collègue
547 m'a donné à peu près le même pourcentage, et avec tout ce que vous venez me
548 décrire, ça fait beaucoup de choses à faire et j'ai l'impression de temps que c'est
549 très efficace dans le temps que vous y passez ?

550 E5 : En fait il faut être au clair sur la connaissance du résident parce que c'est
551 un atout dans la prise en soins. Si on sait que c'est quelqu'un qui fait des crises
552 d'épilepsie, il y a plus de risque qu'il y ait une chute. S'il y a chute, on ne sait pas
553 forcément les circonstances de la chute mais on peut se dire aussi que ça peut être
554 une crise comicale. Donc la connaissance que l'on a du résident va nous permettre
555 d'aller plus vite, dans notre analyse du contexte de la chute et très important : la
556 connaissance que l'on a de la personne va nous permettre d'intervenir je pense de
557 manière plus adaptée, plus personnalisée à cette personne justement. Ça c'est j'ai
558 l'impression de le voir de plus en plus dans ma pratique. Enfin j'ai l'impression que
559 c'est quelque chose auquel je prête plus attention qu'avant. C'est-à-dire que ce n'est
560 pas parce qu'il y a un souci, une difficulté, en théorie on est censé faire quelque
561 chose, en fait ce n'est pas si simple, sinon on ferait des fiches techniques et on
562 n'aurait pas besoin d'ergothérapeutes et en fait il y a tout le contexte de la
563 personne : son rapport à l'aide. Parce qu'il y a des gens sans pathologie qui ont
564 déjà du mal à accepter l'aide de quelqu'un. Donc il faut aussi se rendre compte d'où
565 en est la personne par rapport à ça. Après il y a aussi la notion de volition, de la
566 volonté qu'a la personne de préserver certaines activités même si ce n'est pas bon
567 pour sa sécurité. Je veux dire, encore une fois, sans pathologie, on prend tous des
568 risques dans notre vie et on a la liberté de pouvoir le faire ou pas en fait. Donc
569 j'essaye de porter d'avantage attention à ça et de comprendre dans quelle
570 dynamique se trouve la personne, si ce qui est le plus fort c'est la volonté de
571 marcher *etc.* et bien même si il y a des risques ... voilà. Et puis en plus la manière
572 dont on conçoit la relation qu'on a aux personnes âgées, ou en dehors de l'institution,
573 il y a souvent un inversement des rôles entre les enfants et les parents par exemple.
574 Donc le parent, la personne âgée se retrouve dans une position un peu infantilisante
575 parfois par rapport à ses enfants, sous couvert de sécurité, de protection *etc.* Et en
576 fait on peut avoir la même attitude en tant que soignant c'est-à-dire qu'on sait ce
577 qu'il faut pour la personne pour qu'elle aille bien *etc.* mais sauf que ce n'est pas
578 forcément ce que la personne elle veut en fait. Et chacun est, finalement, est libre
579 de pouvoir décider d'être soigné ou pas, d'accepter une aide ou pas, voilà. Donc en
580 fait je me suis rendue compte dans ma pratique que ma démarche elle a évolué et
581 de plus en plus quand je m'adresse aux résidents maintenant j'accentue sur le fait
582 que c'est une proposition que je leur fait et qu'ils restent décisionnaires de leur
583 santé. Enfin leur santé leur appartient moi je suis là pour leur amener un point de

584 vue d'expert en terme d'autonomie *etc.* mais j'essaie au maximum de les laisser
585 acteur de leur décision. Et d'ailleurs j'ai le sentiment que la manière d'amener les
586 choses comme ça, ça a tendance à apaiser et il y a moins d'opposition en fait.
587 Puisque je les laisse acteur et décisionnaire des choses je suis là pour une
588 proposition. Ils me disent souvent « je suis désolée », mais « ne le soyez pas »,
589 c'est pour vous il n'y a pas de problème donc. C'est ce dont je me rends vraiment
590 compte par rapport à ma pratique. Et du coup on essaie d'avoir une réflexion
591 commune, avec bien sûr ma collègue ergothérapeute et avec mes collègues
592 psychomotriciennes *etc.*

593 J.S. : Oui vous essayez d'aller dans la même direction en fait ?

594 E5 : Totalement, on essaie d'avoir une vision la plus humaniste possible de la
595 personne, le respect de l'humanité de la personne. Et avant d'être une personne
596 âgée c'est une personne. D'ailleurs on évite de parler de personne âgé, on essaie
597 d'avoir le terme d'adulte âgé. Ça reste des adultes. Même le terme d'utiliser le terme
598 de personne âgée en enlève quelque chose de l'adulte.

599 J.S. : oui c'est cette notion d'être adulte et de pouvoir prendre ses décisions ?

600 E5 : Tout à fait, et même pour des gens qui sont très atteints d'un point de vue
601 cognitif, où l'on se dit que cette personne n'est plus en capacité de prendre une
602 décision, et bien on essaie quand même de, au maximum, d'avoir ce consentement
603 de la personne, de laisser s'exprimer ce qu'elle est finalement. Parce qu'on est
604 aussi, nous dans la possibilité de s'opposer à des choses, ou d'y adhérer au
605 contraire. Donc on essaie vraiment de respecter ça au maximum.

606 J.S. : **Ce respect de la volonté du résident, c'est vraiment quelque chose**
607 **qui motive votre démarche, ce type de démarche ?**

608 E5 : Je dirais même qu'au-delà des chutes, j'ai une résidente par exemple qui
609 est hémiplégique et qui a des escarres redondantes qui ont tendance à évoluer de
610 manière positive quand on met des choses en place. Et après ça réapparaît parce
611 qu'elle refuse les positionnements *etc.* Et bah, elle refuse le matelas à air, elle refuse
612 les changements de position en décubitus latéral, et bien je ne peux pas, c'est elle
613 qui souffre au final, donc elle a le droit de décider « je ne veux pas ça ». Même si

614 on sait que ça va jouer sur son état de santé, sur son état psychologique, on essaie
615 au maximum de laisser les gens libres.

616 J.S. : Ce serait alors la limite en fait, on ne peut pas, ça serait un peu la limite à
617 partir de laquelle on ne peut plus agir cette volonté du résident ?

618 E5 : Ce sera une des limites. Cela dit, on est parfois obligé d'intervenir contre la
619 liberté de la personne. Du coup j'anticipe un peu sur le reste de l'entretien.

620 J.S. : Peut-être que l'on peut revenir sur la grabatisation et puis ensuite continuer
621 sur ce que vous étiez en train de m'expliquer ?

622 E5 : D'accord, c'est mieux comme ça.

623 J.S. : Sur les résidents qui chutent, quelle est la part des résidents qui va se
624 grabatiser ?

625 E5 : Là ce qui est compliqué c'est qu'il y a une part de temporalité. C'est-à-dire
626 qu'il y a des gens qui vont atteindre cet état grabataire rapidement, et d'autres où
627 ça viendra beaucoup plus tard. Donc c'est assez dur. Je n'ai pas de réponse à vous
628 donner clair là-dessus parce que je trouve ça très difficile d'estimer les choses. Et
629 on a des contextes où il y a des gens qui vont chuter énormément de fois sans
630 atteindre l'état de grabataire. Il y a des gens qui mourront debout, même si ils sont
631 chuteurs. Et puis d'autres, une chute et puis l'état général se dégrade et puis la
632 personne se retrouve dans une situation grabataire.

633 J.S. : **Et est-ce que selon vous c'est possible de repérer une personne qui**
634 **va tendre vers cet état grabataire ?**

635 E5 : Oui, je pense. On peut d'un point de vue somatique se dire que déjà, s'il y
636 a une fracture, c'est un élément qui ne va pas forcément être favorable. Il y a plus
637 de risque au vu de l'état osseux de la population âgée, au vu de la fonte musculaire
638 que cela peut impliquer de maintenir quelqu'un dans une certaine position le temps
639 de la consolidation osseuse. En fait, l'état grabataire aura moins de risque d'être
640 atteint si la fracture se consolide bien, si on a une bonne récupération des
641 amplitudes articulaires : parce que si c'est quelqu'un qui reste avec un flexum du
642 genoux, et bien ça va être compliqué, rien que d'un point de vue mécanique de
643 reprendre la marche par exemple. Si il y a des complications qui surviennent là-

644 dessus, quelqu'un qui s'est fracturé le genoux, qui a tendance à ne pas rester dans
645 le positionnement que l'on recommande au lit, qui retire son pieds de la décharge
646 talonnière, ou ce genre de chose, peut développer une escarres au talon par
647 exemple, qui peut entraver, si l'escarre atteint un stade très avancé on peut avoir
648 une atteinte au niveau du tendon d'Achille du coup ça remettrait aussi en question
649 les capacités de la marche, donc voilà c'est des choses qui peuvent entraver la
650 bonne récupération, et qui du coup nous indique aussi une probable grabatisation,
651 en tout cas une perte de la capacité de déplacement de manière autonome. Après
652 il y a aussi des données psychiques qui permettent d'appréhender plus ou moins
653 comment la personne va vivre par la suite. Et il y a notamment le traumatisme qui
654 est vécu par rapport à la chute et là il y a la notion du syndrome post-chute qui va
655 être très importante. Ça c'est vraiment un signal d'alarme pour nous, quelqu'un qui
656 va verbaliser beaucoup d'appréhension dans ses déplacements *etc.*, ça veut dire
657 qu'il y a une emprunte émotionnelle qui est très forte de la chute et que c'est
658 quelqu'un qui perd confiance en lui, en ses capacités qui a peur de tomber *etc.* Tout
659 ça va avoir une répercussion physique. Le fait que la personne âgée ait peur, elle
660 va perdre en fait les schémas moteurs de base et donc c'est quelqu'un qui, au lieu
661 de se lever en mettant son buste en avant et les fesses en arrière, il y a des gens
662 qui vont garder les pieds en avant par exemple, d'autres qui vont d'avantage
663 pousser sur leurs bras mais du coup il y a les pieds qui peuvent partir en avant
664 aussi, ou alors c'est des gens qui vont se lever en rétropulsion. Ce n'est pas du tout
665 fonctionnel. Et ils pensent éviter de se retrouver en situation de probable chute, et
666 en fait ils majorent les choses. Parce que le fait de se pencher en avant pour se
667 lever, ça doit être très réfractant. Quelqu'un qui a peur, d'aller vers le sol, donc la
668 personne va rester en retrait. Donc du coup il y a aussi des attitudes corporelles qui
669 vont se développer ou ce sont des gens qui peuvent aussi d'eux-mêmes limiter leurs
670 activités, par cette appréhension à se déplacer et faire des choses, par perte de la
671 confiance en soi.

672 J.S. : Oui pour vous c'est vraiment important cet aspect psychique du
673 phénomène.

674 E5 : Complètement. Pour moi on ne pas scinder l'aspect somatique et psychique
675 des choses. Il y a un équilibre là-dedans qui est, c'est d'après moi, on ne peut pas
676 réfuter ça, et ça se voit, enfin il y a des gens qui ont des capacités motrices

677 préservées, un corps en bonne santé, mais le psychisme ne suit pas et du coup il y
678 a une vraie, un vrai va et vient entre les deux et en fait c'est une unité : le corps et
679 l'esprit, je trouve vraiment. Il y a des personnes qui chutent mais on se demande
680 mais comment ils font pour continuer, pour qu'ils n'aient pas peur vraiment
681 incroyable ! Donc c'est vraiment important de prendre en compte l'unité de la
682 personne, vraiment hyper important. On ne s'occupe pas que d'un corps en plus.
683 Je pense que c'est des gens qui sont suffisamment destitués de ce qu'ils sont, de
684 ce qu'ils étaient *etc.* pour ne pas que l'on scinde encore une fois... Ce n'est pas
685 juste des objets de soin donc on essaie de préserver leur humanité encore une fois.
686 Pour moi le plus gros facteur qui risque d'amener cet adulte âgé à la grabatisation
687 c'est le syndrome post-chute, du coup la composante psychique. C'est la mémoire
688 émotionnelle en fait, la mémoire corporelle, du fait d'avoir chuté, que je sais que si
689 je me relève, je sais que la dernière fois que je me suis levée j'ai chuté, donc je ne
690 vais plus chercher à me lever. C'est vraiment cette mise à distance de l'activité.

691 **J.S. : Et du coup par rapport au maintien de l'activité, est-ce que vous**
692 **pensez que c'est un risque de récurrence de chute pour le résident ?**

693 E5 : Oui, parce qu'il faut savoir au niveau des statistiques, qu'un adulte âgé qui
694 a chuté a beaucoup plus de risque de récidiver. Donc oui. Clairement, ça c'est sûr.

695 **J.S. : Et est-ce que vous avez un exemple en tête, où vous et l'équipe avez**
696 **pris la décision d'accepter ce risque chez cette personne et de maintenir ses**
697 **activités autant que possible ?** Quand je parle d'activité j'entends la marche qui
698 est une des activités qui semble important pour freiner ce processus de
699 grabatisation.

700 E5 : Tout à fait. J'ai plusieurs exemples. Je pense à un monsieur qui était en
701 service sécurisé quand je suis arrivée et qui présentait une hypertension, c'était
702 quelqu'un qui était assez figé, très raide. A cause de cette raideur, il chutait assez
703 souvent et puis de manière, des grosses chutes. Les réactions parachutes n'étaient
704 plus présentes. Et en fait on a décidé de pouvoir maintenir chez cette personne
705 quand même ses déplacements et ses activités de manière globale. On avait
706 décidé, bon on part souvent assez loin et on se dit qu'une chambre capitonnée ce
707 serait génial parce que les gens peuvent bouger en toute liberté, même si ils
708 tombent, ils ne se feraient pas mal ou voilà. Ce n'est pas possible donc on avait

709 acheté pour cette personne un casque rembourré, et qui a fait que cette personne
710 a chuté de nouveau par la suite mais que les conséquences de ces chutes ont été
711 moindres. C'est quelqu'un aussi pour qui on a pu mettre en place des matelas de
712 sol, donc dans la chambre ça c'était quand la personne est au lit et qu'elle veut se
713 lever et qu'elle...

714 J.S. : C'est des matelas qui sont autour du lit ?

715 E5 : Ouais, ils sont plus fins. On les dispose autour du lit. Alors après c'est
716 toujours un peu compliqué parce que du coup ça va être un revêtement au niveau
717 du sol qui va être beaucoup plus meuble, enfin non beaucoup plus instable. Donc il
718 faut voir et tester comment ça marche. Parce que si on retrouve chaque matin la
719 personne en dehors du matelas de sol, ça veut que ça ne remplit pas son rôle.

720 J.S. : Mais du coup, le casque est-ce que ça a permis... parce que les blessures
721 qui étaient les plus fréquentes chez lui, c'était surtout au niveau de la tête

722 E5 : Voilà c'est ça. C'est quelqu'un qui pouvait tomber en arrière donc les chocs
723 au niveau de de l'occiput pouvaient survenir. C'est la seule solution que l'on a
724 trouvé, et ça a plutôt bien marché parce que c'est quelqu'un qui a pu rester en
725 service sécurisé plus longtemps. En fait quelqu'un qui se grabatise en service
726 sécurisé, qui perd la fonction de déplacement, il change de service. Il va dans un
727 service pour personnes grabataires. Parce que les services sécurisés sont faits pour
728 les gens qui ont la capacité de se déplacer et notamment des gens qui déambulent.
729 Faut pas forcément ce symptôme-là puisque c'est un trouble du comportement soit
730 présent mais il faut que la personne ait la capacité de se déplacer. C'est des
731 services où il n'y a pas de fauteuil roulant. Donc on les change de service quand
732 c'est plus possible pour eux. Donc ça a permis de reculer cette sortie du service
733 chez ce monsieur-là, qui maintenant est dans un service pour personnes
734 grabataires puisque sa maladie a évolué et son état ne lui permettait plus de rester
735 en service sécurisé et je pense que l'on a permis de repousser l'arrivée dans l'état
736 dans lequel il se trouve maintenant.

737 J.S. : Donc du coup vraiment toutes les personnes qui sont grabataires se
738 retrouvent dans le même service ?

739 E5 : En fait on regroupe par GIR. Les résidents dans les services sécurisés sont
740 en GIR 2 parce que d'un point de vue cognitif en général, il y a des atteintes qui
741 sont très importantes, donc c'est des gens qui vont avoir une communication
742 altérées, des troubles du jugement, au niveau de, le corps est préservé, la fonction
743 motrice est préservé mais l'aspect cognitif qui permet de maîtriser cette motricité est
744 trop atteinte donc du coup c'est des gens qui présentent des apraxies, des agnosies
745 et en fait qui se retrouvent limitées dans leurs activités quotidiennes à cause de ces
746 troubles cognitifs

747 J.S. : Est-ce que ces troubles cognitifs ça permettrait au résident, comme il y a
748 moins conscience du risque qu'il prend, de reprendre la marche plus rapidement et
749 de moins se grabatiser ?

750 E5 : En fait oui et non. En fait je pense que ça dépend vraiment des cas de
751 figure. Il y a des moments où les troubles cognitifs vont être un facteur plutôt
752 défavorisant dans le sens où la personne ne va pas forcément comprendre pourquoi
753 elle a une attelle de Zimmer au niveau de la jambe, pourquoi elle est dans un fauteuil
754 roulant alors que pour elle, elle peut marcher. Parce qu'il peut y avoir ça aussi, il
755 peut y avoir l'oubli de la chute, il n'y aura pas forcément de mémoire émotionnelle
756 importante, un vécu corporel marquant et du coup ce sont des gens qui veulent se
757 relever et là du coup à la fois positif parce qu'il y a cette volition de se relever, et de
758 reprendre les déplacements et en même temps, ça peut entraver la bonne
759 consolidation osseuse de la fracture, c'est très fréquemment qu'on voit un retrait de
760 l'attelle de Zimmer ou les gens qui ne laissent pas leur membre dans la botte de
761 décharge talonnière. Cela nous amène dans certains cas à devoir contentionner les
762 personnes, parce que ce n'est pas possible autrement. En tout cas dans les phases
763 de consolidation par exemple ou quand il n'y a pas encore d'appui possible du tout,
764 on en arrive là parfois malheureusement. Après ça donne des choses très
765 surprenantes, des gens qui se déplacent avec des fractures de cheville, voilà il y a
766 aussi une notion de douleur qui est modifiée, donc ça peut parfois être favorable à
767 une bonne récupération. C'est des gens pour la volonté de marcher sera plus
768 importante que la souffrance qui sera engendrée par une fracture et du coup là ça
769 sera plutôt positif.

770 Je repense aussi à une autre dame, qui était dans un service pour personnes
771 plutôt autonome et en fait on s'est rendu compte qu'elle chutait énormément jusqu'à
772 plusieurs fois par jour et en fait c'est quelqu'un qui a fini par changer de service. Elle
773 est maintenant en service sécurisé donc pour personnes déambulantes parce qu'en
774 fait on s'est rendu compte que c'était plus ça, que malgré le fait qu'elle chutait,
775 qu'elle ait des troubles de l'équilibre très importante, c'était plus fort que le reste,
776 que le danger, la peur de rechuter et en fait on a essayé d'accompagner la personne
777 là où elle en était. C'est-à-dire que malgré les chutes, elle continuait à se déplacer
778 donc c'est ça qu'on a décidé de préserver. Elle est maintenant en service sécurisé,
779 ça fait plus de 6 mois qu'elle y est et ses capacités de déplacement sont préservées.

780 J.S. : Mais du coup, ce passage d'un service à l'autre, ça lui a permis d'être
781 mieux surveillée et donc de moins chuter et donc de continuer à se déplacer en
782 marchant ?

783 E5 : Exactement, en fait vous avez tout compris. En fait le service où elle était
784 avant, c'était un service à un soignant, donc peu de disponibilité pour chaque
785 résident. Et là elle est entourée de 3 aides-soignantes et en fait on se rend compte
786 au niveau de la formation des aides-soignantes. Je vous dis l'approche de la chute
787 n'est pas du tout la même dans un service pour personnes déambulantes ou dans
788 un service pour personnes grabataires où les chutes sont peu habituelles. Ce n'est
789 pas le même point de vue. Moi je trouve que la liberté du résident est peut-être à ce
790 niveau-là mieux prise en compte dans un service sécurisé, parce qu'on a un autre
791 regard aussi sur l'aspect déambulation, donc expression de la maladie et on
792 accepte mieux je trouve. En tout cas pour ces deux cas-là, ça a été plutôt favorable.

793 J.S. : Ça revient à la question des représentations de la chute pour chaque
794 professionnel ?

795 E5 : Aussi, aussi. Il y a une énorme culpabilité qui est générée par ça chez les
796 soignantes. Ce qui fait que c'est compliqué parce qu'elles ont du mal à comprendre
797 qu'on se contente pas quelqu'un qui chute justement. Et qu'il y a, avant tout, le
798 respect de sa liberté. Elles se sentent responsables du fait que la personne chute
799 de nouveau donc il y a tout un travail aussi derrière à faire au niveau des équipes,
800 pour les déculpabiliser, pour leur expliquer qu'elles sont pas responsables des
801 choses, que c'est un choix de l'équipe de manière très large de préserver la liberté

802 de la personne. Elles verbalisent souvent aussi le regard des visiteurs par exemple
803 si quelqu'un est à terre et qu'une famille arrive, « bah oui mais ils vont croire que je
804 ne fais pas mon boulot, je ne surveille pas gens », donc il y a un vécu qui n'est pas
805 simple non plus pour les aides-soignantes. Donc on essaie de les déculpabiliser.

806 J.S. : Et du coup, ça, ça se passe pendant les réunions ou vous les croisez ?
807 Enfin j'imagine que c'est assez long ?

808 E5 : Moi du coup, si j'interviens dans un service avec un cas comme ça j'essaie
809 de toujours de transmettre les choses oralement aux aides-soignantes qui sont
810 présentes, mais après je transmet aussi les choses par écrit pour que ce soit
811 transmis à l'ensemble de l'équipe soignante et c'est repris ensuite en réunions de
812 synthèse, des réunions mensuelles où là on est vraiment en équipe
813 pluridisciplinaire, où là on reprend aussi les choses et c'est vraiment un lieu pour,
814 parce que la psychologue va aussi pouvoir reprendre avec des notions vraiment de
815 psychologie, le médecin va expliquer aussi d'autres choses. En fait, les aides-
816 soignantes ne se rendent pas forcément compte que si on contentionne quelqu'un,
817 on peut créer d'autres troubles aussi derrière. Donc c'est ça aussi que l'on garde en
818 tête, quand on décide de contentionner quelqu'un c'est qu'est-ce qu'il va y avoir
819 derrière ? Comment la personne va vivre cette contention-là ? On peut engendrer
820 des troubles du comportement à cause de ça, une agitation accrue, une agressivité
821 du coup, parce que la personne veut marcher, on l'attache, bah, je pense que moi
822 la première je mettrais quelques coups quoi.

823 J.S. : Oui, du coup ça peut engendrer des troubles qui sont encore plus graves
824 et qui peuvent les mettre en difficulté.

825 E5 : Tout à fait et les faire avancer plus rapidement dans la maladie *etc.* et c'est
826 compliqué. Je pense justement à une résidente qui est en service sécurisé et qui
827 passe son temps à déambuler, une dame très maigre et du coup à cause de cette
828 déambulation-là elle a chuté à plusieurs reprises où on n'intervenait pas forcément,
829 jusqu'au moment où elle est tombée face contre terre et c'est à partir de là que l'on
830 a mis la contention en place pour les moments où elle n'est pas sous surveillance,
831 donc notamment le matin lors des soins où l'équipe soignante notamment n'est pas
832 présente dans le lieu de vie pour surveiller donc du coup, à ce moment-là elle est
833 contentionner. Et on lui permet à d'autres moments où on peut l'accompagner dans

834 sa déambulation, on lui permet d'avoir cette liberté-là. Là, il en allait de, enfin, ce
835 n'est pas satisfaisant non plus qu'une personne se retrouve avec un traumatisme
836 crânien. C'était quelqu'un qui n'avait pas de limites en plus. On est intervenue à ce
837 moment-là avec ma collègue ergothérapeute, pour lui mettre la contention et elle
838 voulait se relever, le nez blessés, la notion de douleur n'étant pas la même *etc.*
839 c'était compliqué. Donc on a dû mettre ça en place, mais de manière réfléchie, pour
840 à la fois quand même avoir des moments de mise en activité donc des
841 déplacements *etc.* en l'accompagnant par contre. En fait, voilà on essaye aussi de
842 personnaliser les décisions qu'on prend, les solutions que l'on propose en fonction
843 de chaque résident parce que même si c'est le même symptôme, il ne faut pas que
844 les solutions proposées soient les mêmes parce que ce ne sont pas les mêmes
845 personnes, ça risque de moins marcher, on ne fait pas du copier-coller.

846 **J.S. : Et du coup, comment cette personne a réagi à ce nouveau rythme ?**

847 E5 : Et bien on constate qu'il n'y a pas de troubles de comportements qui
848 apparaissent lors de la mise en contention donc ça c'est positif, et qu'elle se saisit
849 toujours autant des moments qu'on lui propose de mise en activité. Donc je trouve
850 que du coup il y a peut-être un bon compromis qui a été fait entre la préserver parce
851 que là ça devenait très dangereux pour elle.

852 J.S. : Et du coup, ce serait quoi la limite à partir de laquelle ce n'est plus
853 bénéfique pour le résident de favoriser ce maintien en activité ?

854 E5 : C'est très compliqué de répondre à cette question de manière figée. Je
855 pense justement encore une fois que c'est vraiment du cas par cas et que ça va
856 dépendre de l'état cognitif de la personne, donc ce qu'elle comprend, de ce qu'on
857 lui dit, de sa volonté, de ce qu'elle exprime et de ce qu'on constate de ce qu'elle a
858 l'air d'avoir envie. Et après c'est aussi, on essaie d'avoir des réflexions collégiales
859 en équipe pluridisciplinaire puisqu'il y a vraiment l'aspect médical et il y a le médecin
860 qui met aussi des limites par rapport aux risques que ça va avoir. Si c'est quelqu'un
861 qui est sous anticoagulant, parce qu'il a eu des petits accidents cérébraux, et que
862 pour éviter un vrai AVC, elle a en place des anticoagulants, et que c'est quelqu'un
863 qui chute, là il y a un vrai risque, quand on chute qu'on est sous anticoagulant, qu'il
864 y a une plaie ça peut être extrêmement grave. Donc à ce moment-là si ce n'est pas
865 possible de remanier le traitement médicamenteux de la personne et bien là je

866 pense que le médecin pourrait mettre un véto et dire qu'il faut absolument qu'on
867 supprime la problématique des chutes chez cette personne, quitte à ce qu'elle soit
868 contentionnée. En fait c'est toujours essayer de mesurer le plus gros risque que la
869 personne meure en se vidant de son sang ou qu'elle puisse développer des troubles
870 du comportement parce qu'elle est contentionnée ? Après on s'est retrouvés dans
871 des situations où on avait collégialement décidé de limiter les activités pour une
872 personne parce qu'elle chutait, et bien quand ils ne veulent pas, ils ne veulent pas !
873 Donc escalader les barrières *etc.* Et en fait c'est ça aussi qu'il faut prendre en
874 compte c'est que quand la personne chute, on met des choses autour, mais parfois
875 la volonté de la personne est tellement forte, qu'on risque de la mettre plus en
876 danger, quelqu'un qui passe au-dessus des barrières, ça peut être extrêmement
877 grave. Donc on peut aussi, dans des situations où la personne aurait trop de volonté,
878 revenir sur une décision de limitation des activités parce qu'en fait ça met plus en
879 danger qu'autre chose. Donc on réévalue bien les choses quand on met en place
880 une limitation des activités de la personne pour justement saisir des éléments qui
881 nous diraient, c'est plus indiqué, il vaut mieux laisser cette personne en activité,
882 quitte à prendre le risque. Ou même si on limite l'activité, d'offrir quand même des
883 espaces où la personne puisse marcher, et préserver ses activités, que ce soit en
884 atelier thérapeutique, en séance de kiné *etc.* En plus le fait que la personne puisse
885 mettre debout c'est tellement important aussi bien d'un point de vue somatique que
886 d'un point de vue psychique, qu'on essaye aussi au maximum de préserver ça.
887 C'est aussi la difficulté qu'on a pour des gens qui chutent. Mais on essaye vraiment
888 d'avoir une démarche globale vis-à-vis de la personne et vis-à-vis de l'offre de soin
889 qu'on lui apporte.

890

Annexe 9: Tableau de recueil de données des entretiens

THEMES	QUESTIONS	ELEMENTS DE REPONSE									
		E 1		E 2		E 3		E 4		E 5	
PARCOURS PROFESSIONNEL	Institutions dans lesquels a exercé depuis le diplôme	- Diplômée depuis 6 ans - 1 an collaboration libéral puis, - Libéral seule : 4 EHPAD et pédiatrie		- Formation d'ergothérapeute au Liban - Poste en réadaptation à base communautaire - Etudes d'ergonomie en France - Poste à l'étranger en réadaptation - Poste en France : en EHPAD		- Diplômée depuis 3 ans et demi et exerce depuis dans cet EHPAD		- Premier poste gériatrie aigüe et service de neurologie ambulatoire - EHPAD à Bruxelles pendant quelques mois - CAMSP et SSR polyvalent - EHPAD		- Premier poste dans cet EHPAD et exerce depuis dans cette institution	
	Exercice en EHPAD	- 4 ans		- 4 ans		- 3 ans et demi		- 2 ans		- 4 ans.	
	Part de temps passé sur l'institution	Journées	E.T.P	- Plein temps		Journées	E.T.P	- Plein temps		Journées	E.T.P
	1 à 2	0.3									
					3 à B. 1,5 à O. 0.5 à N.	0.6 0.3 0.1			4,5 à B. 0,5 à N'.	0.9 0.1	
CHUTE DU RESIDENT EN EHPAD	Nombre de chutes sur l'année	Résidents	Chutes / an	Résidents	Chutes/ ans	Résidents	Chutes / an	Résidents	Chutes / an	Résidents	Chutes / an
		57	35	98	211	236	594	117	295	236	594
	Nombre de résidents concernés par la chute	- 10% - régulièrement les mêmes qui chutent		- non recensé		124 résidents => un peu plus de 50%		- 86 personnes qui ont chuté dont 64 sont actuellement dans l'établissement => 54%		124 résidents => un peu plus de 50%	

	Temps passé sur une semaine concernant les problématiques de chute	<ul style="list-style-type: none"> - < 25% - Communication équipe - Fiches de chute - Collaboration kinés 	<ul style="list-style-type: none"> - Variable d'une semaine à l'autre : entre 1/3 et 40% du temps 	30%	<ul style="list-style-type: none"> - Variable d'une semaine à l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> - 30% - Sur intervention directes ou indirectes. de la personne -> intervention + adaptée
GRABATISATION SUITE A UNE CHUTE	Part des résidents qui tendra vers le passage à un état grabataire suite à sa chute	< 50%	<ul style="list-style-type: none"> - Première chute n'amène souvent pas à la grabatation - Pas de réponse possible 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de réponse possible ->une seule chute n'entraîne pas grabatation 	<ul style="list-style-type: none"> - 10/15 résidents => 20% 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de réponse possible : notion de temporalité => se grabatisent plus ou moins vite
	Façon de repérer le probable passage à un état grabataire du résident chuteur	<ul style="list-style-type: none"> - Pas toujours possible - Perte des habitudes du résident > essayer de maintenir le plus possibles les habitudes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Façon d'accompagner - Capacité de la personne à remonter la pente, à mobiliser ses défenses => vicariance 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance du résident et de ses modes de fonctionnement - Réunions de service, travail pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance de la personne : appréhender comment elle va réagir à la chute - Rapidité à laquelle on prend en charge la personne - Mobilité après la chute 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance du résident -> prise en soin adaptée et personnalisée

	<p>Facteurs retrouvés dans l'accélération de la grabatation du résident chuteur</p>	<p>Facteurs de chute : démences - Freinage de la déambulation</p> <p>Démences peut > non-respect des positions indiquées donc > - Hospitalisation ++ - Fracture - Polymédication</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maladies neurodégénératives type parkinson - Contention physique et verbale - Peur de la récurrence pour le résident => limitation de ses activités - Syndrome dépressif - Déficience visuelle - Faire à la place du résident : ne pas lui permettre de s'approprier les schémas moteurs habituels 	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie s'aggravant - Troubles cognitifs - Etat psychologique +++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Peur de la récurrence indirects - Plutôt des facteurs indirects - Syndrome post chute - Caractère de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> - Fracture - Complications post-fracture -> peut rendre très difficile reprise rapide de la marche - Données psychiques -> emprunte émotionnelle de la chute
<p>ACTIVITE ET REDUCTION DE LA GRABATISATION</p>	<p>Le maintien en activité du résident ayant chuté représente-t-il un risque de récurrence ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Risque « calculé » (l.199) et limitée avec accompagnement pluridisciplinaire - Risque = inévitable - Risque à prendre lorsque restauration d'une habitude de vie envisageable : « la reprise d'activité chez un résident chuteur entraînera forcément une prise de risque, après, qui peut être calculée et limitée » - Echange avec famille : accord pour maintien activité ? Traumatisme de la chute ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Représentation différentes selon les professionnels - Sentiment de culpabilité des soignants lorsque la personne chute - Réassurance de l'équipe pour qu'elle soit moins en demande de contention => avant de dire notre avis, il faut comprendre l'autre - Oui c'est un risque mais on calcule toujours le bénéfice/risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Plutôt les pathos en lien avec troubles de l'équilibre qui entraînent risque de récurrence 	<ul style="list-style-type: none"> - Oui - Calcul du bénéfice, risque de l'activité, comme la contention : si ça peut aider la personne à aller mieux > prendre le risque - Mais limite du raisonnable : prendre en compte douleur, essoufflement... - « Ca comporte autant de risque finalement de ne pas la remettre en activité, puisqu'on va dire à la personne de rester assise plus longtemps etc. par peur qu'en marchant elle rechute » 	<p>Oui</p>

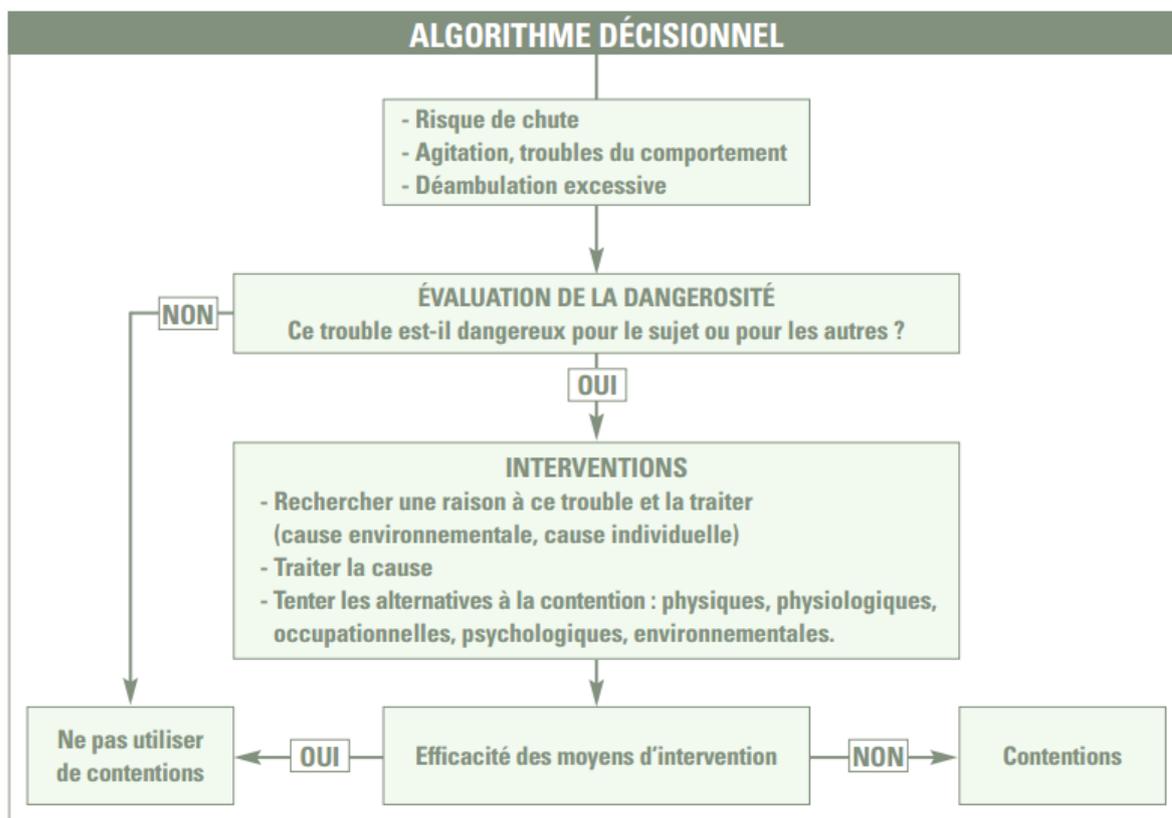
	<p>Situation d'un résident chuteur, prise en compte et acceptation risque de récurrence : maintien en activité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - bcp de résidents déments et déambulant - inversion jour/nuit, prend les escaliers > chute. - PEC en ré organisant journées, pluridisciplinaire - accompagnement dans les activités qu'elle désire faire et qui la mettent en danger> marche escaliers - échange famille : 1) contention > grabatisation ? 2) maintien act marche > risque ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Calcul du bénéfice risque et sécurisation : on réfléchit tjrs à la manière dont la personne va effectuer ses déplacements, transferts pour préserver le + longtemps possible 	<ul style="list-style-type: none"> - Dame avec démence d'Alzheimer, a besoin de beaucoup marcher > risque de la laisser déambuler toute seule > accompagnement à la marche => alternance de mobilisation et de repos = régulation Empêcher de marcher pourrait engendrer des troubles du comportement, cad conséquences bcp plus graves que le risque de chute 	<ul style="list-style-type: none"> - Dame qui chutait beaucoup, hospitalisation à plusieurs reprises > contention verbale des équipes, pas pour la contention physique Finalemnt > lui laisser la possibilité de se déplacer librement - Adaptations par ex : FR pour longs trajets et marche pour petits trajets en chambre pour maintenir la marche. 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Monsieur qui chutait beaucoup > décision de maintenir les déplacements et ses activités de manière globale mais avec sécurisation > casque rembourrée pour éviter blessures à l'occiput 2- Transfert vers service sécurisé pour personnes déambulantes
	<p>Impact de cette approche par rapport au phénomène de grabatisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - moins de chutes - mange partiellement seule -> pouvoir faire seul > reprise confiance en soi Effet boule de neige +++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Retarde le phénomène de grabatisation, grabatisation plus lente 	<ul style="list-style-type: none"> - chute beaucoup moins et moins gravement 	<ul style="list-style-type: none"> Au fur et à mesure de ses chutes > se déplace beaucoup moins, grabatisation lente mais retardée par la liberté de pouvoir se déplacer 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Maintien en service sécurisé plus longtemps donc retard de la grabatisation. « je pense que l'on a permis de repousser l'arrivée dans l'état dans lequel il se trouve maintenant » 2- Meilleure surveillance, point de vue différent des équipes sur la chute

	Raisons motivant cette démarche	<ul style="list-style-type: none"> -« ...l'activité, chez la personne âgée, c'est le maintien de la vie. » (I.312) - perte act > grabatisation - faire seul : gratifiant, stimulant > ralenti grabatisation 	<ul style="list-style-type: none"> - conscience professionnelle - respect de la dignité de l'humain - « imaginez-vous entrer dans une crèche où l'on a mis une ceinture pour les enfants » - Droits et lois qui encadrent cela - Absurdité d'empêcher quelqu'un de bouger - Convaincu au niveau physiologique que c'est mieux que les personnes bougent 	<ul style="list-style-type: none"> - respect du désir de la personne - valorisation des capacités restantes de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté d'une personne, ses désirs, c'est ce qui maintien les gens. Priver quelqu'un > - respect de la volonté du résident - maintien en activité > maintien des fonctions et capacités de la personne 	
ACTIVE ET LIMITE A LA PRISE DE RISQUE	Situation : favorisation d'une réduction des activités pour prévenir la récurrence	<ul style="list-style-type: none"> - moment où la reprise des activités quotidienne/habitudes de vie n'est plus possible -« chute de trop » (I.333) 	<ul style="list-style-type: none"> - Périodes Off Parkinson, quand il y a un énorme risque de chute, incapacité de se lever seul 	<ul style="list-style-type: none"> - pas d'exemple parce que philosophie où risque 0 n'existe pas - limite = volonté de la famille ou du résident qui souhaite réduire act pour réassurance - chutes de façon trop fréquentes et dangereuses pour la personne, plus assez de force > passage en FR confort et ceinture de contention mais possibilité de déambuler 	<ul style="list-style-type: none"> - volonté de la famille - contention : barrières de lit > accord du résident et prescription. Si essaye de passer au-dessus des barrières > retrait car plus dangereux que chute sans barrières 	<ul style="list-style-type: none"> - En situation de consolidation de fracture > contention - Situation de blessure grave > contention dans les moments sans surveillance

	<p>Impact sur l'état de santé général du résident</p>	<p>- après avoir franchi ce seuil : - de capacité d'apprentissage donc difficile de lui permettre de conserver le peu d'autonomie qui lui est possible d'avoir</p>	<p>- Idéal : Pas de discours pour limiter les activités en fait mais pour sécuriser les activités Réalité : contrainte de l'aide humaine Réduction des activités => n'est pas bénéfique Sécurisation des activités :</p>	<p>- pas de troubles du comportement, acceptation favorisée par le fait que ces périodes de contentions étaient compensées par des moments de mobilisation accompagnée par les équipes</p>	<p>- rétractions - troubles du comportement > fatigue pour la personne et équipe soignante</p>	<p>- pas de troubles du comportement lors de la mise de la contention et se saisit des moments de mise en activité > bon compromis</p>
	<p>Limite à partir de laquelle le maintien en activité du résident chuteur n'est plus bénéfique à ce dernier</p>	<p>- refus du résident d'adhérer à nos propositions - plus acteur de son accompagnement - accompagnement qui prendre autre dimension : confort, soulager - perte de capacités du résident qui ne lui permet plus de rester en activité</p>	<p>- Jamais délétère de favoriser la mobilité d'une personne - Il faut adapter l'activité - Bénéfices de l'activité toujours plus importants que l'immobilité « Je pense que pour l'humain, maintenir en activité ne sera jamais être néfaste ».</p>	<p>- voir s'il n'y a vraiment plus de motivation - si plus assez de ressources : accepter cela aussi</p>	<p>- famille - limites physiologiques Si c'est le choix de la famille ou du résident : au niveau moteur il en tirerai bénéfice mais au niveau psychologique pour elle ça n'en vaut plus la peine</p>	<p>- très difficile de répondre - dépend de ce que la personne comprend, ce qu'on lui dit, ce qu'elle exprime, - aspect collégial : limites possibles du médecin > véto du médecin car vital => mesure du plus gros risque pour la personne - remise en question des décisions collégiales lorsque la personne a une volonté plus forte : escalade des barrières de lit par exemple > réévaluation de la réduction des activités.</p>

Annexe 10 : Référentiel de pratique pour la contention et algorithme décisionnel

RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION	
<p>Critère 1 La contention est réalisée sur prescription médicale éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe soignante.</p> <p>Critère 2 La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Critère 3 Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.</p> <p>Critère 4 La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.</p> <p>Critère 5 Le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée. Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières.</p>	<p>Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.</p> <p>Critère 6 L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.</p> <p>Critère 7 Selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.</p> <p>Critère 8 Des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.</p> <p>Critère 9 Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.</p> <p>Critère 10 La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.</p>



(DGS, DGAS, SFGG, p.35, 2007)

Réduire le phénomène de grabatisation du résident ayant chuté en EHPAD

Mots clés: résident, chute, grabatisation, prise de risque, activité

L'objectif de ce mémoire d'initiation à la recherche est de comprendre comment les ergothérapeutes accompagnent le résident qui a chuté en EHPAD dans le but de réduire le phénomène de grabatisation pouvant survenir. Le maintien de la personne en activité et le respect de ses souhaits impliquent une prise de risque de récurrence de la personne âgée chuteuse. L'enquête a été menée par le moyen d'entretiens semi-directifs en interrogeant cinq ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Les résultats montrent que les ergothérapeutes acceptent une certaine prise de risque de récurrence en favorisant le maintien de la personne en activité et que cela retarde le phénomène de grabatisation du résident. Néanmoins, cette démarche adoptée auprès du résident ne va pas sans une réflexion approfondie des modalités de réalisation de l'activité afin de la sécuriser. Le recul de ce phénomène de grabatisation est également intimement lié aux ressources psychiques dans lesquelles le résident est en mesure de puiser afin de recouvrer la santé. C'est en personnalisant l'accompagnement et en étant à l'écoute du résident que l'ergothérapeute instaurera une démarche pertinente auprès de lui.

Key words: resident, fall, bedridden, risk-taking, activity

The aim of this paper is to understand how occupational therapists support the resident that has fallen in nursing home in order to decrease the process of him becoming bedridden. Keeping the person active and respecting his wishes involves increasing the risk of recurrent falls in the elderly. The investigation has been lead through semi-structured interviews where five occupational therapists working in nursing homes were surveyed. Results show that occupational therapists accept to take the risk of recurrent falls by promoting the person's activity in order to delay the process of him becoming bedridden. However, this approach requires a thorough assessment to determine how the activity can be performed in the most secure way as possible. The regression of this bedridden process is also intimately dependent on personal psychological resources the elderly person can draw upon to recover. With a personalized approach and by listening to the elderly person, the occupational therapist can initiate a suitable procedure with him.