



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

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

52 rue Vitruve 75020 Paris

**Prévenir les récurrences de chutes chez les personnes âgées :
l'intervention de l'ergothérapeute au sein de l'ETP Prévention
des chutes**

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 Carine ROUY-THENAISSY

Amira AIT MOUHEB

Session juin 2021

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

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je tiens à exprimer dans un premier temps toute ma reconnaissance à Yolaine Zamora, directrice pédagogique de l’institut de formation en ergothérapie de Paris, pour sa bienveillance, son dévouement et sa motivation à faire de nous les futurs ergothérapeutes que nous sommes.

Je voudrais également remercier mes maîtres de stage, les professeurs et intervenants pour avoir assuré notre formation tout au long de ces trois années et qui m’ont fourni les outils nécessaires à la réussite de celle-ci.

Je voudrais particulièrement remercier mon maître de mémoire Carine ROUY-THENAISSY pour sa disponibilité et surtout, ses judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion autour de l’élaboration de mon mémoire.

Enfin, j’adresse mes sincères remerciements à mes parents ainsi que mes frères et sœurs qui ont été une réelle source de motivation pour moi. Ils ont toujours été d’un soutien inestimable. Leurs encouragements ont été d’une grande aide tout au long de ma formation jusqu’à l’achèvement de ce mémoire.

SOMMAIRE

1. Introduction	3
1.1 Présentation de la situation de départ.....	3
1.2 Problématique	4
1.2.1 Question de départ.....	5
1.2.2 Question de recherche	6
1.3 Plan	6
2. Cadre conceptuel.....	6
2.1 La personne âgée chuteuse.....	6
2.1.1 La personne âgée	6
2.1.2 Le vieillissement	7
2.1.3 La chute chez la personne âgée	8
2.2 L’Education Thérapeutique du Patient (ETP) auprès de la personne âgée chuteuse. 15	
2.2.1 Définition	15
2.2.2 Mise en œuvre d’un programme d’ETP	17
2.2.3 Dans le cadre de la prévention des chutes.....	19
2.3 La place de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes ?.....	22
2.3.1 Des compétences en lien avec son intervention	22
2.3.2 Modèle conceptuel général en ergothérapie : le Processus de Production du Handicap (PPH).....	25
2.3.3 L’intervention de l’ergothérapeute.....	27
2.4 Hypothèse	31
2.5 Conclusion du cadre conceptuel	31
3. Méthodologie de recherche	32
3.1 Présentation du contexte	32
3.1.1 Rappel de la question de recherche et de l’hypothèse.....	32
3.1.2 Population d’enquête.....	32
3.2 Choix de l’outil d’enquête	33
3.2.1 Présentation des thèmes	33
3.3 Déroulement de l’enquête	34
4. Résultats et analyse des résultats.....	35
4.1 Présentation des ergothérapeutes	35
4.2 La pratique de l’ergothérapeute autour de la chute.....	36

4.3 La pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes.....	39
4.4 L’intérêt des mises en situation chez les patients chuteurs.....	42
4.5 L’efficacité de l’intervention de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes	45
5. Discussion	49
5.1 Confrontation de l’analyse des résultats avec le cadre conceptuel	49
5.1.1 La pratique de l’ergothérapeute.....	49
5.1.2 Les mises en situation chez les patients chuteurs.....	51
5.1.3 Les mises en situation reproduisant le lieu de vie des patients chuteurs.....	52
5.1.4 L’efficacité de l’intervention de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes.....	53
5.2 Validité de l’hypothèse	53
5.3 Analyse réflexive	54
5.3.1 Limites de l’étude.....	54
5.3.2 Apports personnels	55
5.3.3 Ouvertures vers de nouvelles perspectives.....	55
6. Conclusion.....	57
Bibliographie	59
ANNEXES	I
Annexe I : Retranscription de l’entretien exploratoire	II
Annexe II : Compétences à acquérir spécifique à l’ETP Prévention des chutes	XI
Annexe III : Programmes d’ETP Prévention des chutes	XII
Annexe IV : Guide d’entretien « chutes »	XIV
Annexe V : Les 10 compétences professionnels de l’ergothérapeute.....	XV
Annexe VI : Guide d’entretien.....	XVI
Annexe VII : Retranscription de l’entretien avec l’ergothérapeute E3.....	XVIII

1. Introduction

1.1 Présentation de la situation de départ

Suite à la crise sanitaire du COVID 19, j’ai été mobilisé dans une Clinique de rééducation et de réadaptation dans le sud de la France où j’ai pu découvrir comment l’ergothérapeute intervenait auprès des personnes âgées ainsi que le domaine de la gériatrie.

La gériatrie est définie selon le dictionnaire médical comme étant une : « Spécialité médicale qui s’occupe des problèmes sanitaires spécifiques des personnes âgées, notamment tout ce qui touche à la dépendance (perte d’autonomie) » (Dictionnaire Médical, n.d.).

L’ergothérapeute présente dans ce secteur travaillait en Soins de Suite et Réadaptation pour Personnes Agées Polypathologiques Dépendantes (SSR PAPPD). Sa pratique se basait sur des séances individuelles de rééducation mais pas seulement. Elle intervenait aussi dans de nombreuses séances collectives de nature théorique et pratique.

Celles-ci étaient relatives : aux prothèses de hanche, aux lombalgies et à la prévention de chutes afin que le patient puisse prendre connaissance de tous les éléments bénéfiques à sa santé.

C’est durant cette période que j’ai pu découvrir des séances de groupe spécifique à la prévention des chutes qualifiées de « prévention secondaire ».

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention est définie comme étant : « l’ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM), 2018). De plus, d’après l’Institut de recherche de bien-être de la médecine et du sport santé (IRBMS), la prévention secondaire en relation avec la chute correspond à la mise en place d’un dispositif complet pour traiter les complications et diminuer le risque de récurrence, suite à une chute qui a déjà eu lieu (IRBMS, 2018).

L’Education Thérapeutique Patient (ETP) s’inscrit dans des dimensions de prévention secondaire. Ce programme d’ETP Prévention des chutes était constitué de plusieurs ateliers programmés sur deux semaines pour permettre aux personnes âgées d’avoir des

connaissances globales et complètes sur le sujet. Différents professionnels mettaient en avant leur savoir au sein d’un apprentissage autour de la chute (causes, conséquences, ...) afin que les patients puissent les anticiper.

Ce programme m’a semblé être intéressant, cependant, au vu d’une mobilisation à court terme dans la structure, je n’ai pas pu prendre connaissance de la globalité du programme. J’ai donc souhaité en apprendre davantage concernant la chute, ses causes, ses conséquences ainsi que l’intervention de l’ergothérapeute au sein de ce type de programme.

1.2 Problématique

La chute est un sujet qui touche une grande majorité de la population âgée et constitue un enjeu majeur de santé publique. En France, elle est l’une des premières causes de mortalité chez les personnes âgées (Santé publique France, 2017). Elle est, selon l’OMS : « la deuxième cause de décès accidentels ou de décès par traumatisme involontaire dans le monde », soit, 646 000 décès par an (OMS, 2018). Plus l’âge est avancé, plus le risque de chute et la gravité augmentent.

Lors de ma mobilisation, j’ai pu partager avec de nombreuses personnes âgées leur vécu face à la chute. Comment ont-elles pu chuter ?

Deux situations m’ont interpellée. La patiente X m’a expliqué, que son mari faisait du jardinage dans leur domicile, en essayant de l’aider à enlever ses bottes de jardinage, elle est tombée en arrière. Suite à cela, elle a été dans l’incapacité de se relever, dans l’immédiat, son mari a contacté les secours. Ce qui l’a menée à être hospitalisée. Quant à la patiente Y, elle était dans sa cuisine, en voulant récupérer un objet derrière elle, elle a trébuché et est tombée. La patiente Y était seule dans son domicile, ayant son téléphone à proximité, elle a pu contacter les secours. Ces deux personnes ont eu une fracture du col du fémur, ce qui a entraîné une prothèse totale de hanche.

Ces dernières étaient dans l’incompréhension totale, « pourquoi cette situation qui ne nous pose aucun problème habituellement a-t-elle engendré cette conséquence ? ».

Ces patientes avaient déjà chuté auparavant et n’ont jamais eu accès à de la prévention.

Prises en charge en établissement de santé, les professionnels de santé ont jugés nécessaire de leur proposer d’intégrer le programme d’ETP Prévention des chutes avant leur retour à domicile, au vu de leur profil qui était en accord avec les critères d’inclusion instaurés par l’établissement. Ces critères sont : avoir plus de 70 ans, avoir déjà fait une chute dans l’année, se déplacer en utilisant un appui bipodal ou unipodal, la personne peut être opérée ou non, avoir à la suite du bilan cognitif Mini Mental State (MMS) un résultat supérieur à 20, les fonctions sensorielles ne doivent pas être trop altérées et les facteurs de comorbidité doivent être stabilisés. Ces deux patientes ont pu ainsi participer au programme d’ETP Prévention des chutes.

Suite à ces deux situations, je me suis interrogée quant à l’importance de la mise en place d’une Education Thérapeutique du Patient ainsi que son efficacité. Celle-ci, permettrait-elle à partir d’un apprentissage, de prévenir les risques de chute et ainsi éviter les récives une fois le retour au domicile ? Les patients pourront-ils continuer à effectuer leurs activités sans se préoccuper d’une éventuelle chute ?

1.2.1 Question de départ

Ces questionnements et la situation de départ ont orienté ma question vers de la prévention secondaire car, selon moi, il est important d’éviter toute récive pouvant engendrer de nombreuses complications. Ainsi ma question est : « Dans le cadre d’une prévention secondaire, que met en place l’ergothérapeute en SSR PAPD pour les personnes âgées chuteuses ? ».

Lors de ma démarche de recherche en lien avec ma question de départ, j’ai pu effectuer un entretien exploratoire en face à face (Annexe I) avec un ergothérapeute afin de mettre en relation mes recherches et ses expériences concernant le sujet.

Lors de cet entretien, l’ergothérapeute m’a fait part des modalités d’inclusion afin de participer à l’ETP Prévention de chute, le type de prévention à laquelle elle fait référence, les différents professionnels pouvant intervenir et les ateliers mises en place dont ceux incluant l’ergothérapeute.

Par la suite, au vu de ma mobilisation et de ce qui a pu être explicité durant l’entretien, j’ai décidé de poursuivre mes recherches sur l’ETP Prévention des chutes car cette pratique m’a semblé être très intéressante pour une prise en charge globale de la personne âgée.

1.2.2 Question de recherche

A la suite des recherches effectuées et à l’entretien en face à face avec l’ergothérapeute, j’ai décidé de modifier ma question de recherche et d’introduire l’ETP Prévention des chutes. Ainsi ma question est : « Dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes, comment l’ergothérapeute, à travers ses compétences, peut-il permettre aux personnes âgées de prévenir les récurrences de chute après leur hospitalisation en établissement de santé ? ».

1.3 Plan

Les différentes parties de mon cadre conceptuel feront références aux mots clés introduits dans ma question de recherche. Ma première partie sera dédiée à la personne âgée chuteuse, en faisant le lien entre le vieillissement et les éléments englobant la chute. Ma deuxième partie sera consacrée à l’ETP Prévention de chutes et enfin ma dernière partie fera référence à la place de l’ergothérapeute au sein de celle-ci.

2. Cadre conceptuel

2.1 La personne âgée chuteuse

2.1.1 La personne âgée

Il n’existe pas de définition précise de ce qu’est une personne âgée. D’un point de vue social, l’Organisation Mondiale de la Santé qualifie la personne comme étant « âgée » à partir de 65 ans, soit, l’âge d’entrée à la retraite (OMS, 2016). D’après la Haute Autorité de Santé, c’est à partir de 75 ans que la santé se dégrade, que le risque de perte d’autonomie et l’isolement social accroissent fortement (HAS, 2015, p. 5-6). Cependant, la personne âgée est définie en fonction de nombreux facteurs, ces facteurs sont : le parcours de vie, le genre, l’environnement et économique, le lieu de résidence, les différentes générations auxquelles appartiennent les personnes âgées et la culture. Ceux-ci ont un impact sur l’avancée en âge et sur les expériences du vieillissement. (Santé publique France, 2018).

2.1.2 Le vieillissement

Le vieillissement est « une succession de changements de plusieurs systèmes physiologiques interreliés, de manière simultanée ou parallèle, menant à un épuisement des réserves et, de ce fait, rendant l’organisme plus susceptible à des stress de toutes natures » (Fulop, T., et al, 2013, p. 52). Il « marque le processus progressif, à la fois physique et mental par lequel chaque être humain survivant se rapproche de la vieillesse et la parcourt. » (Rey, A., 2002, p.6). Par conséquent, chaque individu ne vit pas le vieillissement de la même manière, elle diffère en fonction de chaque personne.

Bien que la majorité de la population âgée vît un vieillissement réussi par la disposition d’un bon fonctionnement au niveau physique, mental et social (Ducharme, D., Gangbè, M., 2006), la minorité vit quant à elle, un vieillissement physiologique ou un vieillissement pathologique.

2.1.2.1 *Vieillesse physiologique*

Le vieillissement physiologique fait référence à des atteintes de certaines fonctions liées à l’âge, considérées comme physiologiques mais sans pathologie bien définie. Il est en lien avec le vieillissement fragile. La personne âgée en plus d’avoir une limitation des capacités d’adaptation au stress ou au changement d’environnement, elle est sujette à une vulnérabilité liée à une diminution de ses réserves physiologiques (Nouvel, F., Jouaffre, V., 2009, p. 33).

Cette vulnérabilité aux problèmes de santé peut engendrer des complications telles que l’hospitalisation de la personne, son institutionnalisation et son décès. Plusieurs caractéristiques peuvent déterminer la fragilité. Elles sont axées sur :

- Le métabolisme : la perte de poids non intentionnelle, l’épuisement, la faiblesse, la vitesse de marche ralentie et l’activité physique diminuée (Kalfat, H., Sauzèon, H., 2009, p. 21-22).
- Le système nerveux : vieillissement cognitif (attention, mémoire, ...), trouble du sommeil, difficultés à situer ses douleurs, sensation de soif qui diminue, ...

- Le système cardiovasculaire : épaissement et rigidification des parois du cœur.
- L’appareil respiratoire : la ventilation de la base des poumons se fait moins bien, ...
- L’appareil locomoteur : diminution de la densité osseuse et de la résistance mécanique de l’os, diminution de la densité des fibres musculaires, ...
- L’appareil urinaire : la capacité de la vessie diminue et la vidange de la vessie est moins complète, ...
- L’audition : diminution des capacités auditives.
- L’œil et de la vision : les structures de l’œil sont modifiées, il y a une diminution de l’acuité visuelle, du champ visuel, ...
- ... (Rigaud, A-S., n.d.).

2.1.2.2 Vieillesse pathologique

Le vieillissement pathologique met en avant des pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicaps, responsables le plus souvent d’un état de dépendance majeur (Nouvel, F., Jouaffre, V., 2009, p. 33).

En effet, selon le Dr Christophe Trivalle, il existe différentes pathologies qui s’accumulent au cours du temps, entraînant une dépendance. Celle-ci est la conséquence de plusieurs maladies accumulées avec l’âge (VIDAL, 2014). Les maladies les plus fréquentes associées au vieillissement pathologique sont :

- « - Neurologiques : Démences, pathologies vasculaires cérébrales
- Atteintes de l’appareil locomoteur : Ostéoporose, sarcopénie, troubles de l’équilibre avec risque de chutes et de fracture du col du fémur notamment,
 - Cardiovasculaire : Insuffisance cardiaque, athérosclérose, » (Rigaud, A-S., n.d.).

Le vieillissement fait partie intégrante des facteurs intrinsèques liés à la chute.

2.1.3 La chute chez la personne âgée

Il existe de nombreuses définitions en gériatrie pour définir ce terme. Selon l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) : « Une chute est un événement au cours duquel une personne se retrouve involontairement au sol ou sur tout autre niveau inférieur et qui ne soit pas lié aux conséquences suivantes : une violente poussée, une perte de connaissance, la survenue brutale d’une paralysie comme dans un AVC ou une crise d’épilepsie.», la chute peut aussi être définie comme étant : « ... une perte d’équilibre inattendue avec pour résultat de se retrouver au sol ou sur tout autre niveau inférieur au genou.» (Inserm, 2015).

Seulement, à partir de 65 ans, les personnes âgées sont prédisposées à des chutes répétées (SFGG-HAS, 2009). Selon la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, une chute est qualifiée comme étant répétitive : « à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes sur une période de 12 mois. » Suite aux chutes, plusieurs signes de gravité peuvent être apparents, ceux-ci peuvent être liés aux conséquences de la chute, aux pathologies responsables de la chute et au caractère répétitif de la chute (SFGG-HAS, 2009, p. 6).

2.1.3.1 Epidémiologie

En France, la population âgée tend à augmenter au fur et à mesure des années. D’après l’Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), de 2015 à 2021, le nombre d’habitants des 65 ans ou plus a augmenté de 2 005 593 (Institut national d’études démographiques (Ined), 2021). En 2060, ce nombre augmentera de 10 millions, soit, une personne sur trois aura plus de 60 ans (Insee, 2010). De plus, en France, nous pouvons constater une hausse de l’espérance de vie de 2015 à 2019, elle est passée de 88 ans chez les femmes et 84,1 chez les hommes en 2015 à 88,5 chez les femmes et 84,6 chez les hommes en 2019 (Ined, 2020).

L’augmentation de ces chiffres a pour cause, une qualité de vie qui s’est nettement améliorée depuis plusieurs années. Des dispositifs ont été mis en place par le gouvernement pour contribuer à celle-ci, tel que : la LOI no 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement (Journal officiel de la république française, 2015). De ce fait, la majorité des personnes âgées souhaite vivre le plus longtemps possible au sein de leur domicile.

Le domicile est défini comme ayant un aspect sentimental et sécuritaire. En effet, il est perçu comme un environnement qui détient des souvenirs, la personne y retrouve ses repères et ses habitudes de vie qu’elle ne souhaite pas nécessairement changer (Bourrellis, C., 2009).

Cependant, avec l’âge, la santé se dégrade. Cette dégradation de la santé est en partie liée au vieillissement de la personne. Ainsi, de nombreuses chutes notamment dans leur lieu de vie sont constatées, d’après la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) « Les chutes représentent 80 % des accidents de la vie courante au-delà de 65 ans. Les trois quarts des décès par chutes tout âge confondu sont survenus chez les personnes âgées de plus de 75 ans. » (DGCCRF, 2016).

D’après les statistiques de Santé publique France, actuellement, plus de 9 300 personnes de 65 ans et plus décèdent chaque année suite à une chute. Il y a environ 3 chutes dans l’année pour une personne de 65 ans et plus. Enfin, 76 000 hospitalisations pour fracture du col du fémur suite à une chute ont été recensées chaque année (Santé publique France, 2019).

D’après Bodard, J., et al., en 2013, le taux global d’hospitalisation des 65 ans et plus pour chute est de 41% (Bodard, J., et al., 2015, p.9).

Suite à ces chiffres, on peut s’interroger quant aux multiples facteurs de risque pouvant entraîner une chute chez la personne âgée.

2.1.3.2 Les facteurs de risque liés à la chute

De nombreuses chutes peuvent survenir notamment par le vieillissement, cependant, d’autres causes peuvent être apparentes. Une chute est rarement causée par un seul facteur mais plutôt par un événement multifactoriel.

Les différents facteurs liés à la chute chez la personne âgée peuvent être :

- Intrinsèques : correspondant à tout ce qui peut être en lien à la pathologie, aux vieillissements, à ses déficits possibles auditifs, visuels, de l’équilibre, de la force musculaire, cognitifs et aux traitements.
- Extrinsèques : correspondant aux obstacles, à l’environnement et aux comportements de la personne (Roos, C., (2008), p.97).

2.1.3.2.1 Facteurs intrinsèques

D’après la Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale, ils sont caractérisés par :

- L’âge de la personne : les personnes âgées de plus de 80 ans sont celles qui chutent le plus fréquemment
- Le sexe de la personne : les femmes atteintes d’ostéoporose sont les plus sujettes aux fractures
- Des pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, arthrose, accident vasculaire cérébral, diabète, dépression, incontinence notamment urinaire par impériosité
- Des troubles cognitifs : perte de la mémoire, troubles de l’attention, baisse des capacités de jugement des situations dangereuses
- Des troubles de l’équilibre : troubles visuels, troubles de l’oreille interne, trouble de la proprioception
- Des troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche, équilibre postural et/ou dynamique altéré
- La prise de médicaments : médicaments cardio-vasculaires, sédatifs, antidépresseurs, polymédication (4 ou plus) (SFDRMG, 2005, p.2).

2.1.3.2.2 Facteurs extrinsèques

La majorité des chutes se produit dans le lieu de vie et d’après la Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale, les facteurs extrinsèques sont caractérisés par :

- Des obstacles : tapis, sol mouillé, les jouets des enfants, les animaux de compagnie, ...
- L’environnement : mauvais éclairage, escaliers inadaptés, baignoire et douche non sécurisée, ...

- Le comportement : précipitation vers le téléphone par exemple, inattention, le choix d’un mauvais chaussage, isolement social, sédentarité, consommation d’alcool, la prise d’un objet en hauteur, ... (SFDRMG, 2005, p.2).

2.1.3.3 *Les conséquences*

Suite aux chutes, de multiples conséquences peuvent survenir et elles peuvent avoir d’importantes répercussions sur la qualité de vie de la personne.

2.1.3.3.1 *Conséquences traumatiques*

D’après la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, les conséquences de nature traumatique impliquent :

- Les traumatismes mineurs comportant une atteinte superficielle de la peau (hématomes sous-cutanés ou les excoriations de l'épiderme)
- Les traumatismes modérés comprenant des fractures vertébrales, ou des fractures de côtes ;
- Les traumatismes sévères incluant les fractures fémorales, les hématomes extra et/ou sous-duraux, les contusions et/ou hématomes cérébraux, les traumatismes crâniens et les lacérations cutanées de grande taille et/ou profondes.
« Ces traumatismes physiques conduisent constamment à une hospitalisation et mettent en jeu le pronostic vital du chuteur ».

Les blessures physiques les plus fréquentes sont les fractures de la hanche. Elles sont les plus courantes chez les personnes de plus de 75 ans (SFGG-HAS, 2009, p. 16).

2.1.3.3.2 *Conséquences psychomotrices et psychologiques*

Suite au traumatisme de l’événement, des séquelles psychologiques et psychomotrices peuvent être ancrées chez la personne âgée.

2.1.3.3.2.1 *La peur de la chute*

La peur de chuter est fréquente chez de nombreuses personnes âgées, d’autant plus chez celles ayant déjà chuté. Elle provoque des effets négatifs sur le bien-être mental et physique. Cet état se traduit par une restriction des activités, un isolement social et un désinvestissement qui se fait progressivement, conduisant à un syndrome post-chute. La peur de chuter est définie comme étant « un état émotionnel réversible à prendre en charge précocement. » (Reingewirtz, S., 2000, p.21).

2.1.3.3.2.2 Le syndrome post-chute

Selon la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, le syndrome post-chute a été dans un premier temps dénommé par Murphy et al. (Murphy and Isaacs 1982) comme un ("post fall syndrome"). Il en faisait référence comme étant : « une désadaptation posturale avec une grande rétropulsion et une phobie de la station debout, l'ensemble étant d'installation aiguë suite à une chute. ». En 1986, Gaudet et al. (Gaudet M 1986), a quant à lui défini ce terme comme étant une : « régression psychomotrice » et celle-ci pouvait selon lui : « survenir suite à une affection médico-chirurgicale aiguë ou un alitement plus ou moins prolongé. » (SFGG - HAS, 2009, p.22).

Aujourd’hui, il existe une nouvelle définition du syndrome post-chute. Elle est explicitée comme étant « l’apparition, dans les jours suivant une chute chez la personne âgée, une diminution des activités et de l’autonomie physique, alors que l’examen clinique et, si besoin, le bilan radiologique ne décèlent pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique. » (Morisod, M., Coutaz, J., 2007, n.d.).

D’après Nkodo Mekongo, Y-P., et al., ce syndrome est très commun chez les personnes sujettes à la chute. La crainte et l’angoisse de rechuter sont fortement présentes, dues parfois à sa brutalité mais aussi suite à une immobilisation prolongée au sol, pouvant entraîner : une phlébite, des escarres, une rhabdomyolyse ou même une déshydratation.

La survenance de la crainte de tomber est décrite comme étant le premier symptôme du « syndrome post-chute ». La personne âgée restreint ses activités physiques et sociales, elle réduit alors considérablement sa qualité de vie. Cette modification de ses activités de vie quotidienne engendre chez la personne des troubles fonctionnels. Ceux-là augmentent alors les risques de chute et donc une crainte, une angoisse encore plus importante face à la prochaine chute. De plus, une désadaptation psychomotrice peut apparaître causée par la

peur d’une récurrence, qui peut faire naître de nouvelles habitudes posturales inadéquates aux capacités de la personne avec l’installation d’une astasie (incapacité à la station debout) ainsi qu’une tendance rétro-pulsive avec flexion des genoux lors du lever. La personne a une phobie de la verticalité. Enfin, pour être en confiance lors de ses déplacements et pour sécuriser au maximum sa marche, une aide technique est utilisée pour pallier à cette peur (Nkodo Mekongo, Y-P., et al., 2007, p.28-29).

2.1.3.4 Prise en charge de la personne âgée chuteuse

Suite à une chute, la personne âgée est conduite aux urgences. Dans un premier cas de figure, si elle a eu des conséquences traumatiques suite à la chute, elle est directement emmenée aux urgences chirurgicales et aucune évaluation n’est mise en place. Dans un deuxième cas de figure, si elle n’a pas de conséquences traumatiques, elle est emmenée aux urgences médicales dans le but d’identifier si elle fait des chutes répétées et si les conséquences peuvent être graves. Ainsi, il s’agit de repérer les facteurs de risque et de les corriger pour limiter les récurrences et les conséquences de chutes (SFGG-HAS, 2009).

D’après le Dr Taillandier, J., suite à une chute, une prise en charge précoce et globale, notamment médicale, psychologique, fonctionnelle et sociale est nécessaire. Pour cela, la personne est interrogée quant aux circonstances de la chute : prodromes éventuels, lieu et horaire de la chute, facteurs déclencheurs, antécédents de chutes antérieures et leurs conséquences. Après coup, des bilans/évaluations et examens fonctionnels, médicaux et psychologiques sont mis en place par une équipe pluridisciplinaire.

- Le bilan fonctionnel évalue, l’autonomie, la capacité à effectuer les actes de la vie quotidienne et les activités instrumentales, on pourra aussi observer si la personne est incontinente ou non, si elle a besoin d’aide aux déplacements, si son lieu de vie est adéquat et si non, apporter des aides éventuelles.
- L’évaluation psychologique sera mise en place pour évaluer l’état mental de la personne (dépression, troubles cognitifs).
- L’examen clinique évaluera l’état général de la personne (état nutritionnel, état cardio-vasculaire, état neurologique, les déficits sensoriels et l’appareil ostéoarticulaire.).

- Afin d’évaluer si la personne est prédisposée à un risque de chute, deux tests permettent d’évaluer la marche et l’équilibre, ces tests sont le get up and go test et le test de Tinetti.

Suite à ces bilans/évaluations et examens, une décision est prise concernant l’hospitalisation de la personne. Une prise en charge adaptée est alors proposée au patient chuteur par l’intervention d’un médecin, d’une infirmière, d’un ergothérapeute, du kinésithérapeute. Celle-ci fera référence à plusieurs exercices axés sur la stimulation sensorielles, la sollicitation des centres d’intégration et de commandes, le développement des effecteurs, la technique du relevé du sol, le travail de l’équilibre, la pratique de la marche quotidienne, les aides techniques à la marche (Taillandier, J., 2002, p. 241-242).

Dans la continuité de la prise en charge de la personne suite à une chute, il est important selon Aguiar, G., et al de mettre en place de la prévention, de l’éducation thérapeutique ainsi que l’apprentissage du comment bien vieillir (Aguier, G., et al, 2006, p.2). Ainsi cela permettrait à la personne de mieux gérer les situations de chute et ainsi d’éviter une nouvelle hospitalisation.

2.2 L’Education Thérapeutique du Patient (ETP) auprès de la personne âgée chuteuse

Aujourd’hui, il existe une approche centrée sur le patient permettant à la personne, à la suite d’un apprentissage autour de la chute, d’avoir des acquis afin de prévenir les chutes, dans le but d’améliorer sa qualité de vie. Celle-ci est l’Education Thérapeutique du Patient.

2.2.1 Définition

L’ETP a été fortement influencée par l’évolution de nombreux concepts et théories en médecine, en psychologie, et en pédagogie. L’ETP a toujours existé sous forme de conseils, mais elle est réellement apparue en 1921 aux Etats Unis avec l’administration d’insuline chez les patients diabétiques de types I issus des milieux défavorisés. Les soignants, par un transfert de compétences vers les patients, ont pu les aider à contrôler leur diabète et à gagner en autonomie (Giordan, A. et al, 2011).

En France, c’est suite à un contexte de surmortalité, de prévalence croissante des maladies chroniques, d’inégalité de santé et de baisse de la démographie médicale que l’éducation thérapeutique s’est développée.

L’ETP est tout d’abord apparue dans les services hospitaliers grâce à l’impulsion des professionnels de santé. Puis, elle s’est développée dans d’autres structures (Bourbillon, F., et al, 2007). Elle a été formalisée suite à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 visant à mettre en place une offre de soins accessibles à tous et satisfaisant à l’ensemble des besoins de santé (HAS, 2014).

Selon le rapport de SAOUT publié en 2008 l’ETP est définie comme étant « un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l’affection qui le touche, sur la base d’actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l’appropriation de savoirs et de compétences, afin qu’il devienne l’acteur de son changement de comportement, tout au long du projet de soins, avec l’objectif de disposer d’une qualité de vie acceptable ». De plus, selon la circulaire de la Direction de l’Hospitalisation et de l’Organisation des Soins (DHOS) de 2008, elle se distingue de la simple information délivrée aux patients. Elle permet « d’aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (Rat, A-C., 2014).

L’ETP s’adresse aux personnes de tout âge (enfant, adulte ou personne âgée) vivant avec une maladie chronique dont les plus fréquentes sont l’asthme, la bronchopneumopathie, le diabète de type 1 et 2, l’hypertension artérielle, l’insuffisance cardiaque, la maladie rénale, la polyarthrite rhumatoïde et la polypathologie. Cependant, elle peut s’adresser également à leur entourage et les aidants (HAS, 2018).

L’ETP porte sur plusieurs thèmes qui sont choisis en fonction de la patientèle et en lien avec les besoins de la structure. Chaque thème est spécifique à une maladie chronique. Elle est donc centrée sur le patient, lui permettant d’être acteur de sa santé en étant impliqué dans sa prise en charge.

Plusieurs professionnels peuvent intervenir au sein de l’ETP, cependant, une formation de 40 heures (minimum) pour tous les professionnels est nécessaire. Celle-ci repose sur plusieurs modalités dont le professionnel doit prendre connaissance afin de pouvoir prendre en charge les patients au sein de l’atelier et l’animer (HAS, 2014, p.4). Selon la Société

Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, les professionnels peuvent être :

- « - Médecins généralistes, gériatres, rééducateurs ;
- Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Gérontologue, Psychologues ;
- Aides-soignants, Infirmiers ;
- Assistantes sociales. » (SRDRMG – HAS, 2005, p.4).

Les professionnels pourront mettre à profit leurs compétences et leur complémentarité au sein d’une ou plusieurs activités afin que les patients puissent avoir toutes les connaissances nécessaires et ainsi éviter de reproduire les erreurs passées (HAS, 2014, p.4).

L’Education Thérapeutique du Patient a pour finalité de :

- « Favoriser la qualité de la relation et la mise en place d’un réel partenariat de soin entre patient et soignant.
- Permettre au patient d’augmenter ses connaissances et compétences en regard de la maladie et des traitements.
- Aider le patient à changer de comportement, à suivre son traitement ou à mettre en place une nouvelle organisation au quotidien.
- Permettre au patient d’améliorer sa santé bio-psycho-sociale, dans un parcours de vie et de soin qui respecte son identité et qui prenne un sens pour lui.
- Améliorer la qualité des patients et des soignants. » (Giordan, A., et al., (2009), p. 9).

2.2.2 Mise en œuvre d’un programme d’ETP

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, un programme d’ETP va comporter 4 étapes successives :

1^{ère} Etape : Elaborer un diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est effectué lors d’une séance en individuelle entre le patient et le(s) professionnel(s) de santé. Elle inclut un entretien semi directif où le patient relate tout ce qui

le concerne au vu de sa maladie (connaissance de sa maladie, son vécu, ses difficultés au quotidien, ses habitudes de vie, ...). Les besoins et les attentes seront identifiés ainsi que la formulation des compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir en lien avec ses priorités.

2^{ème} Etape : Définir un programme personnalisé avec des priorités d’apprentissage

Les compétences seront formulées au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique. Les compétences incluses sont celles d’auto-soins, d’adaptation et de sécurité (Annexe II) mettant en avant l’apprentissage de nouveau savoir.

3^{ème} Etape : Planification et mise en œuvre des séances collectives ou individuelles ou en alternances

Des séances collectives, individuelles ou en alternances sont mises en place en prenant en compte la durée, le nombre de personnes et l’intérêt des séances. Elle comprend aussi les ressources éducatives pour l’apprentissage des compétences, soit les techniques de communication centrées sur le patient (écoute active, empathie, attitude encourageante, entretien motivationnel), les techniques pédagogiques (exposé interactif, étude de cas, simulations de gestes et de techniques, jeu de rôle, ...) et les outils (affiche, bande audio ou vidéo, brochure, représentations d’objets de la vie courante, ...).

4^{ème} Etape : Réalisation d’une évaluation individuelle

Une évaluation en fin de programme est effectuée avec le patient afin de faire le point sur les compétences acquises ou à améliorer. Pour favoriser son implication, un système d’auto-évaluation est mis en place permettant ainsi d’évaluer l’acquisition de ses compétences mais aussi sa satisfaction face à l’apprentissage des différentes notions abordés dans l’acquisition de celles-ci (HAS, 2007).

L’ETP fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Seulement, le patient a tous les droits de refuser son intégration au sein de l’ETP, ou de se retirer du programme à tout moment. Son choix n’aura aucune répercussion dans sa prise en charge.

Un programme d’ETP ne peut débuter qu’avec l’obtention de l’autorisation de l’Agence Régionale de la Santé (ARS) de sa région. Les programmes doivent répondre au cahier des charges mettant en avant plusieurs dispositions :

- « La coordination du programme doit être assurée soit par un médecin, soit par un représentant d’une association de patients agréée ;
- L’équipe impliquée dans la mise en œuvre du programme (intervenants) doit comporter au minimum deux professionnels de santé de professions différentes, dont un médecin si le coordinateur ne l’est pas ;
- Les intervenants ainsi que le coordinateur doivent avoir les compétences requises pour dispenser ou coordonner l’éducation thérapeutique du patient et répondre aux exigences de formation ;

Pour l’intervenant, une formation de 40h est demandée et pour coordonner, le professionnel doit avoir une formation complémentaire (sauf si celui-ci est diplômé d’un Diplôme Universitaire (DU) ou d’un Master en ETP).

- Les attendus du programme : population cible, le bilan éducatif personnalisé, les objectifs visés, l’évaluation etc. Le contenu et les compétences à développer sont basés sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé » (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2021).

L’autorisation de l’ARS est valable pour 4 ans et elle peut être renouvelable sous la demande du coordonnateur. Le programme doit donner lieu à une auto-évaluation annuelle de l’activité globale et du déroulement du programme effectué par l’ensemble des professionnels intervenants dans le programme. Dans le but de pouvoir visualiser si des ajustements doivent donner lieu. Par la suite, un rapport d’évaluation quadri annuelle sera transmis à l’ARS à la fin de la période des quatre ans, afin de visualiser si celui-ci peut faire l’objet d’une continuité ou doit faire l’objet d’un arrêt.

Malgré un non-recensement des programmes au niveau national, les agences régionales ont pu développer des outils (CART’EP, OSCARS, ...) afin d’identifier tous les programmes autorisés existant dans chaque région (D’ivernois, J-F., 2019). Ayant visualisé tous les outils, j’ai pu comptabiliser au total plus de 3 000 programmes d’ETP en France.

2.2.3 Dans le cadre de la prévention des chutes

Au vu d'une population âgée qui s'accroît, le ministère des affaires sociales et de la santé a mis en place le dispositif Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Il « s'articule autour de 5 actions : Renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et mieux utiliser les médicaments. ».

Ce dispositif s'adresse aux personnes âgées de 75 et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons médicales ou sociales. Elle a pour objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées en agissant en amont par le repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute et problèmes liés aux médicaments) (Ministère des Solidarité et de la Santé, 2017).

L'ETP porte sur les thèmes retenus dans le cadre PAERPA et s'appuie sur le cadre référentiel publié par la Haute Autorité de Santé sur ces thèmes (HAS, 2014, p. 1). L'un de ces thèmes porte sur la prévention des chutes.

Ainsi, l'ETP Prévention des chutes a pour missions :

- « - D'enrichir les connaissances autour de la chute, les transposer dans le quotidien,
 - De réduire les risques de chute par la reconnaissance et la correction de ses facteurs de risque modifiables,
 - De prévenir les conséquences physiques et psychologiques d'une chute »
- (Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille, n.d.).

En m'appuyant sur les recensements régionaux, j'ai pu effectuer des recherches sur les différents programmes mis en place. Les programmes mettent en avant, les objectifs, l'intitulé de chaque atelier en incluant des séances individuelles ou collectives, les intervenants, la durée, l'âge ciblé et les critères d'inclusion.

Ces différents programmes dont j'ai pu avoir accès sont localisés dans les régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie et Nouvelle-Aquitaine (OSCARS, n.d.). Ces derniers sont effectués essentiellement dans des établissements de santé auprès des patients hospitalisés (D'ivernois, J-F., 2019). Le tableau (Annexe III) est une synthèse des différentes modalités incluses dans les programmes des différentes régions.

Au vu de tous les programmes visualisés (Annexe III), l'âge moyen requis pour participer à l'ETP Prévention des chutes est de 70 ans et plus, malgré l'âge fixé à 75 ans et plus par le dispositif PAERPA. De plus, concernant les critères d'inclusion, tous diffèrent en fonction

de la population prise en charge et des établissements. Cependant, elle inclut des personnes hospitalisées au sein des établissements de santé. Les programmes s’adressent tous principalement aux personnes âgées chuteuses et incluent ou non les personnes à risque de chute (D’ivernois, J-F., 2019). Ceux-ci font référence à de la prévention primaire et secondaire.

Concernant les ateliers mis en place, tous sont globalement similaires. Seulement les intervenants peuvent différer en fonction de la structure. L’objectif global est de permettre à la personne de prévenir les risques de chute au quotidien afin de maintenir son autonomie et une qualité de vie au domicile.

De plus, tous les programmes suivent les quatre étapes qui constituent la mise en œuvre d’un programme d’ETP introduit par la Haute Autorité de Santé. Soit, un bilan éducatif partagé en début de programme, effectué par un entretien individuel. Celui-ci peut suivre une trame spécifique (Annexe IV) ou suivre le jeu de carte « Optimisation des Médicaments chez les patients Agés » (OMAGE) pour la prévention des chutes (HAS, 2014). Chaque atelier présente les compétences à acquérir en lien avec les compétences d’auto-soins, d’adaptation et de sécurité, et indique le type de séances individuelles ou collectives, ainsi que leur durée.

Au sein des séances, les ressources éducatives afin de favoriser l’apprentissage des compétences sont à prendre en considération, notamment lors d’intervention auprès des personnes âgées. Les intervenants doivent adapter les méthodes d’ETP aux capacités des personnes âgées car au vu du vieillissement, la compréhension, la lecture, la mémorisation, la concentration, la capacité à décider par soi-même et à ses préférences en termes de modalités d’apprentissage peuvent être altérées. Cette adaptation se fait par l’utilisation d’un éclairage suffisant, par l’adaptation de la taille des caractères, contrastes, effectuer des aides mémoires lisibles et compréhensibles, découper les activités en séquences courtes et chronologiques, simplifier et adapter le langage des supports, favoriser la présence d’un membre de l’entourage, ... (HAS, 2014, p. 4-5).

Pour finir, un entretien de synthèse individuel est mis en place dans les programmes afin d’évaluer les connaissances et les compétences acquises ou en cours d’acquisition de la personne.

Comme évoqué précédemment, l’ergothérapeute peut intervenir au sein d’un programme d’ETP Prévention des chutes. Cependant, certains éléments peuvent susciter des

questionnements, ces derniers portent sur sa place et sa pratique dans l’ensemble des programmes.

2.3 La place de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes ?

Au vu du tableau synthétique évoquant les programmes d’ETP Prévention des chutes dans les différentes régions (Annexe III), ces derniers font intervenir une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins, infirmiers, aide soignants, kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes, ...

Cependant, même si l’ergothérapeute intervient dans une majorité des programmes, certains ne l’incluent pas et mettent en place des ateliers qui sont en lien avec ses compétences, notamment l’atelier autour de l’aménagement du domicile.

2.3.1 Des compétences en lien avec son intervention

D’après Boissonneault, A., l’ergothérapeute est un professionnel tout indiqué pour intervenir de façon personnalisée auprès d’une personne âgée afin de prévenir les chutes car il évalue les capacités physiques de la personne, ses habitudes de vie et son environnement physique à domicile (Boissonneault A., 2018).

En effet, l’ergothérapeute par ses nombreuses compétences, peut mobiliser ses savoirs pour permettre à la personne âgée de gérer au mieux les situations de chute.

D’après l’Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d’Etat d’ergothérapeute, l’article 1^{er} met en avant 10 compétences (Annexe V) professionnelles pour exercer les activités du métier d’ergothérapeute. Celles-ci sont constituées de sous-compétences ayant une similitude avec celles dont les professionnels doivent acquérir lors de leur formation afin d’animer un programme d’ETP ou la coordonner selon le décret n° 2013-449 et arrêté du 31 mai 2013, arrêté du 14 janvier 2015. Soit :

- « Les compétences relationnelles : communiquer de manière empathique, recourir à l’écoute active, reconnaître les ressources et les difficultés d’apprentissage, permettre

- au patient de prendre une place plus active au niveau décisions qui concernent sa santé, ses soins personnels et ses apprentissages. Soutenir la motivation du patient ;
- Les compétences pédagogiques et d’animation : choisir et utiliser de manière adéquate des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l’acquisition de compétences d’auto-soins et d’adaptation, prendre en compte les besoins et la diversité des patients lors des séances d’ETP ;
 - Les compétences méthodologiques et organisationnelles : planifier les étapes de la démarche d’ETP (conception et organisation d’un programme personnalisé d’ETP négocié avec le patient, mise en œuvre et évaluation), recourir à des modalités de coordination des actions entre les services et les professionnels de santé, de manière continue et dans la durée ;
 - Les compétences biomédicales et de soins : avoir une connaissance de la maladie chronique et de la stratégie de prise en charge thérapeutique concernées par le programme d’ETP, reconnaître les troubles psychiques, les situations de vulnérabilité psychologique et sociale » (HAS, 2015).

En effet, d’après le Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le ministère de la Santé et des sports, de par ses compétences, l’ergothérapeute est à l’écoute, il crée des temps d’échange et favorise l’expression de chaque personne en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation. Il identifie les besoins et les attentes de la personne liés à son environnement ainsi que les éléments facilitateur ou créant un obstacle à son indépendance et à son autonomie. Il analyse les comportements et les situations à risque pour la santé.

De plus, il adapte l’activité en fonction des capacités de la personne mais aussi du contexte et des exigences requises pour l’accomplissement de l’activité. Il lui permet un accompagnement dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans un contexte de vie par des mises en situation écologiques. Il identifie aussi les besoins d’apprentissages, les attentes non verbalisées et repère les ressources, les potentialités de la personne ou d’un groupe de personne en vue de la mise en œuvre d’activités éducatives. Il adapte son comportement et sa pratique auprès de toutes les personnes et met en œuvre des actions de prévention, de conseil et d’éducation déterminés pour des populations cibles.

D’autres part, il conçoit des mises en situation écologiques et préconise des adaptations et aménagements de l’environnement afin de favoriser le maintien ou un retour à l’activité à domicile, aux loisirs, pour promouvoir le droit à l’implication sociale. Il préconise des adaptations en évaluant la qualité et l’efficacité en situation d’activité. Il sélectionne et préconise des adaptations en tenant compte du recueil d’information, de l’entretien, des évaluations préalables, du projet de la personne et de l’avis de l’équipe médicale impliquée dans le suivi.

Enfin, il organise sa propre documentation professionnelle au vu d’une pratique fondée sur des preuves et qui sont pertinentes à présenter à la personne par l’utilisation de documents scientifiques. Il élabore des documents professionnels en vue de communication orale et écrite. Il coopère au sein d’une équipe pluriprofessionnelle et avec les différents acteurs dans le but d’optimiser la qualité de l’intervention sanitaire et médico-sociale, afin de faciliter l’activité et l’implication sociale. Il conduit des interventions pertinentes en travaillant en réseau et coordonne les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif.

Enfin, il évalue les interventions en ergothérapie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d’ergonomie, de sécurité, d’hygiène, de traçabilité, et au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le ministère de la Santé et des sports, 2010, p. 200).

De par tous les éléments apportés par le Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le ministère de la santé et des sports, l’ergothérapeute possède de nombreuses compétences afin d’intervenir dans ce type de programme. De plus, pour intervenir auprès de la personne, il va prendre en considération toutes les dimensions susceptibles d’être responsables de la situation de handicap. Ces dimensions sont : l’aspect identitaire de la personne, son environnement et ses habitudes vie.

Dans sa pratique professionnelle, l’ergothérapeute s’appuie sur des modèles conceptionnels afin d’avoir un repère dans sa pratique. Celui abordant les trois dimensions est le Processus de Production du Handicap (PPH).

2.3.2 Modèle conceptuel général en ergothérapie : le Processus de Production du Handicap (PPH)

Le Processus de Protection du Handicap (PPH) de Patrick Fougeyrollas est un modèle conceptuel écosystémique du handicap qui repose sur l’interaction de trois domaines : les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie.

Les facteurs personnels : correspond à toutes les caractéristiques appartenant à la personne (l’âge, le sexe, l’identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, ...).

Au sein de ces facteurs y sont incluses trois échelles de mesure :

- Les facteurs identitaires : ils font références à plusieurs marqueurs identitaires tels que : Le sexe, l’âge, le métier, les objectifs de vie, les croyances, les valeurs, les compétences, ... Sa qualité se mesure sur une échelle allant du facilitateur optimal à l’obstacle complet.
- Le système organique : il fait référence à l’ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune (ex : le système nerveux, le système cardiovasculaire, ...). Sa qualité se mesure sur une échelle allant de l’intégrité (correspond à un système organique n’ayant pas subi d’altération) à la déficience complète (correspond à un système organique ayant subi des altérations légères, modérées ou considérables).
- Les aptitudes : il fait référence à la possibilité pour une personne d’accomplir une activité physique ou mentale (ex : reliées aux activités intellectuelles ou aux comportements). Sa qualité se mesure sur une échelle allant de la capacité optimale à l’incapacité complète.

Les facteurs environnementaux : est une dimension sociale ou physique qui détermine l’organisation et le contexte d’une société. Elle est composée de trois dimensions, soit, le micro-environnement personnel, le méso environnement communautaire et le macro-environnement sociétal. Sa qualité se mesure sur une échelle allant du facilitateur optimal à l’obstacle complet.

Les habitudes de vie : est une activité courante (ex : soins personnels) ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, ...). Elle assure le suivi et l’épanouissement d’une personne dans sa société tout au long de

son existence. Sa qualité se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale (correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l’interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux) à la situation de handicap totale (correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l’interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux) (Fougeyrollas, P., 2010).

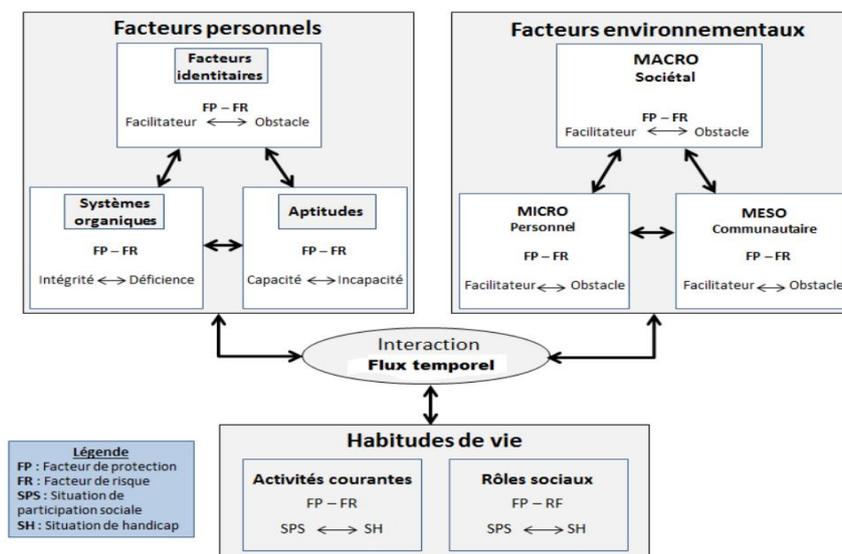


fig.1 : Schémas du PPH selon Patrick Fougeyrollas (2010)

Ce modèle « vise à documenter et expliquer les causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l’intégrité ou au développement de la personne » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH), n.d.). Celui-ci va dans le sens où, la personne n’est pas responsable de son handicap. Selon la loi n°2005-102 du février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d’une altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’un polyhandicap ou d’un trouble de santé invalidant » (Castelein, P., 2017).

Comme évoqué précédemment, toutes les dimensions sont en interaction. Seulement, quand l’une des dimensions est altérée, celle-ci influence les autres. De ce fait, dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes par exemple, les activités de la personne sont influencées par ses capacités et incapacités au vu du vieillissement, ainsi que par les facteurs extrinsèques

(les obstacles au sein du domicile, l’environnement non adapté, ...). Ainsi, ce modèle nous permet d’avoir une appréciation de la qualité de vie de la personne.

De plus, ce modèle permet de bénéficier d’un langage commun et donc de faciliter la collaboration interdisciplinaire en formulant des objectifs communs et ainsi développer des objectifs en fonction des spécificités de chaque discipline. Il a pour finalité : « de nous aider à analyser la complexité de la situation d’une personne victime d’une maladie, d’une atteinte de son intégrité physique ou de son développement, ou de tout autre problème de santé » (Castelein, P., 2017).

Ce modèle est centré sur les différentes composantes qui constituent la personne dans sa globalité et ainsi nous permet de faciliter les prises en charge. Des similitudes sont notables avec L’ETP Prévention des chutes car elles placent la personne au centre de sa santé au sein d’un programme adapté, afin qu’elle puisse gérer au mieux les situations de chutes en intervenant autour des dimensions évoquées dans ce modèle.

De par les recherches effectuées concernant les compétences et la pratique de l’ergothérapeute, nous pouvons constater que ce dernier a bien sa place dans un programme d’ETP Prévention des chutes. Néanmoins, nous pouvons nous questionner quant à sa pratique au sein de ce type de programme.

2.3.3 L’intervention de l’ergothérapeute

Dans tous les programmes incluant l’ergothérapeute (Annexe III), celui-ci intervient dans les différents ateliers soit seul ou en collaboration avec d’autres professionnels (kinésithérapeutes, psychomotriciens, aide soignantes, ...). De plus, ces ateliers concernent essentiellement l’aménagement du domicile/utilisation des aides techniques, la prévention des risques de chutes (repérer les dangers, anticiper le risque de chute, les conduites à tenir, les connaissances face à la chute) et les ateliers d’équilibre/relevé de sol (OSCARS, n.d). Suite aux recherches effectuées concernant l’intervention de l’ergothérapeute dans le cadre de la prévention des chutes, des éléments complémentaires ont été apportés en lien avec les différents ateliers abordés.

2.3.3.1 Connaissance de la chute

Dans ces différents programmes, l’ergothérapeute est amené à intervenir auprès des personnes âgées et de son entourage, dans l’apprentissage de la notion de chute dans le but de les anticiper. Celles-ci leur permettront par la suite de prendre conscience de l’impact négatif que procure cet événement afin de pouvoir l’anticiper. Pour adapter sa pratique en fonction de la personne face à l’exigence de l’apprentissage, l’ergothérapeute peut utiliser des ressources éducatives comme des brochures par exemple, afin de favoriser l’apprentissage autour de la thématique (HAS, 2014, p. 5).

2.3.3.2 Ateliers d’équilibre

Des ateliers d’équilibre permettant la préservation de l’autonomie fonctionnelle de la personne âgée sont mis en place. Durant ces ateliers, l’ergothérapeute, en coopération avec d’autres professionnels de santé peut être conduit à mettre en œuvre des exercices pratiques et des mises en situation prédisposant à leur retour à domicile. Durant ces ateliers, les techniques de relevé du sol préparent physiquement et mentalement la personne à une éventuelle chute car selon Ben Salem, S., et al., : « 50% des chuteurs ayant dépassé plus d’une heure au sol décèdent dans les 6 mois suivant la chute » (Ben Salem, S., et al., 2019). La station prolongée au sol au moment de la chute semble être l’un des indicateurs de gravité de la chute (SFDRMG - HAS, 2005, p. 25).

L’ergothérapeute est amené à lui apprendre comment faire face aux difficultés seul, en lui montrant des techniques de relevé du sol qui sont adaptables en fonction de ses capacités et incapacités. Le relevé du sol est essentiel dans les programmes de prise en charge des personnes âgées à risque de chute. L’apprentissage de celui-ci favorise la prise de confiance, apporte une certaine assurance, montrant que la personne est capable de les réaliser seule. Ainsi, cela permet de dédramatiser la présence au sol (Abric, M., (2004), p.14). L’apprentissage de ces techniques est recommandée par l’HAS lors de la prise en charge de la personne âgée, cet exercice fait partie des techniques essentielles dans la prévention de la perte d’autonomie (Gavalda L., 2017, p.10). Celles-ci permettront par la suite à la personne d’alerter un tiers en cas de chute si le moyen de communication utilisé n’est pas à proximité et de s’installer confortablement en attendant les secours.

2.3.3.3 Aménagement du domicile et utilisation d’aides techniques

Au sein des programmes, les ergothérapeutes interviennent dans d’autres ateliers en lien avec les aides techniques et l’aménagement du domicile.

Afin de permettre aux personnes âgées de vivre de manière pérenne au sein de leur lieu de vie, l’ergothérapeute peut faire des propositions ou apporter des conseils sur l’aménagement du domicile mais aussi sur l’utilisation d’aides techniques. Pour pouvoir réduire les facteurs de risques environnementaux, il est nécessaire de connaître les habitudes de vie de la personne. Son avis concernant l’aménagement de son domicile est à prendre en compte car il ne faut pas oublier que le domicile est le lieu de vie de la personne, le dépersonnaliser pourrait la perturber. Son bien-être est une priorité. Pour valider toutes les propositions, des mises en situation avec l’essai des matériaux est fondamentale. Les propositions permettant l’accessibilité du domicile sont :

- L’amélioration de l’éclairage à l’intérieur du domicile dans les zones sombres, mettre à disposition des interrupteurs à proximité
- L’installation de points d’appui stables dans des lieux stratégiques : Barre d’appui au WC, à la salle de bains, dans le couloir et rampe dans l’escalier
- La suppression des tapis ou mettre de l’antidérapant.
- L’utilisation de chaussures adaptées, maintenant correctement le pied
- L’adaptation des assises : fauteuil à hauteur adaptée et à accoudoirs pour assurer un bon appui lors du passage à la position debout, rehausse-WC, lit à hauteur variable, ...
- La mise en place d’aides aux transferts
- La suppression de tous les obstacles de manière à circuler plus facilement : ne rien laisser sur le passage pour ne pas trébucher
- Pouvoir accéder aux étagères en hauteur : utilisation d’un escabeau très stable ou mettre tous les objets non accessibles à son niveau

- Mise en place d’aides techniques à la marche à l’intérieur du domicile mais aussi à l’extérieur pour favoriser les liens sociaux (Boyer, M-N., Bellemare, L., 2009, p.213-214).

Afin d’être dans la continuité de leur prise en charge, les visites à domiciles peuvent être un moyen d’éviter les récives de chute et ainsi leur hospitalisation car : « Les visites à domicile ont pour but d’évaluer si le maintien à domicile est possible en favorisant l’autonomie de la personne âgée, en améliorant sa sécurité et son confort. » (Bourrellis, C., 2009, p. 7).

Cependant, dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes aucun programme, ni documentation n’évoquent l’intervention de professionnels à l’extérieur de l’établissement dont lequel est réalisé le programme.

Je me suis alors questionnée quant à la possibilité d’effectuer une mise en situation simulant l’environnement de la personne. Lorsque que j’évoque la mise en situation celle-ci n’inclue pas la mise en situation dites « écologique » car elle fait référence à la réalisation d’activités en situation réel. Le terme « écologique » fait référence à une intervention au domicile de la personne (Guihard, J-P., 2007).

2.3.3.4 La mise en situation

La mise en situation est une technique visant à impliquer la personne ou un groupe de personne dans un contexte visant à simuler une situation précise. Dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes, la mise en situation n’est pas incluse dans les techniques pédagogiques. On parle ici de jeu de rôle, de simulations de gestes et de techniques (HAS, 2007).

Cependant au sein des programmes, la mise en situation est abordée notamment dans les situations de mise en pratique (relevé de sol) par les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. Car en effet, ce terme est évoqué dans le référentiel d’activité en lien avec le diplôme d’état d’ergothérapeute et elle inclut :

- « La mise en situation d’activités à visée thérapeutique en individuel ou en groupe, visant le développement des capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d’interaction et de communication

- La mise en situation d’activités thérapeutiques dans le contexte de vie de la personne visant le transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le ministère de la Santé et des sports, 2010, p. 172).

Suite aux explications de Abric, M. sur le relevé de sol, la mise en situation permet de faire en sorte que le patient puisse visualiser ses capacités à agir, de faire évoluer sa pratique dans le temps, de développer ses sentiments d’auto-valorisation et de confiance en soi ainsi que sa motivation, dans le but de favoriser son apprentissage (Abric, M., 2004).

2.4 Hypothèse

Suite aux recherches effectuées, l’hypothèse que j’avance est :

« Les mises en situation reproduisant le lieu de vie de la personne âgée peuvent être un moyen de diminuer les risques de chute, et ainsi éviter une nouvelle hospitalisation. »

2.5 Conclusion du cadre conceptuel

L’Education Thérapeutique du Patient est une approche permettant à la personne d’avoir une meilleure connaissance de sa maladie et de pouvoir la gérer au quotidien. Pour cela, des ateliers sont mis en place afin de permettre un apprentissage global faisant intervenir plusieurs professionnels. Dans le cadre de la prévention des chutes auprès des personnes âgées, l’ETP permet de prévenir les risques de chute ainsi que les conséquences physiques et psychologiques. A cet égard, lui faire prendre conscience que la modification des facteurs de risques et du comportement ont leur intérêt afin d’éviter les récides.

Pour contribuer à améliorer la qualité de vie de la personne, l’ergothérapeute est un professionnel indispensable dans ce type d’approche, de par ses compétences et son intervention dans les différents ateliers mettant en avant des techniques pédagogiques notamment les mises en situation afin favoriser l’apprentissage de nouveaux savoirs.

3. Méthodologie de recherche

3.1 Présentation du contexte

3.1.1 Rappel de la question de recherche et de l’hypothèse

- Question de recherche : « Dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes, comment l’ergothérapeute, à travers ses compétences, peut-il permettre aux personnes âgées de prévenir les récurrences de chute après leur hospitalisation en établissement de santé ? »

- Hypothèse : « Les mises en situation reproduisant le lieu de vie de la personne âgée peut être un moyen de diminuer les risques de chute, et ainsi d’éviter une nouvelle hospitalisation. »

3.1.2 Population d’enquête

Afin d’effectuer ma méthodologie d’enquête et ainsi répondre à ma question de recherche et vérifier mon hypothèse, enquêter auprès des ergothérapeutes m’a semblé être l’approche la plus appropriée à mon sujet.

Celui-ci porte sur l’inclusion de ses compétences en lien avec sa profession d’ergothérapeute dans sa pratique au sein de l’ETP Prévention des chutes, afin de permettre aux personnes âgées de prévenir les récurrences de chute après leur hospitalisation en établissement de santé. Car en effet, selon Santé publique France : « Les chutes des personnes âgées (65 ans et plus) sont à l’origine d’une morbidité et d’une mortalité considérables dans tous les pays et constituent un problème majeur de santé publique » (Santé publique France, 2017). Echanger avec des ergothérapeutes autour de ce sujet m’est avéré être essentiel dans l’apport d’éléments pratiques pouvant se compléter avec les éléments théoriques.

Pour mon enquête, j’ai décidé de m’orienter vers des ergothérapeutes animant dans un programme d’ETP Prévention des chutes, travaillant auprès des personnes âgées chuteuses en établissement de santé au sein de structures différentes.

3.2 Choix de l’outil d’enquête

Mon enquête a été réalisée à partir d’entretiens semi structurés. D’après Guillez, P., et Tétreault, S., : « l’entretien semi-structuré est une méthode plus souple, qui représente un intermédiaire entre les deux autres » (Guillez, P., Tétreault, S., 2014, p. 223) soit, l’entretien structuré et l’entretien libre. En ce sens, « il n’est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises » (Campenhoudt, L-V., Marquet, J., Quivy, R., 2017, p.242).

En effet, celui-ci a permis aux ergothérapeutes de s’exprimer en toute liberté concernant leurs expériences, observations et ressentis autour de la question posée. Et ainsi, d’obtenir un maximum d’information et des éléments de réflexion riches sur le sujet. De ce fait, l’entretien semi-structuré est une technique d’enquête qualitative.

De plus, cet outil m’a permis d’avoir un échange et ainsi de vérifier la compréhension des questions soumises, me permettant par la suite de les reformuler en cas de nécessité. Car, afin de mener ce dernier à bien et d’assurer une continuité dans la collecte des informations, un guide d’entretien (Annexe VI) a été préparé en amont avec des questions prédéterminées réparties en quatre thèmes principaux. Celui-ci étant en lien avec mon hypothèse et les éléments issus de mon cadre conceptuel, me permettant ainsi, de structurer l’entretien et de me servir de points de repère.

3.2.1 Présentation des thèmes

Thème 1 : La pratique de l’ergothérapeute autour de la chute

Ce thème aborde la pratique de l’ergothérapeute dans sa globalité hors cadre ETP Prévention des chutes. Le but est de savoir en quoi consiste sa pratique dans la prise en charge du patient autour de la chute, la manière dont il intervient et ainsi visualiser si son intervention peut apporter une complémentarité à son intervention au sein de l’ETP Prévention des chutes pour une prise en charge globale du patient.

Thème 2 : La pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

Au sein de l’ETP Prévention des chutes, l’ergothérapeute anime des ateliers et utilise des ressources éducatives afin de favoriser l’apprentissage. Dans ce thème, je cherche à savoir quels ateliers sont mis en place, comme il aborde l’atelier et quels ressources éducatives (techniques de communication, pédagogiques et outils) il utilise afin d’impliquer le patient dans l’apprentissage de nouveaux savoirs.

Thème 3 : L’intérêt des mises en situation chez les patients chuteurs

Ce thème est en lien avec mon hypothèse, il présente la mise en situation. Le but est savoir concrètement quel est l’intérêt de mettre en place des mises en situation auprès de cette population ainsi que les avantages et les inconvénients. Cette technique pédagogique est-elle un bon moyen de permettre l’apprentissage ? J’ai voulu aussi connaître l’opinion des ergothérapeutes face aux mises en situation reproduisant le lieu de vie des patients chuteurs au vu de nombreuses chutes se situant dans leur lieu de vie.

Thème 4 : L’efficacité de l’intervention de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

Ce thème est centré sur l’efficacité de l’intervention de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes. Le but est de savoir quelles sont les évaluations mises en place, comment l’ergothérapeute intervient ou peut intervenir suite à une récurrence de chute chez les patients ayant déjà participé au programme d’ETP Prévention des chutes ainsi que l’impact de son intervention.

3.3 Déroulement de l’enquête

La recherche d’ergothérapeute a commencé fin mars grâce aux recensements régionaux exploitables sur internet, mettant en avant les différents programmes d’ETP. J’ai pu par la suite trouver des programmes spécifiques à la prévention des chutes. En consultant ces programmes, certains d’entre eux donnaient accès aux adresses mails ainsi qu’aux numéros de téléphone des structures. Suite à mes recherches, j’ai envoyé plusieurs mails en incluant mon sujet, mon outil d’enquête, tout en proposant différents moyens de communication (téléphone ou zoom au vu de la crise sanitaire) afin de réaliser mes entretiens. Puis, ayant que très peu de retours, j’ai effectué des relances par mail et par téléphone, ce qui m’a permis d’avoir des retours positifs.

Les conditions de passation de l’entretien ont été effectuées de manière à ne pas altérer l’analyse qualitative des données. Le nombre d’entretien a été réalisé en fonction des réponses favorables à mon enquête, cela dit, 4 entretiens au total ont été réalisés par téléphone. La durée de passation en moyenne a été d’environ 30 minutes. Tous les éléments de passation ont été déterminés en fonction des disponibilités des ergothérapeutes.

Pour chaque entretien, un enregistrement dans leur intégralité a été effectué suite à un consentement oral des ergothérapeutes, afin de ne pas altérer l’exactitude de ce qui a été explicité et de pouvoir retranscrire les dires plus facilement. La retranscription d’un des entretiens est jointe en annexe (Annexe VII).

Par la suite, une analyse et une interprétation des données ont été effectuées. Enfin, ces données ont été comparées et mises en lien entre elles, avec le cadre conceptuel et mon hypothèse.

4. Résultats et analyse des résultats

4.1 Présentation des ergothérapeutes

Afin de débiter l’analyse des résultats, des questions ont été posées aux ergothérapeutes leur permettant de se présenter. Pour des raisons d’anonymat, les différents ergothérapeutes seront abordés par des numéros (E1, E2, E3 et E4).

Le tableau ci-dessous, présente chaque ergothérapeute en indiquant le nombre d’année d’expérience depuis l’obtention de leur diplôme, leur lieu d’exercice, s’ils ont bénéficié d’une formation ETP (Education Thérapeutique du Patient) et si oui, depuis combien de temps et enfin le nombre d’années d’expérience au sein de l’ETP Prévention des chutes.

	Expérience depuis le diplôme (en nb d’années)	Lieu d’exercice	Formation ETP	Nombre d’années	Expérience au sein de l’ETP Prévention des chutes (en nb d’années)
E1	33 ans	SSR PAPD		NON	8 ans
E2	14 ans	SSR PAPD		NON	4 ans
E3	16 ans	SSR PAPD	Oui	4 ans	2 ans
E4	5 ans	SSR PAPD	Oui	4 ans	3 ans

tab.I : Présentation des ergothérapeutes interrogés

Les ergothérapeutes interrogés comptent des années d’expérience depuis l’obtention de leur diplôme très variées allant de 5 à 33 ans. Tous travaillent en Soins de Suite et de Réadaptation PAPH en hospitalisation complète accueillant des patients chuteurs. Les ergothérapeutes E3 et E4 ont bénéficiés d’une formation d’ETP en 2017, soit, il y a 4 ans par le biais d’organisme tel que « Ago Formation » dans le sud de la France (E3) et passent actuellement un diplôme universitaire (DU) d’ETP. Quant à E1 et E2, ces derniers n’ont pas eu de formation, cependant, ils vont en bénéficier durant l’année 2021. Enfin, avec la formation d’ETP ou sans formation, l’ensemble des ergothérapeutes animent au sein de l’ETP Prévention des chutes, depuis un nombre d’années allant de 2 à 8 ans.

L’analyse des résultats va être présentée de manière transversale en reprenant les thèmes abordés dans mes entretiens. Ces quatre entretiens seront alors comparés à partir des propos des quatre ergothérapeutes en mettant en avant les similitudes et les différences.

4.2 La pratique de l’ergothérapeute autour de la chute

- La prise en charge en ergothérapie des patients chuteurs

La prise en charge des patients chuteurs s’effectue par une équipe pluridisciplinaire, les ergothérapeutes E1, E2 et E4 évoquent le *travail d’équipe* et E3 *l’intervention pluridisciplinaire*. Au sein de cette équipe, l’ergothérapeute intervient dans :

E1	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Information autour de la chute ➔ Evaluations (bilan cognitif, observation lors des activités de vie quotidienne) ➔ Visite à domicile
E2	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Questionnaire concernant les causes de chutes ➔ Evaluations (Tinetti ou Get up and go test)
E3	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Information autour de l’environnement

	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Evaluations en début et en fin de séjour (Mesure de l’Indépendance Fonctionnel, Get up and go test, observation lors des activités de vie quotidienne) ➔ Diagnostic ergothérapeutique ➔ Etablissement des objectifs avec le patient ➔ Visite à domicile
E4	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Information autour de l’environnement ➔ Evaluation (observation lors des activités de vie journalière) ➔ Le fournisseur intervient au domicile

tab.II : Réponses des ergothérapeutes interrogés

Des similitudes apparaissent dans chaque entretien. Les quatre ergothérapeutes utilisent les mêmes modalités de prise en charge lors de l’admission du patient en SSR.

Cependant, ces modalités sont abordées de manière différente. Soit, par des questionnements pouvant informer les professionnels concernant la chute, incluant pour E2 les causes de leur chute *que ce soit au niveau pathologique, au niveau des traitements ou au niveau du logement* ainsi que *l’endroit où ils ont chutés, les antécédents et les personnes qui interviennent à domicile* pour E1. Ces questionnements ont pour but, d’adapter au mieux la prise en charge du patient. De plus, l’ensemble des ergothérapeutes font passer par la suite des bilans/évaluations dans le but, selon E3 *d’avoir une appréciation sur le risque de chute du patient.*

Les activités de vie quotidienne évoquées incluent *les soins quotidiens (habillage, le chaussage, les transferts, les déplacements, la continence).*

Par la suite, E3 aborde la réalisation d’un diagnostic ergothérapeutique suite aux évaluations et l’établissement des objectifs avec le patient, toutefois, *quand il y a des troubles cognitives ou des patients très altérés, des fois les objectifs sont difficiles à formuler. L’ergothérapeute recherche l’adéquation entre ce qu’il a pu évaluer et le projet de sorti du patient.*

Enfin, les quatre ergothérapeutes expliquent l’importance du travail d’équipe dans la prise en charge d’un patient chuteur car l’ergothérapeute est amené à travailler en collaboration avec d’autres professionnels, notamment pour E1 l’assistante sociale par exemple pour les

visites à domicile : *quand il nous semble que le logement est peu précaire ou qu’il pourrait y avoir des aménagements, on intervient avec l’assistante sociale.*

Enfin, E1 et E3 dans la continuité de leur prise en charge font des visites à domicile. Celles-ci concernent *les aménagements* dans le but selon E3, *de border l’environnement. Pour qu’à domicile les dangers soient identifiés et pour qu’on puisse proposer des aménagements.* E4, quant à lui n’intervient pas directement au domicile, il utilise les informations concernant l’environnement explicitées par le patient et par l’entourage afin de proposer des solutions. *Ce sont les fournisseurs qui vont eux intervenir au domicile et me faire des retours.*

- Intervention de l’ergothérapeute autour du problème de chute

L’intervention de l’ergothérapeute autour du problème de chute porte sur :

E1	→ L’aide technique, le chaussage et l’aménagement de l’environnement
E2	→ Des conseils au niveau des aides techniques → Des informations concernant la chute auprès du patient et de son entourage → Le relevé de sol
E3	→ L’aménagement de l’environnement, les aides techniques et le chaussage → Le relevé de sol, l’équilibre
E4	→ L’équilibre/ le relevé de sol et le ressenti du patient

tab.III : Réponses des ergothérapeutes interrogés

Nous pouvons retrouver des éléments similaires dans l’intervention de l’ergothérapeute. E1, E2 et E3 travaillent autour de l’aide technique, notamment celle *utilisée pour les déplacements*, mentionné par E1, des conseils sont apportés sur l’utilisation de celle-ci et les ergothérapeutes visualisent si l’aide technique n’est pas abimée ou non adaptée. De plus, E2 évoque l’utilisation de la présence verte. Cependant, *pour les personnes qui ne souhaitent*

pas la présence verte, on leur demande d’avoir un téléphone à proximité, dans le but de prévenir des tierces personnes en cas de chute.

E1 et E3 abordent leur intervention autour du chaussage en s’assurant que le patient à un bon chaussage ou selon E3, en commandant des chaussures à usage thérapeutique par exemple. Ils interviennent aussi dans l’aménagement de l’environnement directement dans le domicile du patient. Cependant, pour les patients hospitalisés, E3 intervient en chambre et effectue des aménagements (emplacement du lit, installation de veilleuses pour assurer un bon éclairage, installation d’un fauteuil garde-robe à proximité du lit pour les patients continents) ainsi que la mise en place *de barre latérale de redressement pour sécuriser les transferts au lit.*

E2, E3 et E4 mettent en place des séances de relevé de sol en collaboration avec le kinésithérapeute. Celles-ci consistent en des mises en situation d’après E2 de *trouver des stratégies afin de se relever du sol suite à une chute.* De plus, E3 et E4 interviennent autour de l’équilibre. E4 explique que ce sont des *séances en individuelles ou collectives mettant en lien des activités qui ont du sens pour le patient (AVQ, activité ludique ou en l’associant à un travail cognitif par exemple) pour le décentrer du travail de l’équilibre.* E4 en plus d’aborder l’aspect physique de la personne, aborde l’aspect mental, car *il y a un gros travail à faire sur la réassurance de la personne âgée, la mise en confiance et la valorisation pour qu’elle se sente capable de refaire ses activités de la vie quotidienne comme avant.*

4.3 La pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

- Pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

Les ergothérapeutes interviennent autour d’un ou plusieurs ateliers.

E1	Il intervient autour d’un atelier abordant : <ul style="list-style-type: none"> ➔ Environnement intérieur et extérieur
E2	Il intervient autour de trois ateliers abordant : <ul style="list-style-type: none"> ➔ Risques de chute (facteurs extrinsèques et intrinsèques) ➔ Environnement intérieur et extérieur/ Aménagement du domicile/ Chaussage/ Aide technique

	→ Relevé de sol
E3	Il intervient autour de deux ateliers abordant : → Environnement bienveillant/ Aménagement du logement → Relevé de sol (en fonction de ses disponibilités)
E4	Il intervient autour de deux ateliers abordant : → Expression des émotions autour de la chute → Aménagement du logement et comportement → Relevé de sol

tab.IV : Réponses des ergothérapeutes interrogés

Les quatre ergothérapeutes interviennent au sein d’un atelier évoquant l’environnement. A partir d’illustration de différents endroits du domicile (cuisine, jardin, ...), E3 explique que *les participants doivent identifier les obstacles, les anomalies qu’il y a dans les photos. Ça leur permet de faire le lien avec leur propre situation à domicile et c’est l’occasion d’embrayer sur tous les aménagements et les conseils d’aménagements du domicile qui peuvent être proposés.* Le but selon E4 est *qu’il sorte de là en sachant quels peuvent être les lieux à risque chez eux et de connaître les solutions qui pourraient être mises en place.*

De plus, E2, E3 et E4 interviennent dans l’atelier du relevé de sol en collaboration avec le kinésithérapeute. Pour permettre l’apprentissage, des mises en situation sont mises en place avec selon E3 *des répétitions de mouvements pour qu’ils soient bien dans le schéma moteur et apporter des conseils si on voit que ça ne fonctionne pas bien.* Toutefois, pour des raisons de traumatismes encore présents chez certains patients, l’ergothérapeute effectue l’exercice pratique seul tout en leur expliquant.

Au sein de l’aménagement du logement, E4 aborde le comportement car les patients sont amenés à se précipiter dans certaines situations. Au vu du vieillissement, ils ont du mal à *prendre conscience que leur corps vieillit* et qu’il ne réagit plus comme avant face à la précipitation. De plus, selon E4, l’aspect émotionnel est à considérer au même titre que l’aspect physique. Lors de l’atelier d’expression des émotions autour de la chute, chaque patient choisit l’image qui selon lui est le plus représentative de la chute et il y a des échanges sont fait autour de l’image. Cela permet au patient de s’exprimer sur son état émotionnel, la peur de retomber mais aussi sur ses difficultés actuelles. Cet atelier est intéressant d’après

E4 car *ça laisse la liberté aux personnes de parler plus ou moins profondément de ce qu’ils ont ressenti.*

Enfin, E2 intervient dans l’atelier des risques de chutes incluant les facteurs intrinsèques et extrinsèques en collaboration avec le médecin, qui lui intervient sur l’aspect pathologie et traitement. *Ça nous permet de faire le point sur les risques de chute. Après ce que je fais, c’est que selon le dossier des patients, je parle plus ou moins de choses qui les intéressent.*

- Les ressources éducatives utilisées par l’ergothérapeute afin d’impliquer le patient chuteur dans son apprentissage

Les ressources éducatives sont utilisées lors des ateliers, elles incluent les techniques de communication, les techniques pédagogiques et les outils. Celles utilisées par les ergothérapeutes sont :

E1	→ Tableau interactif (photos)/ Support papier en lien avec les photos → Echange
E2	→ Tableau blanc/ Power Point (photos) → Echange → Mises en situation
E3	→ Photos montages/ Tableau blanc → Echange → Mises en situation
E4	→ Photo langage/ Vidéos/ Présentation des matériaux → Echange

tab.V : Réponses des ergothérapeutes interrogés

Tous les ergothérapeutes abordent l’échange dans tous leurs ateliers. L’échange est primordial surtout entre patients car, selon E4 *venant de la bouche d’un autre patient, ça peut être parfois mieux entendu que de la bouche d’un soignant plus jeune qu’eux et qui n’a pas vécu la chute comme eux.*

Lors de ces moments d’échange, tous les patients ont un temps de parole, chacun peut exprimer ses émotions, ses ressentis, ses expériences et partager les solutions qu’il a pu mettre en place avec les autres patients, cela montre leur implication. Pour repartir convenablement le temps de parole, l’ergothérapeute dirige le discours.

De plus, lors des ateliers de relevé de sol, comme évoqué précédemment, des mises en situation sont incluses par la mise en pratique de techniques. Celles-ci permettent, suite à un apprentissage par répétition, de favoriser la pratique en impliquant le patient. Cependant, E2 explique que *concernant le relevé, c’est moi qui m’allonge par terre, qui leur explique et qui leur montre. S’ils se sentent capables, il y en a qui acceptent de faire les exercices, les autres ont peur parce que justement, ils ont déjà chuté et du coup, le fait de se remettre par terre reste un souvenir assez traumatisant.*

4.4 L’intérêt des mises en situation chez les patients chuteurs

- Les mises en situations au sein de l’ETP Prévention des chutes

Les mises en situation mises en place au sein de l’ETP Prévention des chutes sont :

E1	→ Equilibre (abordé par un autre professionnel de santé -> Kinésithérapeute)
E2	→ Le relevé de sol
E3	→ Stimulation des capacités motrices (abordé par un autre professionnel de santé -> Kinésithérapeute)
E4	→ Le relevé de sol

tab.VI : Réponses des ergothérapeutes interrogés

L’ergothérapeute E1 n’intervient en aucun cas dans des ateliers introduisant des mises en situation au sein de l’ETP Prévention des chutes, ceux-ci sont abordés par un Kinésithérapeute. Cependant, E1 évoque *qu’on fait des mises en situation en individuel mais hors cadre ETP Prévention des chutes.*

Contrairement, E2 et E4 mettent en place des mises en situation dans les ateliers de relevé de sol. Concernant E3, les mises en situation sont utilisées lors de l’atelier de stimulation des capacités motrices (schéma moteur, l’équilibre et le relevé de sol) effectuées par le Kinésithérapeute. Cependant, *l’ergothérapeute intervenait mais ça l’a mobilisé trop. La répartition a été faite comme ça, pour pas que ça la mobilise trop.*

- L’intérêt chez les patients chuteurs des mises en situation

Les avis des ergothérapeutes face à l’intérêt chez les patients chuteurs des mises en situation sont :

E1	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Prise en conscience</i> ➔ <i>Apporter de nouvelles solutions</i>
E2	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Permet de faire un rappel</i>
E3	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Favorise l’apprentissage</i> ➔ <i>Avoir moins d’appréhension</i> ➔ <i>Favorise la motivation</i>
E4	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Mise en confiance</i> ➔ <i>Réassurance</i>

tab.VII : Verbatims des ergothérapeutes interrogés

Les quatre ergothérapeutes approuvent l’idée des mises en situation au sein de l’ETP Prévention des chutes. Chaque réponse apportée par les ergothérapeutes montre les bénéfices de ce type de pratique et ce qu’elle apporte au patients chuteurs. Cependant, elle possède des avantages comme des limites, celles-ci sont abordées dans le tableau ci-dessous.

	Avantages	Limites
E1	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Favorise l’échange et le partage</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Accepter de faire différemment</i> ➔ <i>Mettre en application à la maison</i>
E2	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>C’est du concret</i> ➔ <i>Favorise la mémorisation</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Proposition parfois utopique</i>
E3	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Meilleure appropriation des techniques</i> ➔ <i>Meilleure acquisition des compétences</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Age de la personne (limites capacités physiques et cognitives)</i>

	→ Favorise le changement de comportement	
E4	→ Motivation du patient pour un retour à domicile → Réassurance	→ Limite des capacités physiques

tab.VIII : Verbatims des ergothérapeutes interrogés

E3 explique que l’ARS a demandé à ce qu’on se pose sur une population de plus de 75 ans, nous on voulait démarrer notre programme dès l’âge de 60 ans pour être vraiment dans la prévention et pas attendre que la personne soit vraiment polypathologique et qu’elle ait X antécédents de chutes, on voulait vraiment intervenir en amont. Mais l’ARS voulait vraiment que les programmes s’inscrivent dans ce qu’ils appelaient le programme PAERPA, donc tout ce qui était personne âgée à risque de dépendance. Suite à cette contrainte, E3 et E4 évoquent que l’âge entraîne des limites au niveau physique car selon E4, la personne est douloureuse, les tendons sont abimés et elle est parfois opérée. Donc, une peur d’effectuer les mises en situation ainsi que le refus de les réaliser sont présentes. De plus, E3 explique qu’il ne faut pas qu’il y ait de troubles cognitifs trop sévères parce que ça limite les apprentissages.

D’autre part, la personne âgée est vulnérable au changement, selon E1, la limite c’est de prendre conscience qu’on peut faire autrement et d’accepter de faire différemment.

Enfin, selon E2 les mises en situation doivent évoquer des situations concrètes pour le patient, par exemple quelquefois on leur dit que ce serait bien d’aménager la salle de bain de telle manière et au final dans leur logement ce n’est pas possible, même au niveau financier.

- Les mises en situation reproduisant le lieu de vie des patients chuteurs

Les opinions des ergothérapeutes face aux mises en situation reproduisant le lieu de vie des patients chuteurs sont :

E1	→ Remet en condition le patient
----	---------------------------------

	→ <i>Permet de faire une évaluation en situation</i>
E2	→ <i>Nécessaire pour l’apprentissage (mémoriser certains gestes)</i>
E3	→ <i>C’est ce qui a de mieux</i> → <i>Pas prévu dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes, le meilleur accompagnement serait d’avoir une séance individuelle et d’aller au domicile de la personne</i> → <i>La configuration n’est jamais comme chez la personne</i>
E4	→ <i>C’est le mieux</i> → <i>Rien de tel que d’avoir les vrais meubles, les vrais outils, les vrais agencements pour recréer la mise en situation</i>

tab.IX : Verbatims des ergothérapeutes interrogés

Aucunes mises en situation reproduisant le lieu de vie des patients chuteurs ne sont mises en place au sein de l’ETP Prévention des chutes malgré l’approbation de cette idée par les ergothérapeutes. Cependant, E3 aborde des limites notamment sur l’aspect financier car *l’ETP est financé sous un format collectif et si on devrait reproduire, après si la structure a déjà un atelier thérapeutique ça peut se faire sur site. De plus, le meilleur accompagnement serait d’avoir une séance individuelle et d’aller au domicile de la personne et de voir vraiment comment ça se passe en mises en situation écologiques. Donc, ça passerait par une visite à domicile.*

Enfin, E4 appuie sur le fait que les mises en situation reproduisant le lieu de vie demandent à avoir beaucoup de matériel afin de recréer le lieu de vie du patient. Ainsi, celles-ci demandent du temps, de l’espace et l’accord de la direction. *Ça fait partie d’un projet.*

4.5 L’efficacité de l’intervention de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

- Evaluation de l’efficacité de l’intervention de l’ergothérapeute

Afin d’évaluer l’efficacité de son intervention, l’ergothérapeute évoque la mise en place :

E1	<ul style="list-style-type: none"> → Evaluation finale → Appel 10 jours ou 1 mois plus tard → Contact avec la famille ou l’entourage
E2	<ul style="list-style-type: none"> → Questionnaire de satisfaction → Pas d’appel
E3	<ul style="list-style-type: none"> → Questionnaire sur chaque atelier → Synthèse individuel (visualiser les acquisitions au niveau théorique) → Entretien à distance à 1 mois et 3 mois
E4	<ul style="list-style-type: none"> → Atelier de relevé de sol (efficacité à 75%) → Expression des émotions autour de la chute (efficace → revalorisant) → Aménagement du domicile (efficacité très faible de par une absence de mise en pratique) → Pas d’appel

tab.X : Réponses des ergothérapeutes interrogés

E1 et E3 évoquent la réalisation d’une évaluation en fin de programme. E3 explique qu’un questionnaire en début et en fin de programme est mis en place avec des questions ciblant chaque séance permettant de voir les acquisitions au niveau théorique. De plus, une synthèse individuelle en début de programme permet d’identifier *des situations un peu problématiques, on refait le point avec eux en fin de programme et on leur donne des pistes et des axes d’amélioration pour le quotidien qui peuvent être très pratico-pratique*. Enfin, selon E1 et E3 un appel est effectué entre 10 jours à 3 mois plus tard auprès du patient ou de son entourage pour savoir comment se passe le retour à domicile, qu’elles sont les conditions architecturales ou humaines et ce qui a pu être mis en place. Selon E3, *ça nous permet d’apprécier les changements opérés dans le quotidien*.

E2 exprime la difficulté d’évaluer l’efficacité ainsi que l’impact de l’ETP Prévention des chutes dans sa globalité. La seule évaluation qui est effectuée, est celle relatant la satisfaction des patients vis-à-vis du programme. De plus, un appel est censé avoir lieu au bout de 2 à 6 mois pour contacter les patients afin de savoir ce qui a été mis en place à la maison mais rien n’a été fait. Selon E2, bénéficier de la formation pourrait leur permettre *de remettre les choses au gout du jour*.

D’autre part, E4 évoque le fait que l’atelier le moins marquant est l’atelier sur l’aménagement du domicile car *bien souvent, ce n’est pas les patients qui vont faire l’aménagement du domicile, ça va être l’entourage, un intervenant extérieur*. Les autres ateliers impliquent le patient physiquement et mentalement, donc ces ateliers restent dans l’esprit du patient. Pour finir, E4 explique que l’un des objectifs de programme d’ETP est de recontacter les patients 1 mois après sauf qu’il n’y a personne qui le fait. *Il faudrait un guide d’entretien avec quelques questions pour recueillir les informations directement auprès du patient ou directement auprès des proches. C’est quelque chose à améliorer.*

- Intervention de l’ergothérapeute en cas de récurrences de chute auprès des patients chuteurs ayant déjà participé au programme

E1	<p>→ Pas de récurrences de chute chez les patients chuteurs ayant déjà participé au programme</p> <p>→ Possibilité en cas de récurrences d’une prise en charge individuelle</p>
E2	<p>→ Possibilité en cas de récurrences d’une prise en charge individuelle</p>
E3	<p>→ Pas de récurrences de chute chez les patients chuteurs ayant déjà participé au programme</p>
E4	<p>→ Pas de récurrences de chute chez les patients chuteurs ayant déjà participé au programme</p>

tab.XI : Réponses des ergothérapeutes interrogés

E2 exprime qu’on a déjà rencontré des personnes faisant une récurrence de chute. *Je trouve que notre ETP est bien mais on ne va pas jusqu’au bout. C’est ça qui pêche aujourd’hui.*

De plus, E1 et E2 suite à une récurrence peuvent proposer une prise en charge individuelle. E1 explique qu’on reprend avec la personne les situations de façon individuelle, comment elle est tombée ? dans quelles conditions ? afin de personnaliser la prise en charge.

Enfin, E3 et E4 évoquent qu’aucun patient chuteur n’a récidivé suite à leur participation au programme. Cependant, E3 mentionne que la crise sanitaire a stoppé plusieurs programmes. Actuellement le nombre de récurrence ne peut être évalué.

- Eléments supplémentaires évoqués par les ergothérapeutes

E1	→ <i>C’est un programme qui fonctionne bien</i>
E2	→ <i>Ça ne tourne pas seulement autour de l’ergothérapeute</i>
E3	<ul style="list-style-type: none"> → <i>L’ergothérapeute à toute sa place</i> → <i>Il faut que ce soit un projet d’équipe pluridisciplinaire</i> → <i>Il serait mieux d’intervenir en amont, dès 60 ans</i> → <i>Il faut avoir dans l’équipe pas mal de personnes formées à l’ETP</i> → <i>Il faut qu’à terme, toutes les personnes soient formées</i>
E4	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Les programmes d’ETP se complète très bien avec les séances de rééducation</i> → <i>C’est essentiel qu’il y ait un ergothérapeute dans les programmes d’ETP Prévention des chutes</i>

tab.XII : Verbatims des ergothérapeutes interrogés

Tout d’abord, E1 et E4 évoquent les bénéfices d’un programme d’ETP, car selon E1 *le fait d’être en groupe, de partager et d’échanger ça favorise l’apprentissage de nouvelles notions*. De plus, E4 explique que *l’ETP fait le lien avec la rééducation, si on observe des choses, on va développer ça dans la rééducation. Dans la prévention des chutes on connaît les conséquences que ça à chez les personnes âgées et le fait de les autonomiser par rapport à ça, ça permet de s’assurer que le retour à domicile se fasse dans les meilleures conditions, d’éviter une nouvelle hospitalisation. Et ça permet de donner les clés aux patients pour éviter de ne plus retomber*.

E2 et E3 évoquent l’importance de l’équipe pluridisciplinaire au sein de l’ETP. D’après E2, *tous les professionnels ont leur importance car selon E3, l’ETP c’est chronophage. Il y a tellement d’attendus et le cahier des charges est tellement complexe. C’est quand même un écueil qu’il faut avoir conscience*.

E3 et E4 mentionnent que l’ergothérapeute à sa place dans ce type de programme et qu’il est essentiel, *car il a une vision très globale de la personne tant sur le quotidien que sur l’aspect aménagement, sur le lien avec le quotidien et la façon de vivre de la personne*. De plus, E4

explicite que l’ergothérapeute donne du sens à ce qui est fait en rééducation et ce qui est vu dans les ateliers pour l’appliquer au domicile dans leur routine quotidienne. Pour moi c’est essentiel qu’il y ait un ergothérapeute dans les programmes d’ETP Prévention des chutes parce qu’on agit sur plein de domaine différents (le physique, le cognitif, tous ce qui va être au niveau du ressenti, du moral).

De plus, E3 aborde son souhait d’intervenir dès l’âge de 60 ans car selon lui, il faut vraiment être sûr de la prévention et donc, il faut intervenir plus tôt. Enfin, au vu d’une charge de travail assez conséquente concernant l’ETP Prévention des chutes, il est essentiel que les professionnels soient formés. *L’ARS attend que tous les membres qui interviennent soient formés.*

5. Discussion

5.1 Confrontation de l’analyse des résultats avec le cadre conceptuel

5.1.1 La pratique de l’ergothérapeute

5.1.1.1 Autour de la chute

Tout d’abord, les résultats de mon enquête montrent que les ergothérapeutes, lors de la prise en charge du patient chuteur mettent en place avec l’équipe pluridisciplinaire : un entretien abordant tous les éléments autour de la chute ainsi que des bilans/évaluations. Les bilans/évaluations effectués par les ergothérapeutes interrogés sont : le bilan cognitif, la mesure d’indépendance fonctionnelle, le Get up and go test et le Tinetti. De plus, une évaluation est aussi effectuée lors des activités de vie quotidienne et journalière. Ces éléments effectués lors de la prise en charge du patient sont en accord avec les explications du Dr Taillandier. En effet, il évoque un entretien autour des circonstances de la chute, les bilans/évaluations effectués par l’équipe pluridisciplinaire dont ceux abordés par les ergothérapeutes interrogés, dans le but d’identifier les causes et la gravité des conséquences. Permettant ainsi, d’intervenir directement autour de ces aspects-là par une prise en charge adaptée.

Mon enquête montre que lors de cette prise en charge, les ergothérapeutes interviennent autour de différents aspects soit, les aides techniques, l’aménagement de l’environnement, le chaussage, l’équilibre, le relevé de sol, le ressenti du patient et enfin en informant le patient et l’entourage sur la chute.

Ces aspects-là sont étroitement liés à la pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes.

5.1.1.2 Au sein de l’ETP Prévention des chutes

En effet, l’analyse des résultats montre que les ergothérapeutes interviennent dans les ateliers en lien avec l’aménagement de l’environnement, les aides techniques, le chaussage, le relevé de sol, les risques de chute et le ressenti du patient.

Ces deux pratiques possèdent des similitudes. Selon la Haute Autorité de Santé : « L’ETP fait partie intégrante de façon permanente de la prise en charge du patient ». A ce sujet, l’ergothérapeute E4 met en exergue : *les programmes d’ETP se complètent très bien avec les séances de rééducation. Il fait le lien avec la rééducation, si on observe des choses, on va développer ça dans la rééducation.* De ce fait, la pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes se calque avec sa pratique hors ETP Prévention des chutes. De plus, celle-ci s’accorde aux compétences et aux sous-compétences afin d’exercer les activités du métier d’ergothérapeute mis en avant dans la partie 2.3.1. En effet, l’ergothérapeute pour permettre aux personnes âgées de prévenir les récurrences de chute, crée des temps d’échange afin de favoriser l’expression de chaque personne. Il identifie les besoins et les attentes de la personne. Il adapte ses ateliers en fonction des capacités physiques et cognitives afin de favoriser le transfert des acquis et l’apprentissage. Enfin, il conseille, préconise des adaptations et aménagements de l’environnement afin de favoriser le maintien et un retour à l’activité, domicile, aux loisirs, ...

Les propos exprimés par les ergothérapeutes font ressortir des notions clés du modèle PPH de Patrick Fougeyrollas. Soit, les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Celles-ci sont en interaction et influencent les situations de handicap. Concernant les facteurs personnels, les ergothérapeutes évoquent les caractéristiques appartenant à la personne : *prendre conscience que leur corps vieillit et qu’il ne réagit plus comme avant face à la précipitation, ses difficultés actuelles, l’âge entraîne des limites au*

niveau physique car la personne est douloureuse, les tendons sont abimés et elle est parfois opérée, troubles cognitifs.

Concernant les facteurs environnementaux, les ergothérapeutes interrogés introduisent les dimensions sociales et physiques : *intervient autour de l’aide technique, l’aménagement de l’environnement : emplacement du lit, installation de veilleuses pour assurer un bon éclairage, installation d’un fauteuil garde-robe à proximité du lit pour les patients continents.*

Concernant les habitudes de vie, les ergothérapeutes s’appuient sur le vécu ainsi que les expériences des patients afin de les accompagner dans la modification de leur comportement. Car, à ce sujet, l’ergothérapeute E1 explique que la personne âgée est vulnérable au changement, il est essentiel qu’elle prenne conscience qu’on puisse faire autrement, l’idée est de l’accepter et de mettre en application chez soi tout ce qui a pu être explicité. De plus, l’ergothérapeute E4 insiste sur les aspects de réassurance et de mise en confiance. Celles-ci permettent l’épanouissement de la personne, pas seulement lors des séances mais sur du long terme.

Mon enquête montre que les ergothérapeutes prennent en considération toutes les dimensions, leur permettant d’avoir un accompagnement adapté à la personne.

Enfin, afin d’impliquer le patient dans l’apprentissage des compétences, les ergothérapeutes utilisent de nombreuses ressources éducatives telles que : le photo langage, des tableaux blanc, power point (Photos), photos montages, présentation des matériaux ... celles-ci étant propices aux échanges et aux partages. Parmi celles évoquées par les ergothérapeutes, il existe encore de nombreuses ressources éducatives incluant les techniques de communication, les techniques pédagogiques et outils abordés par la Haute Autorité de Santé.

5.1.2 Les mises en situation chez les patients chuteurs

Deux ergothérapeutes E2 et E4 utilisent les mises en situation comme autres ressources éducatives. Les mises en situation ne sont pas abordées par la Haute Autorité de Santé, cependant, elles sont évoquées dans les compétences et sous compétences relatives à l’exercice professionnelle de l’ergothérapeute. Celles-ci sont réalisées lors des ateliers de

relevé de sol. Malgré une non-utilisation des mises en situation par tous les ergothérapeutes, ces derniers expliquent qu’il y a des avantages à la mise en place de mises en situation : *Favorise l’échange et le partage , c’est du concret, meilleure appropriation des techniques, favorise le changement de comportement, ...* et d’après les propos de Abric, M. les mises en situation permettent de faire en sorte que le patient puisse visualiser ses capacités à agir, de faire évoluer sa pratique dans le temps, de développer ses sentiments d’auto-valorisation et de confiance en soi ainsi que sa motivation.

Cependant, les limites des mises en situation sont toutefois notables du point de vue des ergothérapeutes interrogés. Celles-ci évoquent : *L’âge de la personne, limites des capacités physiques, ...* En effet, l’Agence Régional de Santé demande à ce que les programmes se réfèrent aux dispositifs PAERPA, soit, incluant des personnes âgées de 75 et plus. Cependant, selon la Haute Autorité de Santé, c’est à cet âge que la santé se dégrade et que le risque de perte d’autonomie s’accroît fortement. Tous ces éléments apportent des difficultés supplémentaires dans la mise en pratique des mises en situation.

5.1.3 Les mises en situation reproduisant le lieu de vie des patients chuteurs

D’après la Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes, « les chutes représentent 80% des accidents de la vie courante ... ». Suite à ce chiffre et aux avantages concernant les mises en situation, les mises en situation reproduisant le lieu de vie du patient sont évoquées. Les ergothérapeutes approuvent l’idée d’effectuer des mises en situation reproduisant le lieu de vie du patient, selon eux : *C’est le mieux, Remet en condition le patient, Nécessaire pour l’apprentissage.*

Toutefois, E3 aborde plusieurs limites notamment l’aspect collectif du programme, il explique que : *le meilleur accompagnement serait d’avoir une séance individuelle et d’aller au domicile de la personne et de voir vraiment comment ça se passe en mise en situation écologique. Donc, ça passerait par une visite à domicile.* En effet, selon Bourrellis, C., « Les visites à domicile ont pour but d’évaluer si le maintien à domicile est possible en favorisant l’autonomie de la personne âgée, en améliorant sa sécurité et son confort. ». Enfin, E4 explique que les mises en situation reproduisant de lieu de vie doivent faire l’objet d’un projet. Celle-là demande de vrais meubles, des outils, les vrais agencements, du temps, de l’espace et l’accord de la direction. Cela constitue une autre limite.

5.1.4 L’efficacité de l’intervention de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

Enfin, d’après l’ergothérapeute E3, l’efficacité de son intervention au sein de l’ETP Prévention des chutes s’effectue par le biais d’une évaluation final du programme, soit, par un questionnaire relatant toutes les notions clés évoquées dans les ateliers. Cette évaluation est en accord avec les recommandations de l’HAS. Celle-ci est en lien avec l’étape 4 de la mise en œuvre d’un programme d’ETP. Elle permet de faire le point sur les compétences acquise ou à améliorer du patient et ainsi apporter des ajustements si besoin au sein des ateliers.

Selon l’ergothérapeute E2, le manque de formation se fait ressentir car elle contribue à une non-efficacité en termes d’attentes de l’ARS. Elle affirme que : *On a un gros souci nous sur notre établissement concernant l’ETP, c’est-à-dire qu’à la fin de nos journées ETP, on fait une évaluation auprès des patients mais une évaluation pour savoir comment ils ont trouvé les journées, si elles ont été utiles. Donc pour nous, c’est très compliqué de savoir si ça a vraiment un impact.* De plus, l’ergothérapeute E3 explique qu’au vue d’une charge de travail assez conséquente concernant l’ETP Prévention des chutes en lien avec les attendus de l’ARS et le cahier des charges, il est essentiel que les professionnels soient formés.

En effet, la formation fait partie du cahier des charges introduit par l’ARS, soit, « Les intervenants ainsi que le coordinateur doivent avoir les compétences requises pour dispenser ou coordonner l’éducation thérapeutique du patient et répondre aux exigences de formation ».

5.2 Validité de l’hypothèse

L’hypothèse posée est la suivante : « Les mises en situation reproduisant le lieu de vie de la personne âgée peuvent être un moyen de diminuer les risques de chute, et ainsi éviter une nouvelle hospitalisation. ».

Mon enquête montre que les ergothérapeutes n’utilisent en aucun cas les mises en situation reproduisant le lieu de vie de la personne âgée au sein de l’ETP Prévention des chutes.

Cependant, elles révèlent avoir plusieurs avantages notamment dans l’apprentissage et le bien-être de la personne.

De plus, un ergothérapeute évoque que le meilleur accompagnement est à la suite d’une intervention individuelle au domicile de la personne, soit, par le biais d’une visite à domicile.

L’intervention individuelle est donc plus personnalisée et centrée sur les besoins et les attentes spécifiques de la personne. Cette approche permet à l’ergothérapeute de s’adapter en fonction du rythme de la personne et de répondre plus facilement à ses besoins.

Le type d’intervention est l’une des limites notables dans le cadre d’un programme d’ETP Prévention des chutes car suite aux financements de certains programmes sous un format collectif, celle-ci ne permet pas une intervention individuelle. D’autre part, les mises en situation reproduisant le lieu de vie de la personne âgée demandent de nombreux éléments et doit faire office d’un projet car cela demande, d’avoir des matériaux, un budget, l’accord de la direction, du temps, ...

Les éléments issus de la mise en lien entre l’analyse des résultats et le cadre conceptuel montre que mon hypothèse n’est pas validée.

5.3 Analyse réflexive

5.3.1 Limites de l’étude

Tout d’abord, les recensements régionaux concernant l’ETP et plus précisément l’ETP Prévention des chutes, ne nous donne pas accès dans certaines régions à l’intégralité des informations nécessaires (intitulé des programmes, modalités et coordonnées des établissements). Cette limite m’a conduit à effectuer des demandes d’entretiens seulement dans le sud de la France.

De plus, au vu de la crise sanitaire, trouver des ergothérapeutes disponibles a été difficile. Malgré de nombreux mails envoyés, aucun retour ne m’a été adressé. J’ai alors pris l’initiative de les contacter directement par téléphone. Suite à cela, seulement quatre entretiens ont pu être réalisés par téléphone. Ce faible nombre d’entretiens n’est pas représentatif de la vision générale des ergothérapeutes concernant leur pratique au sein de l’ETP Prévention des chutes.

D’autre part, j’ai rencontré des difficultés dans l’élaboration de mon guide d’entretien. De part, la formulation des questions et les notions clés devant être ciblés. Durant les entretiens, certaines questions ont fait l’objet de réponses en lien avec la question suivante. Certaines questions manquaient, selon mon sens de précisions. Pour pallier à cela, il aurait fallu ajouter des questions de relances sous mes questions principales.

Afin d’avoir des éléments complémentaires pour répondre à mon questionnement, il aurait été intéressant de pouvoir échanger avec des patients chuteurs participant à l’ETP Prévention des chutes. Dans le but d’avoir leurs opinions concernant les bénéfices de la pratique de l’ergothérapeute ainsi qu’au sein de ce type de programme.

Enfin, mon hypothèse inclut le terme « mises en situation ». En effectuant des recherches sur cette dernière, j’ai été confronté à un manque d’écrit scientifique limitant la qualité de mon contenu théorique.

5.3.2 Apports personnels

La réalisation de ce mémoire d’initiation à la recherche a été très enrichissante. Elle m’a permis d’approfondir mes connaissances concernant l’éducation thérapeutique du patient mais aussi sur la pratique de l’ergothérapeute.

Au vu des recherches effectués toute au long de l’année, les entretiens m’ont permis d’apporter une analyse pratique sur le sujet et donc d’alimenter mes réflexions. De plus, elle m’a permis d’avoir des méthodes de recherche, de synthèse et d’analyse. Enfin, elle m’a apporté une certaine autonomie dans mon travail et un professionnalisme pouvant être nécessaire dans ma futur pratique professionnelle.

5.3.3 Ouvertures vers de nouvelles perspectives

Mon cadre conceptuel et la réalisation des entretiens m’ont permis de développer ma réflexion autour de la mise en situation écologique. L’analyse des résultats montre que la majorité des ergothérapeutes approuvent l’idée des mises en situation reproduisant le lieu de vie de la personne âgée. Cependant, cette pratique n’est pas utilisée. L’ergothérapeute E3 évoque qu’une intervention au domicile par des mises en situations écologiques permettrait

d'avoir un *meilleur accompagnement* et ce, à travers une approche plus réaliste de la situation.

En France, « Les chutes représentent 80 % des accidents de la vie courante au-delà de 65 ans » selon la Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes.

Cette intervention par des mises en situation écologiques, soit, au sein du lieu de vie de la personne permet d'aborder les risques à sa source afin de les limiter et ainsi favoriser le maintien à domicile. De plus, elle permet un accompagnement personnalisé en prenant en compte les habitudes de vie de la personne, ses besoins et ses attentes.

Plusieurs questions se posent : La pratique de l'ergothérapeute au sein de l'ETP Prévention des chutes doit-elle se limiter à une intervention en établissement de santé ? Peut-il intervenir en extérieur directement au domicile de la personne ?

Dans le cas d'une non-utilisation de la mise en situation reproduisant le lieu de vie de la personne, est-il possible d'intervenir dans le lieu de vie en mettant en place des mises en situation écologiques ?

6. Conclusion

La chute est un sujet à prendre en considération chez la personne âgée car elle est l’une des premières causes de mortalité en France. Elle a pour cause, de multiples facteurs de risques qui engendrent de nombreuses conséquences amenant la personne âgée à être hospitalisée. Ces facteurs de risques sont pour la plupart évitables, cependant, d’autres perdurent comme le vieillissement, notamment physiologique et pathologique. L’Education Thérapeutique du Patient est une approche, qui à partir de l’apprentissage de nouveaux savoirs, permet aux patients d’acquérir les compétences dont ils ont besoin afin de gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Le patient est alors acteur de sa prise en charge. De nombreux thèmes peuvent être évoqués au sein de l’ETP. Dans cette étude, nous abordons la prévention des chutes. Celle-ci a pour but d’enrichir les connaissances autour de la chute, de réduire les risques de chute et de prévenir les conséquences physiques et psychologiques d’une chute à travers plusieurs ateliers incluant l’intervention d’une équipe pluridisciplinaire dont l’ergothérapeute.

Ce travail d’initiation à la recherche expose mon questionnement qui est porté sur la pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes. Celle-ci m’a permis par le biais de recherches et d’entretiens d’apporter des éléments de réponses à ma question de recherche et d’invalider mon hypothèse.

En effet, dans sa pratique professionnelle, l’ergothérapeute s’appuie sur ses compétences et sur des modèles conceptuels afin d’intervenir de manière adaptée en incluant toutes les dimensions propres à la personne. De plus, les compétences de l’ergothérapeute m’ont permis de soulever une ressource éducative qui s’est avéré selon les ergothérapeutes interrogés avoir des bénéfices dans l’apprentissage et le bien-être de la personne. Cette ressource éducative est la mise en situation.

Les personnes âgées sont sujettes à de nombreuses chutes au sein de leur lieu de vie. Par conséquent, la mise en situation reproduisant le lieu de vie de la personne a été mentionné. Malgré les avantages de cette technique abordés par la majorité des ergothérapeutes, aucun n’évoque son utilisation. Autrement dit, aucune réponse n’a permis d’en identifier leur efficacité.

Cependant, l'un des ergothérapeutes évoque les atouts d'une mise en situation écologique par une intervention au domicile de la personne. Cet élément m'a permis de me questionner quant à l'intérêt des mises en situation écologiques dans la pratique de l'ergothérapeute au sein de l'ETP Prévention des chutes auprès des patients chuteurs.

Bibliographie

- Ouvrages et articles

Abric, M., (2004), Le relevé du sol. *Revue de l’association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie*, 1, n°2, p. 1-14.

Bourrelis, C., (2009). Education thérapeutique : *Ergothérapie et préparation du retour au domicile des patients âgés après une hospitalisation*. *Revue ergothérapies*, n°36, 5-16.

Boyer, M-N., Bellemare, L., (2009). *Ergothérapie en gériatrie : Approches cliniques*. Marseille : Solal

Campenhoudt, L-V., Marquet, J., Quivy, R., (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Malakoff : Dunod

Fougeyrollas, P., Castelein, P., (2010). Modèles généraux interprofessionnels, dans Morel-Bracq, M-C., (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. 13-50. Paris : De Boeck Supérieur

Fulop, T., Cohen, A., McElhaney, J., Morais, J., Larbi, A., (2013). *La fragilité des personnes âgées : Définition, controverses et perspectives d’action*. Clamecy : Presses de l’EHESP

Giordan, A., Golay, A., Lager, G., (2009). *Education du patient : Comment motiver le patient à changer ?*. Paris : Maloine

Guillez, P., Tétreault, S., (2014). *Méthodes, techniques et outils d’intervention : Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur s.a.

Kalfat, H., Sauzéon, H., (2009). Ergothérapie en gériatrie : *approches cliniques*. Marseille : Solal

Nouvel, F., Jouaffre, V., (2009). Ergothérapie en gériatrie : *approches cliniques*. Marseille : Solal

Reingewirtz, S., (2000). *Prévenir la chute de la personne âgée : Une approche pluridisciplinaire*. Rueil Malmaison : Lamarre

Rey, A., (2002). Gériatrie préventive : *Eléments de prévention du vieillissement pathologique*. Liège : Masson

Roos, C., (2008). Une chute peut en cacher une autre : *Champ psychosomatique*, 1, n°49, p.95-112

Taillandier, J., (2002). Gériatrie préventive : *Eléments de prévention du vieillissement pathologique*. Liège : Masson

- Articles en ligne :

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, (2021). Comment mettre en place un programme d’ETP ? En ligne <http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/comment-mettre-en-place-un-programme-detp> (Consulté le 14 mai 2021)

Aguier, G., Cobbaut, J-P., Deparis, P., Lefèvre, M., Pélissier, M-F., Poirette, S., Ponchaux, D., Prestini, M., Sion, S., (2006). Une expérience de formation à la prise en charge interdisciplinaire et interprofessionnelle des personnes âgées à l’hôpital. En ligne <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-3-page-101.htm> (consulté le 10 juillet 2020)

AP-HM, (n.d.). Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique ». En ligne <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept> (Consulté le 24 mai 2021)

Ben Salem, S., Boukhris, I., Ben Hassine, L., Eya, C., Kechaou, I., (2019). Complications traumatiques et psychosociales des chutes chez le sujet âgé tunisien ». *The Pan African Medical Journal* 32. En ligne <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.92.16667> (Consulté le 21 février 2021)

Boissonneault, A., « La prévention des chutes grâce à l’ergothérapie ». *ACTIVCOOP* (blog), (2018). En ligne <https://activcoop.ca/prevention-chutes-grace-a-lergotherapie/> (Consulté le 10 juillet 2020).

Bourbillon, F., Gagnayre, R., Grenier, B., (2007). Le développement de l’éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. En ligne <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-283.htm> (Consulté le 14 mai 2021)

D’ivernois, J-F., (2019). Education Thérapeutique Européenne : Existe-t-il une liste des programmes autorisés en France ? En ligne <https://www.socsete.org/existe-t-il-des-programmes-autorises-en-france> (Consulté le 06 février 2021)

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, (2016). Quelques chiffres. En ligne <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Securite/Accident-de-la-vie-courrante/Quelques-chiffres> (consulté le 7 novembre 2020)

DocThom. « Définition de “Gériatrie” ». Dictionnaire médical. En ligne <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/171-geriatrie/> (Consulté le 15 novembre 2020).

Ducharme, F., Gangbè, M., (2006). Le « bien vieillir » : concepts et modèles ». En ligne <https://doi.org/10.1051/medsci/2006223297> (Consulté le 04 avril 2021)

Guihard, J-P., (2007). Écologie thérapeutique ou thérapie écologique ?. En ligne http://jp.guihard.pagesperso-orange.fr/articles/montpellier_ecolo/guihard_ecologie.pdf (Consulté le 15 mai 2021)

Groupement des hôpitaux de l’institut catholique de Lille, (n.d.). Programme d’éducation thérapeutique pour les patients chuteurs. En ligne <https://www.ghicl.fr/etp-chute.html> (Consulté le 30 décembre 2020).

Haute Autorité de Santé, (2007). Education thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser. En ligne https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf (Consulté le 14 mai 2021)

Haute Autorité de Santé, (2014). Cadre référentiel ETP Paerpa Prévention des chutes. En ligne https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa_chutes.pdf (Consulté le 7 juillet 2020).

Haute Autorité de Santé, (2014). Cahier des charges pour la mise en œuvre de l’éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de l’expérimentation PAERPA. En ligne https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/cahier_des_charges_etp_paerpa_web.pdf (Consulté le 10 juillet 2020).

Haute Autorité de Santé, (2014). Éducation thérapeutique du patient (ETP). En ligne https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp (Consulté le 8 novembre 2020).

Haute Autorité de Santé, (2015). Evaluation et amélioration des pratiques : Développement professionnel continu - Fiche méthode – Mise en œuvre de l’éducation thérapeutique. En

ligne https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/mise_en_oeuvre_education_therapeutique_fiche_technique_2013_01_31.pdf (Consulté le 09 février 2021)

Haute Autorité de Santé, (2015). Note méthodologique et de synthèse documentaire : *Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*. En ligne https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf (consulté le 28 novembre 2020).

Haute Autorité de Santé, (2018). Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l’efficacité et de l’efficience dans les maladies chroniques. En ligne https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques (Consulté le 07 février 2021)

Ined - Institut national d’études démographiques, (2020). Espérance de vie. En ligne <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/> (Consulté le 07 mars 2021)

Ined - Institut national d’études démographiques, (2021). Population par groupe d’âges. En ligne <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/> (Consulté de 12 janvier 2021)

Insee, (2010). Projections de population à l’horizon 2060 - Insee Première - 1320. En ligne <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151> (Consulté le 2 mars 2021)

Inserm, (2015). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées : *Chutes chez les personnes âgées*. En ligne http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/Chapitre_1.html#clicked (consulté le 6 juillet 2020).

IRBMS, (2018). Chute chez la personne âgée : prévention primaire, secondaire et tertiaire. En ligne <https://www.irbms.com/prevention-de-la-chute-chez-la-personne-agee/> (consultation 10 juillet 2020).

Ministère des Solidarités et de la Santé, (2017). Le dispositif Paerpa. En ligne <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa> (Consulté le 07 février 2021)

Morisod, M., Coutaz, J., (2007). Le syndrome post-chute : comment le reconnaître et le traiter. Revue Médicale Suisse, 3 (n° 32651). En ligne <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-132/32651> (consulté le 3 janvier 2021)

Nkodo Mekongo, Y.-P., De Breucker, S., Delvaux, N., Pepersack, T., (2007). La peur de chuter et le « syndrome post-chute » de la personne âgée. En ligne <file:///C:/Users/amira/Downloads/rmb-301.pdf> (consulté le 28 novembre 2020).

Organisation Mondiale de la Santé, (2018). Les chutes. En ligne <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls> (Consulté le 1 janvier 2021).

Organisation Mondiale de la Santé, (2016). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. En ligne https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1 (Consulté le 08 mai 2021).

OSCARS. Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. En ligne <https://www.oscarsante.org/> Consulté le 6 février 2021

Rat, A-C., (2014). Chapitre 2. Les démarches d’éducation thérapeutique. En ligne <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante-applications-et-interventi--9782100706457-page-35.htm> (Consulté le 14 mai 2021)

Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), (n.d.). Modèle MDH-PPH. En ligne <https://mhavie.ca/boutique/fr/le-modele-mdh-pph-i7/> (Consulté le 22 mai 2021)

Rigaud, A-S., (n.d.). Le vieillissement physiologique. En ligne <http://gerontoprevention.free.fr/articles/cours2.pdf> (Consulté le 21 février 2021)

Santé publique France, (2017). La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. En ligne [file:///C:/Users/amira/Downloads/40877_13409-ps%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/amira/Downloads/40877_13409-ps%20(3).pdf) (Consulté le 23 février 2021)

Santé publique France, (2018). Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. En ligne [file:///C:/Users/amira/Downloads/41630_spf00000118%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/amira/Downloads/41630_spf00000118%20(4).pdf) (Consulté le 8 mai 2021)

Santé publique France, (2019). Chute. En ligne <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute> (Consulté le 7 novembre 2020).

Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, (2005). Recommandations pour la pratique clinique : *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*. En ligne https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf (consulté le 28 novembre 2020).

Société Française de Gériatrie et Gérontologie, (2009). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : *Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. En ligne https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf (consulté le 31 décembre 2020).

VIDAL, (2014). Vieillesse pathologique : comment diminuer les risques de dépendance ? Interview du Dr Trivalle, gériatre. En ligne <https://www.vidal.fr/actualites/13706->

[vieillissement-pathologique-comment-diminuer-les-risques-de-dependance-interview-du-dr-trivalle-geriatre.html](#) (Consulté le 21 février 2021)

- Articles de loi :

Journal officiel de la république française, (2015). Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement. En ligne https://www.cnsa.fr/documentation/loi_asv_du_28_decembre_2015.pdf (consulté le 31 octobre 2020)

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et Ministère de la santé et des sports, (2010). Bulletin officiel : Santé Protection sociale Solidarité. En ligne https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf?fbclid=IwAR0-DXr0mByd2iiZzfbDRprbm_axB2PID-KOqpGnW_IO8E4SdeW1QZKHTZI (Consulté le 09 février 2021)

- Thèse de doctorat et mémoire de maîtrise :

Galvada, L., 2017. *Atelier relevé du sol en ergothérapie auprès des personnes âgées atteintes de Syndrome de Désadaptation Psychomotrice*. Mémoire de diplôme universitaire en ergothérapie, UFR de Médecine et professions paramédicales : Université Clermont Auvergne, Clermont Ferrand.

ANNEXES

ANNEXE I : Retranscription de l’entretien exploratoire

ANNEXE II : Compétences à acquérir spécifique à l’ETP Prévention des chutes

ANNEXE III : Programmes d’ETP Prévention des chutes

ANNEXE IV : Guide d’entretien « chutes »

ANNEXE V : Les 10 compétences professionnelles de l’ergothérapeute

ANNEXE VI : Guide d’entretien

ANNEXE VII : Retranscription de l’entretien avec l’ergothérapeute E3

Annexe I : Retranscription de l’entretien exploratoire

ETP => Programme d’Éducation Thérapeutique du Patient âgé chuteur ou à risque de chute.

→ Quel type de prévention mettez-vous en place au sein de votre service ?
(Primaire/Secondaire/Tertiaire)

C’est de la prévention secondaire mais en axe d’amélioration. On aimerait bien faire de la prévention primaire mais officieusement, on inclut parfois des personnes pouvant bénéficier de la prévention primaire en prévention secondaire. On considère qu’il y a un très fort risque de chute ou alors on regarde s’il y a des presque chutes. C’est à dire que la personne n’est pas tombée directement par terre mais celle-ci possède un déséquilibre pouvant entraîner une chute indirectement (sur la chaise ou sur le lit). S’il y n’avait pas de chaise ou de lit ça aurait été une chute et si c’est fréquent, on peut l’intégrer dans les ateliers.

→ Comment définissez-vous la prévention secondaire ?

Au moins une chute dans l’année écoulée.

→ Intervenez-vous aussi auprès des personnes qui n’ont jamais chuté ? (Personne pouvant bénéficier de la prévention primaire)

Ça peut arriver, c’est une entorse aux critères fixés mais ça peut arriver. On pense que c’est important de les intégrer, on peut inclure trois à cinq personnes. Ce n’est jamais arrivé qu’il y ait deux personnes en prévention primaire sur les deux semaines d’intervention en même temps mais il peut généralement y en avoir une toutes les deux sessions. Ça reste quand même rare car ils ne sont pas encore dans les critères officiels mais ça devrait s’ouvrir à ça après.

→ Que mettez-vous en place avec ces personnes en prévention primaire ?

Ils suivent les mêmes ateliers que ceux en prévention secondaire soit : apprendre à se relever du sol, comprendre pourquoi on tombe, l’atelier avec l’infirmier sur les médicaments, l’atelier avec la diététicienne sur l’alimentation, l’atelier avec l’ergothérapeute pour le

domicile, pour parler de la chute ainsi que sur l’aspect plus psychologique et l’atelier avec la kiné pour l’équilibre.

→ Quels types de personnes âgées peuvent bénéficier de la prévention secondaire ?

Ce sont des personnes qui ont plus de 70 ans, qui ont déjà fait une chute dans l’année, appui bipodal autorisé car pour l’atelier équilibre il y a des exercices qui le nécessitent, voir même appui monopodal autorisé, opéré ou non. Cependant, il y a des gens qui participent qui ne sont pas forcément opérés. Il faut aussi que la personne ait un MMS (Bilan cognitif) supérieur à 20 pour comprendre les consignes, qui ne soit pas trop malentendant, il faut que la vision ne soit pas altérée et le dernier critère concerne les facteurs de comorbidité. Il faut que ces facteurs soient stabilisés (au niveau cardiaque, qu’il n’y ait pas de trouble important).

→ Comment sont évalués les besoins de la personne ? (Entretien initial, type d’évaluation...)

Il y a un diagnostic éducatif, donc plusieurs intervenants. Il y a soit l’infirmière ou soit l’aide-soignante qui fait un entretien sur tout ce qui est diététique, alimentation, variation de poids, habitude alimentaire. Il y a une partie de l’entretien qui est fait par l’ergothérapeute ou la kinésithérapeute, c’est souvent moi qui le fais parce que c’est souvent moi qui les coordonne. Dans l’entretien on va parler des facteurs de risque de chute, de la perception qu’a le patient de la santé, ses représentations de la santé, ce qu’il fait comme activité au quotidien et ce qu’il met en place pour éviter de tomber. Il y a une partie qui est remplie par le médecin concernant les compétences à acquérir.

→ Est-il possible de répondre à tous les besoins de la personne ? Si non, comment prioriser les besoins ?

Il est difficile de répondre à tous les besoins parce que ça reste du collectif donc c’est possible qu’il y ait un patient qui se mette un peu en retrait, qui verbalise peut-être un peu moins ses besoins et c’est à nous d’aller chercher l’information. Je pense qu’il y a des besoins qui n’ont pas été verbalisés et pas été observés dans les séances. Maintenant à côté du programme de prévention de chute, il y a la rééducation qui se déroule aussi donc, si on n’a pas les informations par ce biais, on peut les avoir par l’autre. Parfois, il y a des patients que je vois

en ergothérapie et qui sont en séance d’ETP. Ainsi, par les deux biais, j’ai globalement les informations dont j’ai besoin mais ce n’est jamais évident.

→ Dans votre pratique, avez-vous déjà mis en place des séances individuelles et/ou collectives ?

En dehors de l’ETP, en séance d’ergothérapie oui, ça passe par des séances d’équilibre pur, par des activités de lancer sur de la mousse, les pieds en tandem ou en semi-tandem, des déplacements, des déplacements d’objets. Je les associe souvent par exemple : par un comptage des points si on lance dans la cible. Il y a le bilan équilibre et vie quotidienne qui est intéressant, celui-ci consiste à mettre la table, on fait ouvrir et fermer une porte afin d’évaluer la marche fonctionnelle de la personne. Il arrive en ergothérapie que je fasse travailler deux patients en même temps en face à face. Par exemple avec le Jenga, chaque personne doit enlever un bout de bois. Les patients se positionnent d’une manière différente, il y en a un par exemple qui va faire un transfert assis- debout à chaque fois face à un guidon et l’autre qui va avoir un pied sur une mousse.

Les séances collectives sont effectuées lors des ETP.

→ Comment organisez-vous vos séances collectives ?

Ça, c’est uniquement dans le cadre de l’ETP, il y a l’atelier du relevé de sol sur le plan bobath. Dans un premier temps, je me positionne sur le plan bobath et les patients doivent donner les consignes sur la manière dont je dois me relever. Dans un second temps, ils ont des étiquettes avec les différentes positions de la technique du relevé de sol : sur le dos, sur le côté, sur le ventre, à quatre pattes et ils doivent remettre les images en ordre. Par la suite, ce sont eux qui passent l’un après l’autre pour faire le relevé de sol. Cet atelier est pratique. Sinon le reste c’est de la théorie.

Il y a aussi la kinésithérapeute qui fait de la pratique en équilibre, elle l’anime seule et ce n’est pas toujours évident de faire travailler quatre ou cinq personnes en équilibre en même temps quand ils ont des problèmes d’équilibre. Donc ça peut arriver qu’il y ait quelqu’un qui

l'aide, soit elle a un étudiant stagiaire qui est là et qui l'accompagne ou un professionnel peut venir l'aider si besoin.

Dans la théorie, il y a un atelier où on essaie de dresser l'ensemble des facteurs de risque de chute : les facteurs de l'environnement, les facteurs liés à la personne et les facteurs comportementaux. L'infirmier va avoir un peu la même approche, mais lui va détailler au niveau de la prise des médicaments. Les risques, les effets secondaires des médicaments, il va détailler davantage ces éléments.

Cependant, je sais qu'il faut lorsque je fais les facteurs de risque de chute essayer d'axer plus sur l'impact psychologique, la limitation d'activité et le syndrome post-chute. Peut être sans verbaliser ça mais en tout cas faire comprendre qu'il y a un impact et qu'il est important de reprendre l'activité pour sortir de cette sphère.

Il y a aussi le professeur d'activité physique adapté qui a eu la formation pour faire l'ETP prévention de chute mais malheureusement on n'a pas pu l'intégrer dans le planning, donc on verra par la suite si on peut introduire l'APA.

→ Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention des chutes ?

Pour moi, ça va être de reprendre confiance dans les activités quotidiennes, ça va être à la fois la dimension activité et à la fois la dimension psychologique. Le fait de dire « je peux et je dois faire l'activité pour aller mieux ». Tout l'intérêt de l'intervention pluridisciplinaire.

→ Quel(s) est(sont) le(s) professionnel(s) concerné(s) par la préconisation d'aide technique au vu d'un retour à domicile/aménagement de domicile ?

Ça va être les fournisseurs de matériel médical. En amont, il y a toute l'équipe pluridisciplinaire. Le médecin fait les prescriptions, ensuite on fait appel à la famille. Elle a le choix du fournisseur soit en passant par sa pharmacie, soit par le fournisseur habituel, ou nous pouvons éventuellement en proposer. Il y a l'assistante sociale qui a un rôle super important aussi, pour tout ce qui est mise en place des aides humaines : la téléassistance et contacte les structures comme Présence 30. Elle intervient aussi au niveau budgétaire.

→ Si la personne souhaite aménager son domicile ou avoir des aides techniques au moment du retour à domicile, comment doit-elle s'y prendre ? Est-ce l'ergothérapeute qui contacte

les professionnels pour que la personne ait tout à disposition au moment du retour ou est-ce la personne qui doit faire les démarches seule ?

Tout dépend du profil des patients, il y a des patients qui gèrent très bien, qui savent qu’ils auront la prescription en sortant et qui iront soit par leurs propres moyens ou par le biais des proches pour récupérer les quelques matériaux nécessaires. Sinon la plupart du temps, on dresse quand même la liste du matériel, soit ce sont des petits matériaux (déambulateur la plupart du temps, rehausse WC et, si nécessaire, une pince à long manche). Tout le matériel peut être livré directement à la Clinique pour être sûr que la personne l’aura avant son retour à domicile. On a un stock tampon pour pouvoir les fournir rapidement. Les ambulanciers peuvent prendre le matériel en même temps que la personne au moment de l’accompagner au domicile.

Pour tout ce qui est fauteuil roulant, lit médicalisé, là, ça va être fait en amont. Souvent les interventions se font d’abord avant la sortie du patient ou alors, le lendemain il y a le fournisseur qui vient et qui installe tout ça. Tout ce qui est gros matériel se fait par la suite. J’ai été en début de semaine avec le fils d’une patiente qui m’a envoyé les photos du logement puisque je n’interviens pas au domicile. Sur la base de ses photos que j’ai transmis au médecin et à l’assistante sociale, j’ai pu donner quelques conseils sur l’aménagement de l’environnement et le matériel nécessaire. J’ai ensuite listé tout ça et j’ai envoyé par la suite la liste au fils avec quelques indications de tarif.

Quand on s’est rappelé, il m’a dit par quel fournisseur il voulait passer, j’ai donc envoyé par mail cette liste-là, en mettant le mail aussi du fils qui était d’accord et là on est en attente du devis.

→ Quel(s) conseil(s) proposiez-vous pour une personne âgés vivant seul à son domicile (pour éviter les chutes ?)

Au niveau humain, d’éviter l’isolement social, la sédentarité, de sortir de voir du monde, ou alors qu’il y ait des gens qui passent (famille ou soignant), qu’il y ait une vigilance.

Au niveau matériel, il y a plusieurs choses : que les escaliers soient bien adaptés (si utilisation), donc bien adapter ses rampes, éclairage, mettre des bandes antidérapantes sur le nez des marches, que les marches soient confortables. Par la suite, voir toutes les hauteurs

d’assise, le lit, les WC, le fauteuil et de peut-être placer une chaise avec accoudoirs à des endroits stratégiques de la maison.

Débarrasser les espaces pour que la circulation ne soit trop encombrée. Pour la nuit, par exemple pour aller aux toilettes, mettre des veilleuses, des balisages lumineux qui s’éclairent au passage, sécurisées par des points d’appui (la barre latérale de redressement au lit, des barres dans les WC, des barres partout où il faut, sans surmédicaliser).

On a l’impression de donner les bonnes solutions parce qu’on sait que ça peut les aider mais pour eux c’est stigmatisant. On leur dit : « vous pouvez mettre trois barres là » mais eux se sentent diminués. On touche quand même à leur sphère très intime, le domicile est une partie d’eux. La personne peut ne pas approuver facilement les propositions, on essaie alors d’en choisir le moins possible tout en étant le plus pertinent.

Comme autre solution, il peut y avoir la disposition de certaines choses comme les meubles à la maison qui sont trop haut (la cuisine par exemple), de voir peut-être si les assiettes qui sont dans le placard en hauteur peut être placé autre part. Pour la douche, de tester le matériel à la clinique, pour tout ce qui est transfert. D’orienter vers des artisans qui peuvent faire quelques travaux mais c’est eux qui choisissent généralement les artisans.

J’oriente souvent vers l’assistante sociale si besoin. Il y a aussi tout ce qui va être petite aide technique (pour l’habillage), ça permet d’éviter la chute.

Le comportement est aussi important mais il est compliqué de leur répéter qu’il ne faut pas se précipiter. La semaine dernière, il y avait une patiente à l’ETP qui a fait tomber sa canne, elle s’est jetée par terre et s’est précipité pour la ramasser. Elle a été beaucoup plus rapide que moi qui était 2m plus loin, je lui ai dit que la canne n’allait pas partir et qu’il était important de prendre son temps. Il est difficile de changer le comportement d’une personne alors qu’elle a ses habitudes. De plus, la personne peut changer pendant un certain temps son comportement mais à long temps, le naturel revient donc il vaut mieux essayer de travailler sur l’automatisme (automatiser les gestes, faire des demi-tours qui ne soient pas précipités pour ne pas s’emmêler les pieds, ...), cet automatisme sera travaillé ici parce que ce n’est pas à la maison qu’ils vont le mettre en place.

Le choix du chaussage est aussi important pour la stabilité du pied.

→ Avez-vous déjà réalisé des visites à domicile pour vérifier l’efficacité de votre intervention ?

Malheureusement non mais ce que j'apprécie beaucoup c'est que certains fournisseurs me donnent des retours en me disant : « je suis parti voir Mme X, on a mis ça en place et aussi j'ai vu qu'il y avait ça donc ... ». Quand on n'est pas au domicile, il y a des informations dont on manque mais le fournisseur, lui va au domicile et voit certains détails. Il a la connaissance du matériel, ça permet d'aller jusqu'au bout des choses et d'avoir un petit retour, ça fait plaisir.

→ Quel(s) sont le/les professionnels concernés par l'apprentissage des techniques de relevé de sol ?

Kinésithérapeute et Ergothérapeute mais la professeure d'activité physique adapté le fait aussi. Il arrive que lors de séance hors ETP (séance de prophylaxie rachidienne) avec deux autres collègues (Kiné et Ergo) que l'on travaille le relevé de sol.

→ Le fait d'être trop alarmiste dans de nombreuses activités dites « à risque », pourrait-elle entraîner une perte d'activité totale chez la personne âgée par peur de chuter ?

Tout dépend si l'activité est dangereuse ou pas. Si elle est dangereuse, on va chercher à sécuriser pour lui permettre de continuer cette activité. Si elle a un marché pied avec accoudoir situé à un endroit de la maison pour pouvoir attraper quelque chose en hauteur, l'activité est dite sécurisée donc la personne peut le faire. Je pense que dans nos conseils, il ne faut pas qu'on soit trop alarmiste parce qu'ils ne vont plus oser marcher, ils ne voudront plus rien faire. Moi j'insiste bien sur le fait qu'il faut maintenir l'activité. L'activité peut être simplement de la marche ou le tour du pâté de maison. Tout dépend aussi des capacités de la personne.

Quand on fait la séance collective de prévention de luxation de hanche, je commence toujours en disant : « on va voir ensemble l'opération, la technique opératoire, les mouvements contre-indiqués mais on va aussi voir les mouvements autorisés » parce qu'il n'y a pas que des interdictions, y a des choses autorisées, c'est limité au début mais petit à petit il y a plus de chose autorisée. C'est très important de préciser à la personne ce qu'elle peut faire parce qu'au début, je leur disais sans cesse qu'il fallait faire attention mais la personne repartait de la séance avec plus d'inquiétude. J'ai essayé au fur et à mesure de nuancer en disant que : « voilà par contre attention à ça, il ne faut pas le faire » car il faut tout de même rester un peu dans la prévention, mais il est important de rassurer la personne

en disant : « vous avez le droit de faire tels mouvements et après 3 mois, vous aurez d’avantage le droit ».

Il est nécessaire de préciser que chaque personne est différente, qu’on n’a pas le même capital physique, pas la même histoire. Une personne peut récupérer en deux mois, l’autre en quatre mois. On ne peut pas anticiper l’avenir.

→ Comment vérifiez-vous l’efficience de votre intervention ?

Par un questionnaire mais ça c’est dans le cadre de l’ETP.

Ça permet de laisser une trace, par la suite il y a un score qui en sort. C’est rassurant d’avoir un chiffre avant et un chiffre après. Le chiffre c’est bien mais il faut vraiment analyser la grille et dire à la personne qu’elle a évoluée sur tel ou tel point et de faire ensuite un petit debriefing.

Il y a pas mal de bilan axé sur le score comme le questionnaire de Dallas sur l’impact de la douleur au niveau du dos, les gens cochent, nous on calcule le score et on leur montre. Cela nous permet aussi de dégager des objectifs de prise en charge, si c’est dans la catégorie des activités. Ces différents questionnaires permettent de voir l’évolution, et par la suite, ce qui peut aider.

Si la personne est encore hospitalisée après l’intervention prévention de chute, cette personne sera encore en rééducation donc on peut voir si elle l’applique. Il y a quelque chose qui était prévu initialement mais qui n’a pas encore été mis en place parce que ça demande du temps et on n’a pas encore déterminé qui pourrait le faire : c’est de faire un appel un mois après la sortie pour savoir comment ça se passe à la maison, si la personne a chuté, si elle a fait des adaptations, si elle a changé son régime alimentaire et si elle applique les conseils.

L’idée c’est de faire une trame de quelques questions et de voir sur tel ou tel point ce qui a évolué. Ce qui n’est pas évident à faire, c’est d’imposer un cadre au téléphone pour que la personne n’aille pas trop loin dans la conversation.

→Mettez-vous en place des supports papier récapitulant le contenu des séances ?

Oui, il y a un mémo qui est donné à la fin parce qu’il y a beaucoup d’informations. De plus, ce sont des personnes âgées donc il y a forcément des choses qui ont besoin d’être répétées. Un petit fascicule d’une dizaine de pages qui résume les ateliers diététiques, infirmiers, ergo,

kiné et au niveau médical est mis à disposition. Tout au long de la prévention de chute, on leur distribue des papiers récapitulant certains exercices ou activités (l'activité avec les étiquettes pour mettre dans l'ordre, la séance avec la diététicienne).

→ Souhaitez-vous rajouter autre chose ?

Il y a des patients qui pensent savoir pourquoi ils sont tombés, qui sont dans une situation où ils n'ont pas de réponses à leurs questions. Je pense que l'accompagnement les aide à comprendre aussi pourquoi ils sont tombés. Une patiente que j'ai eu en ETP et qui retourne à domicile, m'a fait part que deux jours avant de tomber, elle avait perdu un ami proche qu'elle connaissait depuis la maternelle. Cette situation a donc eu un impact sur son attention et elle a pu avoir des questions à ses réponses. Je pense que c'est très utile parce que même s'ils savent déjà des choses, le leur rappeler ne fait pas de mal. Le fait d'être en groupe, de voir qu'il y a d'autres personnes qui sont tombées pour des raisons toujours « idiote », peut-être rassurant. Je pense que c'est utilisé vraiment en équipe. Une intervention isolée c'est bien, mais en équipe c'est mieux.

Annexe II : Compétences à acquérir spécifique à l’ETP Prévention des chutes

● **Compétences de sécurité**

- Acquérir des stratégies sécuritaires dans les gestes de ma vie quotidienne ;
- Limiter ma consommation de boissons alcoolisées ;
- Me chausser de façon adaptée ;
- Savoir gérer mon traitement au quotidien ;
- Être capable de me relever seul(e) et d’alerter en cas de chute.

● **Autres compétences d’auto-soins**

- Connaître mes maladies et pouvoir expliquer les liens entre mes symptômes et mes maladies et entre mes maladies et mes traitements ;
- Reconnaître mes facteurs de risque de chutes et, parmi eux, ceux qui sont modifiables ;
- Pratiquer une activité physique adaptée et régulière ;
- Travailler mon équilibre au quotidien ;
- Aménager mon domicile pour limiter les risques de chute ;
- Intégrer les aides techniques dans mes habitudes de vie ;
- Équilibrer mon alimentation et consommer suffisamment de produits lactés ;
- Savoir à qui et où m’adresser pour bien soigner mes pieds ;
- Connaître le rôle de mes médicaments et adopter un comportement sécuritaire vis-à-vis de la prise des médicaments ;
- Faire vérifier ma vue une fois par an.

● **Autres compétences d’adaptation**

- Reprendre confiance en moi dans mes activités quotidiennes ;
- Identifier les ressources et faire appel à mon réseau de proximité en cas de nécessité ;
- Savoir alerter et m’installer confortablement en attendant les secours en cas d’impossibilité de me relever du sol.

Source : (Haute Autorité de Santé, 2014)

Annexe III : Programmes d’ETP Prévention des chutes

Régions	Provence Alpes Côte d’Azur	Occitanie	Nouvelle Aquitaine
Population cible	Personnes âgées chuteuses	Personnes âgées chuteuses	Personnes âgées chuteuses ou à risques de chute
Moyenne d’Age	72 ans et plus	70 ans et plus	Plus de 65 ans
Durée moyenne des séances en lien avec les ateliers	1 heure	1 heure	1 heure / 1 heure 30
Ateliers et intervenants Les ateliers inclus des séances individuelles et collectives	<p>Atelier : Connaissance de la chute et de ses facteurs de risque Intervenants → Psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute ou médecin coordinateur et la cadre de santé</p> <p>Atelier : Le traitement de fond du patient Intervenants → Pharmacienne ou médecin rééducateur</p> <p>Atelier : Soins du pied et chaussage Intervenants → Médecin et aide-soignant ou kinésithérapeute</p> <p>Atelier : Pas de retraite pour la fourchette- retrouver le plaisir d’une alimentation saine et équilibrée Intervenants → Aide-soignant et diététicien</p> <p>Atelier : Prévenir la chute chez soi au quotidien/ Aménagement des dangers du domicile Intervenants → Ergothérapeute et Aide-soignante</p> <p>Atelier : Entretenir ses capacités physiques « rester debout » / Equilibre</p>	<p>Atelier : La chute (connaissance autour de la chute) Intervenants → Médecin référent ETP ou Kinésithérapeute</p> <p>Atelier : Le vécu de la chute Intervenants → Psychologue</p> <p>Atelier : La chute et les médicaments Intervenants → Pharmacienne ou infirmière et médecin</p> <p>Atelier : L’alimentation et la chute Intervenants → Diététicienne</p> <p>Atelier : La chute et l’environnement/ Informations sur les moyens de prévention des chutes dans son environnement et mise en situation Intervenants → Infirmière et aide-soignante ou ergothérapeute</p> <p>Atelier : Utilisation du matériel paramédical et vêtements adaptés Intervenants → Ergothérapeute et aide-soignante</p> <p>Atelier : L’équilibre Intervenants → Ergothérapeute ou kinésithérapeute</p>	<p>Atelier : Chute et domicile Intervenants → Infirmière</p> <p>Atelier : Chute et iatrogénie Intervenants → Pharmacienne</p> <p>Atelier : Chute et risque fracturaire Intervenants → Médecin</p> <p>Atelier : Chute et activité physique Intervenants → Kinésithérapeute</p> <p>Atelier : Rééducation fonctionnelle Intervenants → Kinésithérapeute</p> <p>Atelier : Aide à la marche Intervenants → Aide-soignante</p> <p>Atelier : Equilibre Intervenants → animateur PIED et un autre membre de l’équipe</p> <p>Atelier : Je sais m’alimenter au quotidien Intervenants → Diététicienne</p> <p>Atelier : Les facteurs de risques de chutes (activité physique,</p>

	<p>Intervenants → Psychomotricien et kinésithérapeute</p> <p>Atelier : Apprentissage de l’usage approprié des matériels d’assistance (Aide technique) Intervenants → Kinésithérapeute ou Ergothérapeute</p> <p>Atelier : Ressenti après une chute/ Le syndrome post chutes Intervenant → Psychologue</p> <p>Atelier : les aides à domicile Intervenant → L’assistant social</p> <p>Atelier : Transfert et relevé du sol Intervenant → Kinésithérapeute</p>	<p>Atelier : Entraînement au relevé du sol Intervenants → Kinésithérapeute ou ergothérapeute et infirmière ou aide-soignante</p> <p>Atelier : La sédentarité et l’activité physique Intervenant → Médecin référent ETP ou kinésithérapeute et infirmière</p> <p>Atelier : Entretenir ses capacités physiques Intervenant → Kinésithérapeute et éducateurs sportifs</p> <p>Atelier : Les aides à domicile et les structures relais Intervenant → L’assistante sociales</p>	<p>aménagements domicile, alimentation, médicaments Intervenants → Aide-soignante et infirmière</p>
--	--	---	---

Source : (OSCARS, n.d.)

Annexe IV : Guide d’entretien « chutes »

Guide d'entretien « chutes » :

● **Ce qu’il a ?**

- Quels sont les problèmes de santé qui vous préoccupent le plus ?
- Comment évaluer votre santé sur une échelle de 1 à 10 ?

● **Ce qu’il sait ?**

- D’après vous, quelles sont les causes des chutes chez la personne âgée ?
- Comment expliquez-vous vos chutes ?
- Que vous a-t-on dit à propos de vos chutes ?
- Connaissez-vous votre traitement ? A quoi sert-il ?
- Quels liens faites-vous entre médicaments et chute ?
- Que pouvez-vous faire personnellement pour éviter de tomber à nouveau ?

● **Ce qu’il veut, son projet ?**

- Qu’est-ce qui vous plaît dans la vie ?
- Qu’est-ce qui est important pour vous ?
- Quels sont vos projets actuellement ?
- Qu’avez-vous envie de faire ?
- Comment pensez-vous y arriver ?
- Comment peut-on vous aider ?
- Seriez-vous d'accord pour participer à un programme en lien avec vos difficultés ?

Source : (Haute Autorité de Santé, 2014)

Annexe V : Les 10 compétences professionnels de l’ergothérapeute

1. Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
2. Concevoir et conduire un projet d’intervention en ergothérapie et d’aménagement de l’environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle (2) ou à visée d’aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Elaborer et conduire une démarche d’éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d’intervention en ergothérapie.
7. Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

Source : (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le ministère de la Santé et des sports, 2010, p. 200).

Annexe VI : Guide d’entretien

Question de recherche : « Dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes, comment l’ergothérapeute, à travers ses compétences, peut-il permettre aux personnes âgées de prévenir les récurrences de chute après leur hospitalisation en établissement de santé ? »

Hypothèse : « Les mises en situations reproduisant le lieu de vie de la personne âgée peuvent être un moyen de diminuer les risques de chute, et ainsi éviter une nouvelle hospitalisation. »

Questions de connaissance de l’ergothérapeute :

Depuis quand exercez-vous ce métier ?

Dans quelle structure exercez-vous ?

Avez-vous bénéficié d’une formation d’ETP ? Si oui, depuis combien de temps êtes-vous formé ?

Depuis combien de temps pratiquez-vous l’ETP Prévention des chutes ?

Questions en lien avec le cadre conceptuel et l’hypothèse :

1/ La pratique de l’ergothérapeute autour de la chute

- Pouvez-vous m’expliquer en quoi consiste votre pratique en tant qu’ergothérapeute dans la prise en charge des patients chuteurs ?

- Comment intervenez-vous autour du problème de la chute ?

2/La pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

- Pouvez-vous me parler de votre pratique au sein de l’ETP Prévention des chutes ?
- Lors de vos interventions, quels outils pédagogiques utilisez-vous afin d’impliquer le patient chuteur dans son apprentissage au sein de l’ETP Prévention des chutes ?

3/ L’intérêt des mises en situation chez les patients chuteurs

- Dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes, est-ce que des mises en situation sont proposées aux patients chuteurs ?
- Selon vous, les mises en situation ont-elles un intérêt chez les patients chuteurs ?
- Selon vous, quels pourraient être les avantages et les limites des mises en situation auprès des patients chuteurs dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes ?
- Que pensez-vous des mises en situation reproduisant le lieu de vie des patients chuteurs ?

4/ L’efficacité de l’intervention de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

- Comment évaluez-vous l’efficacité de vos interventions au sein de l’ETP Prévention des chutes ?
- Comment intervenez-vous en cas de récurrences de chute auprès des patients chuteurs ayant déjà participé au programme ?

Question de fin :

- Souhaitez-vous rajouter autres choses ?

Annexe VII : Retranscription de l’entretien avec l’ergothérapeute E3

Questions de connaissance de l’ergothérapeute :

Question 1 : Depuis quand exercez-vous ce métier ?

E3 : « Depuis 2005, donc 16 ans ».

Question 2 : Dans quelle structure exercez-vous ?

E3 : « En SSR Gériatrique ».

Question 3 : Avez-vous bénéficié d’une formation d’ETP ? Si oui, depuis combien de temps êtes-vous formé ?

E3 : « Oui, depuis 2017, donc 4 ans. C’était une formation organisée par un organisme qui s’appelle « Ago Formation » dans le sud de la France. Donc, c’était 52 heures d’ETP mais bon... Normalement c’est 40 heures mais ça a été validé en 52 heures. Je suis coordonnatrice aussi dans un programme. Je n’ai pas fait le DU, en fait dans notre structure, on a une diététicienne qui s’est formé au DU ETP. Donc du coup, elle a monté un premier programme, ensuite moi, j’intervenais dans ce programme mais c’était plus un programme dédié au patient et aidant dans la cadre de la maladie d’Alzheimer. Dans ce programme, j’avais déjà monté une séance de prévention des chutes. Ensuite, il y avait ce projet d’ETP Prévention des chutes, qui a été un peu en suspens et qui était en cours d’élaboration. Normalement pour être coordonnateur, il faut avoir le DU mais ce n’est pas mon cas ».

Question 4 : Depuis combien de temps pratiquez-vous l’ETP Prévention des chutes ?

E3 : « On a obtenu l’autorisation en fin décembre 2018, donc on a pu le mettre en œuvre que début 2019. Donc j’interviens que depuis 2019 ».

Questions en lien avec le cadre conceptuel et l’hypothèses :

Thème 1 : La pratique de l’ergothérapeute autour de la chute

Question 1 : Pouvez-vous m’expliquer en quoi consiste votre pratique en tant qu’ergothérapeute dans la prise en charge des patients chuteurs ?

E3 : « On a un protocole qui a été défini, un protocole rééducatif qui englobe bien sur l’ergothérapeute mais pas que... Cependant, c’est vraiment l’ergothérapeute qui est au centre

de l’équipe, en SSR c’est assez essentiel. Dès l’admission du patient, il y a une évaluation de ses capacités, dans les bilans qu’on utilise, il y a la MIF et le Get up and go test. Donc, qui permet déjà d’avoir une appréciation sur le risque de chute du patient. Et donc à partir de ce bilan-là, il y a un diagnostic ergo qui est établi. On essaye d’être dans la mesure du possible de faire adhérer le patient, d’obtenir son consentement pour savoir quels sont ses objectifs à lui. Donc quand il y a des troubles cognitifs ou des patients très altérés, quelquefois les objectifs sont difficiles à formuler. L’ergothérapeute recherche vraiment l’adéquation entre ce qu’il a pu évaluer et le projet de sortie du patient, qui lui n’est que de passage dans le SSR. Et donc après, il y a la mise en œuvre des séances, ça peut être aussi bien de la réadaptation dans les AVQ, donc vraiment dans les soins quotidiens (l’habillage, les déplacements, les transferts, la continence), essayé de voir les facteurs potentiels de risque de chute, faire le lien avec les équipes. Ça peut être aussi, des séances réadaptatives avec les transferts, l’apprentissage des aides techniques, il peut y avoir des séances rééducatives, notamment quand c’est des patients neuro ou l’orthopédie où on va être plus sur des séances rééducatives. Et après, il y a toute l’adaptation de l’environnement, qui se fait au moment de la préadmission. On essaye d’avoir toutes les informations pour déjà identifier en termes de positionnement, d’adaptations qui contribuerai à améliorer la prise en charge du patient. Et ensuite, en fin de séjour, en fonction du niveau d’autonomie de la personne, on repart sur les tests MIF et Get up and go test pour pouvoir voir quelles sont les situations qui sont problématiques et en fonction du projet de sortie, si c’est un retour à domicile. On peut organiser une visite à domicile pour border l’environnement, pour qu’à domicile les dangers soit identifié et pour qu’on puisse proposer des aménagements. Et si c’est des entrées en structure, on fait le lien avec les équipes de soins vu qu’il n’y a malheureusement pas d’ergothérapeutes dans toutes les structures, pour apporter nous déjà notre analyse ».

Question 2 : Comment intervenez-vous autour du problème de la chute ?

E3 : « A partir du moment où il y a un risque de chute évalué, en gériatrie ils sont tous à risque de chute. Donc du coup, on essaye d’identifier les situations à risques. Au niveau ergothérapie, ça va être tous ce qui est aménagement dans l’environnement, donc ça peut être l’emplacement du lit, mettre une galette au sol, s’assurer qu’il y ait un éclairage. Donc nous, on a des veilleuses qui se déclenchent ou alors lorsque les chambres sont équipées de salle de bain, on laisse la lumière allumer, on met un fauteuil garde-robe à proximité du lit pour tous ce qui est continence. Ensuite, on fait le lien avec l’équipe bien évidemment,

s’assurer du chaussage et commander des chaussures à usage thérapeutique temporaire par exemple. S’assurer que l’aide technique est adaptée et que les embouts soient en bonne état, les changer si besoin, s’assurer des corrections sensorielles, s’il y a des appareils auditifs et visuels, s’ils sont portés correctement, s’ils sont fonctionnels, faire le lien si jamais ce n’est pas le cas. Mettre une barre latérale de redressement pour sécuriser les transferts au lit. On a des guidons de transfert aïgo, les verticalisateurs, les lève personnes ... On essaye de solliciter les capacités motrices de la personne le plus possible, dans tous les actes de la vie quotidienne, donc on intègre l’équipe avec nous, on fait le transfert, on voit comment ça se passe avec le patient et s’il peut être reproduit au quotidien avec les aides-soignantes. Il y a des petits ateliers, là avec la COVID on ne peut pas les mener. Mais il y avait un atelier hebdomadaire en binôme ergo/kiné plus en lien avec une éducation thérapeutique à la santé où du coup il y avait un petit atelier de groupe pour travailler justement le relevé de sol, le travail de l’équilibre unipodal, qui était plus axé là-dessus ».

Thème 2 : La pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

Question 1 : Pouvez-vous me parler de votre pratique au sein de l’ETP Prévention des chutes ?

E3 : « On est complètement dans la démarche qui colle au cahier des charges de l’ARS. L’ergothérapeute va intervenir sur le diagnostic éducatif, donc au fait sur notre programme un entretien de pré-inclusion qui fait intervenir le médecin et un rééducateur référent dont l’ergothérapeute fait partie. Ça permet au médecin d’objectiver les critères de fragilité, de faire le tour sur le traitement médicamenteux. C’est une évaluation gériatrique standardisé. Et donc, l’ergothérapeute qui est formé à l’ETP, réalise ce temps de diagnostic éducatif, il y a une trame qui reprend vraiment tout l’environnement du patient, donc on reprend aussi toutes ses connaissances sur le risque de chute, s’il y a des facteurs qu’il a pu identifier, s’il a déjà chuté. On essaye de prendre vraiment toutes les informations sur son quotidien, s’il a des activités significatives. Une fois que le programme démarre, c’est une séance où l’ergothérapeute intervient spécifiquement autour de l’environnement bienveillant. Donc l’ergothérapeute, fait une séance avec des supports images, c’est une sorte de jeu des 7 erreurs, il y a des maisons avec des facteurs de risque. Les participants doivent identifier les obstacles, les anomalies qu’il y a sur les photos, ça leur permet de faire le lien avec leur propre situation à domicile. C’est l’occasion d’embrailler sur tous les aménagements et les

conseils d’aménagements du domicile qui peuvent être proposées. Dans cette séance, il y a aussi une assistante sociale qui intervient parce que du coup, elle fait le lien directement avec les solutions d’accompagnements à domicile et s’il y a besoin d’un dossier de financement pour aménager son logement ça permet de faire le lien. L’ergothérapeute est essentiellement centré sur l’aspect environnement. Sur tout ce qui est stimulation des capacités motrices c’est le kinésithérapeute qui intervient (pour le schéma moteur, l’équilibre et le relevé de sol). L’ergothérapeute peut intervenir mais ça là mobilisé trop. La répartition a été faite comme ça pour pas que ça la mobilise trop. Pour la séance de stimulation des capacités motrices, c’est des mises en situation qui sont effectuées, chaque personne au sein du groupe réalise le relevé de sol par exemple l’équilibre unipodale ou le relevé de chaise. On leur fait faire des répétitions de mouvements pour qu’ils soient bien fait dans le schéma moteur et apporter des conseils si on voit que ça ne fonctionne pas bien ».

Question 2 : Lors de vos interventions, quels outils pédagogiques utilisez-vous afin d’impliquer la patient chuteur dans son apprentissage au sein de l’ETP Prévention des chutes ?

E3 : « La séance sur l’environnement passe par des photos montages reproduisant un lieu de vie. L’assistante sociale met au tableau des idées clés, à partir de ce que disent les patients les mots clés sont affichés au sein du groupe et ensuite elle apporte des réponses spécifiques sur les notions clés qui ont été amenées par le groupe (=brainstorming). C’est vraiment un temps d’échange. Et après, pour le relevé de sol c’est vraiment des mises en situation pratique, donc du coup il y a un tapis de sol, il y a une chaise avec accoudoir ».

Thème 3 : L’intérêt des mises en situation chez les patients chuteurs

Question 1 : Dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes, est-ce que des mises en situation sont proposées aux patients chuteurs ?

E3 : « Oui, sur la stimulation des capacités motrices. Il y a une séance qui est centrée sur le soin des pieds avec une infirmière, donc là y a stimulation de la proprioception, stimulation sensorielle qui est faite, ce n’est pas mené par l’ergothérapeute. Il y a un repas thérapeutique avec la diététicienne. Cet atelier est mené pour comprendre l’équilibre alimentaire dans la prévention des chutes. Tout au long du parcours, on essaye de les rendre acteur du programme. Ce n’est pas que l’ergothérapeute qui est impliqué ».

Question 2 : Selon vous, les mises en situation ont-elles un intérêt chez les patients chuteurs ?

E3 : « Oui concrètement parce que ça favorise l’apprentissage. C’est vrai que le fait qu’ils puissent tester notamment le relevé de sol, à la fois comment accéder au sol, comment se relever. Il ne faut pas être dans la théorie sinon ça ne leur parle pas. J’ai mis en place lors de cet atelier des cartes de choix, vous vous retrouvez au sol, donc comment réagir en cas de chute, comment intervenir, qu’est-ce qu’il faut faire, on essaye d’intégrer des aidants dans les situations. Par exemple, je retrouve mon prof au sol et avec plusieurs choix possibles et donc au dos de la carte il avait les conséquences de leur décision. Par exemple, la personne est toute seule, j’essaie de la relever toute seule ou j’essaie de me relever toute seule, il y a un risque que la fracture s’aggrave. Ou j’appelle les pompiers, il y avait plusieurs choix possibles. Tout se passe par des jeux de rôle ou des mises en situation pratique, on a conscience que ça favorise vraiment l’apprentissage, ils ont moins d’appréhension après de le refaire. Parfois ils peuvent tester par exemple tout ce qui est stimulation d’équilibre du schéma moteur. Le fait de le faire avec un kinésithérapeute, ça leur redonne la motivation de poursuivre se travaille avec une kinésithérapeute à proximité de leur domicile parce qu’ils ont besoin de travailler le renforcement musculaire parce qu’il y a par exemple de l’amyotrophie ».

Question 3 : Selon vous, quels pourraient être les avantages et les limites des mises en situation auprès des patients chuteurs dans le cadre de l’ETP Prévention des chutes ?

E3 : « Les avantages c’est vraiment une meilleure appropriation des techniques, il y a une meilleure acquisition des compétences. Le but de l’ETP c’est qu’il puisse changer leur comportement après dans leur quotidien. Donc ça, ça contribue vraiment à acquérir des compétences et à changer de comportement. Les limites c’est que parfois, notamment au lancement du programme, l’ARS a demandé qu’on se pose sur une population de plus de 75 ans. Nous, on voulait démarrer notre programme dès l’âge de 60 ans pour être vraiment dans la prévention et pas attendre que la personne soit vraiment polypathologique et qu’il est X antécédents de chutes, on voulait vraiment intervenir en amont. Mais l’ARS voulait vraiment que les programmes s’inscrivent dans ce qu’il appelait le programme PAERPA, donc tous ce qui était personne âgée à risque de dépendance. Et donc, il nous avait imposé l’âge de 75 ans. Et les limites que l’on a vues, c’est que quand on est sur ces schémas-là, on intervient trop tard, les personnes sont déjà bien altérées. Et du coup, il y a certaines mises en situation

qui sont peut-être plus compliquées quand les personnes sont déjà bien altérées. On a eu des demandes de personnes de moins de 75 ans, donc on a fait remonter à l’ARS que l’on avait des demandes et que l’on souhaitait y répondre. Par contre, il n’y a pas de financement pour ces personnes-là. Les limites c’est que vraiment s’il y a une polyopathie derrière par exemple, l’accès au sol est très compliqué. Même en étant accompagné c’est compliqué. S’il y a un début de trouble cognitif aussi c’est compliqué, il ne faut pas qu’il y ait de troubles cognitifs trop sévères parce que ça limite les apprentissages ».

Question 4 : Que pensez-vous des mises en situation reproduisant le lieu de vie des patients chuteurs ?

E3 : « Les mises en situation c’est ce qui a de mieux, vraiment, mais la mise en situation écologique c’est encore mieux. Après, la seule limite, c’est ce que ce n’est pas prévu dans le cadre de l’ETP. Au fait, l’ETP est financé sous un format collectif et si on devrait reproduire, après si la structure a déjà un atelier thérapeutique ça peut se faire sur site. Après, je pense à mon niveau, le meilleur accompagnement serait d’avoir une séance individuelle et d’aller au domicile de la personne et de voir vraiment comment ça se passe en mises en situation écologiques. Donc, ça passerait par une visite à domicile. Mais là après c’est de l’individuel. Dans du collectif, même si on essaye de reproduire une chambre avec un lit, la configuration n’est jamais comme chez la personne, ça à ses limites aussi ».

Thème 4 : L’efficacité de l’intervention de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes.

Question 1 : Comment évaluez-vous l’efficacité de vos interventions au sein de l’ETP Prévention des chutes ?

E3 : « Alors, ça c’est un attendu aussi de l’ARS, qu’on puisse évaluer le bénéfice des séances. On s’est dit par séances, on va à chaque séance effectuer un petit questionnaire avant et après, mais c’était assez lourd. Et les participant avaient l’impression d’être un peu à l’école donc ce n’était pas trop favorable. On a élaboré un questionnaire de démarrage et de fin de programme avec des questions sur chaque séance. Notre programme comporte 6 séances, et donc il y a une douzaine de questions entre deux et trois questions par séances. Donc, on voit leur niveau de réponse au démarrage du programme et il y a ces mêmes questions qui sont reposées en fin de programme. Déjà, ça permet de voir les acquisitions au niveau

théorique des grands concepts. La personne est vue en début de programme pour faire une synthèse et à partir de tous les questionnements formulés en cours de programme ou si on identifie des situations un peu problématiques, on refait le point avec eux en fin de programme et on leur donne des pistes et des axes d’amélioration pour le quotidien qui peuvent être très pratico-pratique. Par la suite, il est suivi dans le temps, on refait un entretien à un mois et à trois mois. Dans les entretiens qu’on mène à distance, à un mois, on les rappelle pour savoir si ces éléments-là ont été réalisés, ça nous permet d’apprécier les changements opérés dans le quotidien. Après, on ne refait pas de bilan ou d’indicateurs chiffrés, c’est peut-être un attendu de l’ARS mais c’est compliqué à mettre en œuvre. Surtout qu’on est une petite structure en milieu rural et donc du coup, voilà on n’est pas forcément à grande proximité où vivent les personnes donc ça les oblige à faire un aller/retour. Ce n’est pas forcément l’idéal. Donc, on évalue comme ça le programme et s’il y a aussi des taux de récurrences de chutes dans les trois mois. Sur la première année, on a fait trois mois et six mois, on a rappelé puis on a évalué le taux d’hospitalisation et de fracture, s’il y avait des chutes à nouveau. Mais on n’a pas eu de récurrence de chute, on a eu quelqu’un qui a eu une hospitalisation mais pour des soucis cardiaques ».

Question 2 : Comment intervenez-vous en cas de récurrences de chute auprès des patients chuteurs ayant déjà participé au programme ?

E3 : « Après, là on n’a pas beaucoup de recul parce que le programme a été lancé en 2019, du coup on a fait six sessions en 2019, en 2020 on a eu six sessions de prévues mais on a pu en faire que deux à cause de la crise COVID et là on a prévu six sessions en 2021. Là, les deux premières ont été annulées à cause du contexte sanitaire. Et donc du coup, si on avait eu quatre à cinq ans de recul, j’aurais peut-être pu vous dire voilà on a eu tant de personnes qui ont rechuté. Mais là, on est trop récent ».

Question de fin : Souhaitez-vous rajouter autres choses ?

E3 : « L’ergothérapeute a toute sa place car elle a une vision très globale de la personne tant sur le quotidien que sur l’aspect aménagement, sur le lien avec le quotidien et la façon de vivre de la personne. Elle a vraiment toute sa place. Après, faut vraiment que ce soit un projet d’équipe pluridisciplinaire et d’établissement parce que l’ETP c’est chronophage et ça prend énormément de temps. Parce que c’est un cahier des charges vraiment très précis attendu par l’ARS. Alors, d’un autre côté c’est rassurant parce que c’est quand même de l’éducation

thérapeutique, c'est vraiment un soin et donc du coup c'est normal parce qu'il faut que ce soit encadré. Mais, il y a tellement d'attendus et le cahier des charges est tellement complexe que du coup ça nécessite beaucoup d'énergie à la fois pour la conception du projet mais aussi pour la mise en œuvre et concrètement ça rapporte beaucoup moins que ce que ça coûte en temps. C'est quand même un écueil qu'il faut avoir conscience. L'ETP c'est censé être sur une pathologie bien spécifique donc par exemple en diabète, sur l'obésité ou dans des pathologies bien spécifique, on fait vraiment le lien direct. La prévention des chutes n'est pas une pathologie, c'est un risque qui fait partie d'une polypathologie, ce n'est jamais un tableau simple. Ça reste tout de même bien encadré et moi je serai plutôt en faveur de dire qu'il serait mieux d'intervenir en amont, dès 60 ans. D'être vraiment sur la prévention et pas forcément sur de la polypathologie avérée quand il y a déjà eu 5 chutes. Il ne faut pas intervenir trop tard. Il y a aussi cet écueil, c'est qu'il faut avoir dans l'équipe pas mal de personne formée à l'ETP pour avoir des relais potentiels parce que ça prend quand même du temps, il y a des attendus numériques. L'ARS attend qu'il y ait, temps de participant chaque année et s'il y a qu'une ergo qui gère les diagnostics éducatifs, les séances et tout, c'est quand même très prenant. Donc ça, c'est une réalité et tout ne peut pas reposer sur une personne. Après, les séances, même si la personne n'est pas formée, il peut y avoir un binôme avec une personne formé mais l'ARS attend que tous les membres qui interviennent soit formés. Il faut vraiment qu'à terme, toutes les personnes soient formées ».

Prévenir les récurrences de chutes chez les personnes âgées : L’intervention de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes

Mots clés : Personnes âgées chuteuses – Ergothérapie - ETP Prévention des chutes – Mise en situation

Les programmes d’Education Thérapeutique du Patient (ETP) sur le thème de la Prévention des chutes auprès des personnes âgées chuteuses ont pour but global de prévenir les risques de chute au quotidien afin de maintenir leur autonomie et une qualité de vie au domicile. Ce mémoire a pour objectif d’analyser la pratique de l’ergothérapeute au sein de l’ETP Prévention des chutes, son impact et de visualiser la mise en place de mise en situation reproduisant le lieu de vie. Par le biais d’un entretien semi-structuré, quatre ergothérapeutes travaillant en établissement de santé, intervenant auprès des personnes âgées chuteuses et animant des ateliers dans un programme d’ETP Prévention des chutes ont été interrogés. Les résultats de cette étude montrent que l’ergothérapeute s’appuie dans sa pratique sur des compétences en lien avec l’exercice de sa profession et sur le modèle conceptuel PPH. De plus, afin de permettre l’apprentissage de nouveau savoir et de rendre la personne actrice de sa santé, la mise en situation est évoquée. Les mises en situation reproduisant de lieu de vie de la personne âgée ont suscité l’attention et l’approbation des ergothérapeutes, cependant, suite à une non-utilisation de cette technique, aucune réponse n’a permis d’en identifier leur efficacité.

Keywords : Elderly people who falls - Occupational Therapy – Therapeutic Patient Education (TPE) Falls Prevention – Situation setting

Therapeutic Patient Education (TPE) programs on the theme of fall prevention for elderly people who fall have the overall goal of preventing the risks of falling on a daily basis in order to maintain their autonomy and quality of life at home. The aim of this thesis is to analyze the practice of the occupational therapist within the TPE Falls Prevention, its impact and to visualize the implementation of the situation setting reproducing the living place. Through a semi-structured interview, four occupational therapists working in health care institutions, intervening with elderly people who fall and leading workshops in the TPE falls prevention program were interviewed. The results of this study shows that the occupational therapist's practice is based on competencies related to the practice of their profession and on the Disability Production Process (DPP) conceptual model. Moreover, in order to allow the learning of new knowledge and to make the person an actor of his health, the situation setting is evoked. The situation setting reproducing the elderly person's living environment attracted the attention and approval of the occupational therapists, however, as a result of not using this technique, there was no response identified their effectiveness.

Amira AIT MOUHEB

Sous la direction de Madame Carine ROUY-THENAISSY