



Pour ne pas tomber dans l'oubli,

La prévention des chutes en ergothérapie du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au domicile



Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie
Sous la guidance de B. ZEMB

Engagement sur l'honneur

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

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

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

Le mémoire peut être :

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

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

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

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

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

A Créteil, le

Signature :

Note aux lecteurs

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

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Bastien ZEMB, qui m'a accompagné et orienté dans cette grande aventure, quand tout allait bien mais aussi lors des moments ou tout me paraissait insurmontable. Merci aussi à l'équipe administrative de l'IFE, et particulièrement à Robin BAIRET pour son suivi tout au long du cursus.

Un énorme merci à Julie CHESNEAU, mon pilier, ma force, celle sans qui rien n'aurait été possible.

J'adresse un grand merci à mes parents et à ma sœur, pour m'avoir supporté au quotidien et pour m'avoir encouragé dans tout ce que j'ai entrepris jusqu'ici.

Une pensée pour Guillaume BERUBEN, qui me suit depuis plus de 20ans déjà et qui se surpasse sans cesse pour me faire rire et me changer les idées quelle que soit la situation traversée.

Un merci gigantesque à Sylvain DURU et Julie DAGLAN, mes soutiens de la première heure, pour leurs conseils, leur bienveillance, leur gentillesse, leurs nombreuses lectures et relectures et tout le bonheur qu'ils m'ont apporté dans et en dehors de nos études !

Je remercie Sandra SOULIS et Roxane CANTIN, deux tutrices géniales, pour leur aide et leur soutien non-négligeable.

Et enfin Chloé GICQUIAU, celle auprès de qui j'ai appris énormément, qui est et restera un véritable modèle dans ce vaste monde qu'est l'ergothérapie.

Sommaire

Situation d'appel	1
Introduction	3
Partie Conceptuelle	5
I. Le vieillissement	5
1.1. Le concept de vieillissement	5
1.2. Fragilité	6
1.3. Autonomie, indépendance	7
1.4. Gériatrie.....	8
II. Ergothérapie et maladie d'Alzheimer.....	10
2.1. L'ergothérapie en quelques mots	10
2.2. Maladie d'Alzheimer	11
2.3. Missions de l'ergothérapeute auprès de patients Alzheimer	16
III. Prévention des chutes au domicile	18
3.1. Modèle conceptuel : Processus de Production du Handicap 2 (PPH-2).....	18
3.2. La prévention.....	20
3.3. La problématique de la chute.....	21
3.4. L'ergothérapie et la prévention des chutes	26
Partie Expérimentale	28
IV. Méthodologie de l'enquête.....	28
4.1. Problématique et hypothèse.....	28
4.2. Objectifs.....	28
4.3. Population	29
4.4. Outils	30
Synthèse des résultats	32
Analyse des résultats	34
Discussion, intérêts et limites	40
Conclusion et perspectives	44
Bibliographie	46
Sommaire des annexes	50

Situation d'appel

Avant d'arriver en ergothérapie, j'ai passé deux ans en licence STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) à l'Université Paris Est Créteil (UPEC). Des cours d'Activité Physique Adaptée aux Âges et aux Personnes (APAAP) nous ont été dispensés. L'enjeu de ces cours est d'acquérir des connaissances physiologiques et sociologiques de toutes les classes d'âge (enfant, adolescent, adulte et sénior) ainsi que les tenants et aboutissants d'une activité physique adaptée pour chacun. L'une des études présentées par notre professeur cherchait à démontrer le lien entre la pratique d'activité physique et la réduction des atteintes mnésiques chez le sujet âgé atteint de la maladie d'Alzheimer (ERICKSON & VOSS, 2011).

Pour accéder aux études d'ergothérapie, il fallait valider les acquis théoriques de certaines unités d'enseignements de la filière STAPS, comme l'anatomie ou la biomécanique. C'est par ce moyen que je suis entré en Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil.

Parmi les nombreux sujets abordés en cours, celui de la personne âgée a suscité chez moi un intérêt particulier. J'ai par ailleurs été amené à travailler sur le thème de la personne âgée lors du cours d'atelier lecture, et plus spécifiquement sur la maladie d'Alzheimer. Par la suite, le stage de Septembre-Octobre m'a offert la possibilité de côtoyer et prendre en charge des patients âgés au sein d'un Service de Soins et de Réadaptation (SSR), dont certains souffraient de cette pathologie. J'ai pu expérimenter plusieurs exercices basés sur leurs facultés mnésiques, et surtout me faire une première idée de l'enjeu de l'ergothérapie auprès de cette population.

Au semestre 4, lorsque nous avons été invités à réfléchir à un sujet de mémoire, le souvenir du cours dispensé en STAPS m'est revenu, additionné aux travaux effectués et expériences vécues en stage. Je me suis donc posé la question du lien entre l'ergothérapie, l'activité physique adaptée (APA) et la maladie d'Alzheimer, et j'ai débuté mes recherches en ce sens.

Lors des différents ateliers de méthodologie mémoire, et au cours de mes lectures, je me suis rendu compte que l'activité physique adaptée en tant que telle faisait partie du référentiel de compétences des enseignants APA (BARBIN, et al., 2016). Je me suis alors posé la question suivante, qui fut déterminante pour la suite de mon projet : l'utilisation de l'activité physique adaptée par l'ergothérapeute est-elle pertinente en sachant que d'autres professionnels sont spécialement formés à cette pratique ?

Ne souhaitant pas m'intéresser à une autre population, je me suis longuement entretenu avec mon maître de mémoire, mais aussi avec les ergothérapeutes présents sur mon lieu de stage et mes

anciennes tutrices pour faire émerger une autre thématique de recherche. Il en est ressorti que la personne âgée vivant au domicile est confrontée tôt ou tard à une problématique de chute, pouvant entraîner de graves conséquences sur son quotidien. J'ai pu m'en rendre compte sur plusieurs lieux de stages, notamment lors des nombreuses visites à domicile que j'ai pu effectuer.

La chute, tout comme la maladie d'Alzheimer, est considérée comme une question prioritaire de santé publique (DARGENT-MOLINA & CASSOU, 2017). Autre point commun : l'ergothérapeute est qualifié pour prendre en charge les personnes atteintes de cette maladie, mais aussi pour lutter contre le risque de chute en institution ou à domicile. C'est en regroupant toutes ces informations que j'en suis venu au sujet de recherche suivant : **La plus-value de l'ergothérapie dans la prévention des chutes au domicile du patient atteint de la maladie d'Alzheimer.**

Après avoir étoffé mes recherches et m'être encore entretenu avec des professionnels de santé, j'en suis venu à me poser la question suivante : **Dans quelle mesure l'ergothérapeute peut-il prévenir les risques de chute et assurer la sécurité au domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré ?**

Introduction

Notre population augmente chaque année, cependant les proportions internes sont de plus en plus inégales, jusqu'à créer un enjeu majeur de société qui est le vieillissement de la population.

L'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), qui recense la population française totale, estime qu'au premier janvier 2017, nous étions 66 991 000 habitants (France métropolitaine et Départements et Régions d'Outre-Mer). L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) précise que parmi eux, près de 17 000 000 personnes sont âgées de 60 ans ou plus, soit environ 25% de la population totale.

Dans une projection statistique de l'évolution démographique en France, l'INSEE estime qu'une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans en 2060, avec 23,6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans pour 73,6 millions d'habitants, soit 32% de la population. Dans le contexte actuel, le vieillissement de la population devient un véritable enjeu de santé publique.

D'un point de vue social, on devient une « personne âgée » lors du départ à la retraite : c'est la fin d'un cycle, le commencement d'un autre. Au niveau administratif, et notamment concernant les conditions d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), est considérée comme personne âgée toute personne de plus de 60 ans (République Française, 2018). Deux catégories d'aînés s'en dégagent : le troisième âge qui comprend les personnes de 60 à 80 ans environ et le quatrième âge, qui rassemble les individus dépassant les 80 ans. Ils sont également associés à trois « types » de séniors : actifs, fragiles ou dépendants.

Dans un ouvrage paru en 2003, J. PELLISSIER nous dit que chez la personne âgée « *l'attention baisse comme la vue, la mémoire s'émousse comme l'ouïe, la curiosité décroît comme l'odorat, et les facultés de penser, de désirer, de ressentir... déclinent comme la capacité à bouger ou à courir* » (PELLISSIER, 2003). Si certaines personnes conservent leurs capacités physiques, mentales et sociales sur le long terme, jouissant d'un vieillissement « réussi » (ROWE & KAHN, 1997), d'autres développent des pathologies dites « liées à l'âge ». Parmi ces dernières, on peut citer les maladies neuro-dégénératives, et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer. Cette maladie, placée dans la catégorie des démences, est une atteinte neurodégénérative du système nerveux central, impactant toutes les dimensions de vie de la personne atteinte. Elle est considérée comme étant une problématique prioritaire de Santé Publique (Organisation Mondiale de la Santé, 2012).

En France, de nombreuses actions sont menées pour lutter contre cette pathologie. Le premier Plan Alzheimer est lancé par le gouvernement français en 2001. L'objectif était alors de faciliter le

diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des familles. Il a été reconduit en 2004, en 2008, et est devenu le 30 octobre 2014 le Plan National des Maladies Neuro-Dégénératives (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014).

Aussi, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a été adoptée et est entrée en vigueur en janvier 2016. Les objectifs fixés sont d'anticiper au mieux les conséquences du vieillissement de la population, et prioriser le maintien à domicile des personnes âgées dans les meilleures conditions possibles. Les moyens cités par cette loi concernent l'accès simplifié à l'APA, la reconnaissance de l'action des proches aidants ou encore la modernisation des résidences-autonomie (République Française, 2015).

Après avoir introduit mon sujet de recherche, je présenterai le cadre théorique sur lequel je me suis basé pour construire mon hypothèse de recherche, qui sera dévoilée à la suite de cela. Dans un second temps, je me focaliserai sur l'enquête menée pour y répondre, en détaillant les outils choisis et les résultats obtenus. Je poursuivrai cette étude en exposant la discussion de ces résultats, avant de conclure en proposant des pistes de réflexions pouvant me permettre d'aller plus loin dans ma future pratique professionnelle.

Partie Conceptuelle

I. Le vieillissement

1.1. Le concept de vieillissement

La question du vieillissement humain revient souvent dans notre société. Il est présenté comme un processus d'évolution des organismes, qui ont atteint le stade adulte (Larousse, 2018). Les années passent et le temps laisse ses marques sur le corps mais aussi au niveau psycho-affectif, cognitif et social. D'après les chercheurs J.W. ROWE et R.L. KAHN, trois types de vieillesse sont distingués : réussie, habituelle et pathologique (ROWE & KAHN, 1997).

1.1.1. Vieillesse réussie

Un vieillissement réussi consiste en l'absence d'atteinte physiologique. La personne a de ce fait un fonctionnement physique, mental et social satisfaisant. C'est un « *concept associé aux notions de longévité et d'absence de pathologies [...] de qualité de vie, bien-être physiologique, de bonheur* » (LE DEUN & GENTRIC, 2007). Dans une étude publiée en 1997, ROWE & KAHN proposent une vision schématisée du vieillissement réussi :

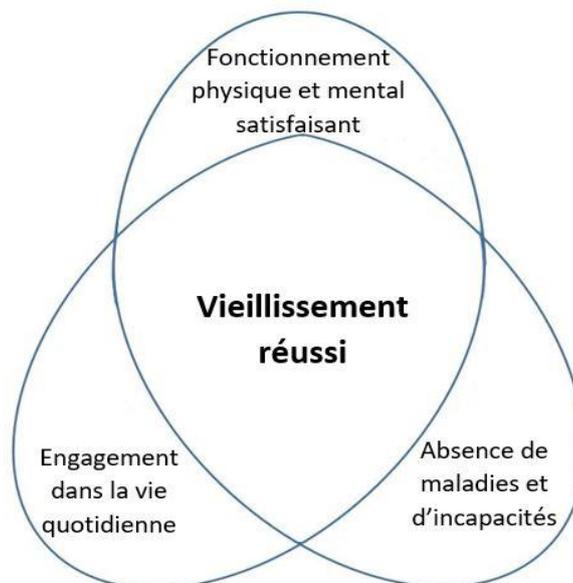


Figure 1: Modèle du vieillissement réussi, ROWE & KAHN, 1997.

1.1.2. *Vieillesse habituel*

Si la personne présente des atteintes de certaines fonctions dites « liées à l'âge », sans pour autant qu'une pathologie particulière soit déterminée, il s'agit de vieillissement habituel ou vieillissement normal. Ce phénomène est appelé la sénescence. L'âge atteint physiologiquement certaines fonctions de l'organisme (moins d'endurance, moins de réflexes, diminution des capacités cognitives en général...) sans nécessairement entraîner l'apparition d'une pathologie particulière (BROUILLET & SYSSAU, 2005).

1.1.3. *Vieillesse pathologique*

Enfin, un vieillissement dit pathologique est établi lorsque la présence de pathologies plus lourdes et évolutives est constatée, entraînant un état plus ou moins élevé de dépendance (TRIVALLE, 2000). Dans le langage courant le terme de sénilité est employé, défini dans le Larousse Médical comme étant la « *détérioration pathologique des facultés physiques et psychiques d'une personne âgée* ».

1.2. **Fragilité**

Une personne âgée dite fragile se trouve entre le vieillissement dit habituel et le vieillissement pathologique. Elle sera moins à même de résister aux maladies, au processus de deuil ou aux chutes dont le risque devient de plus en plus important (TROUVE, 2009).

D. HAMERMAN associe au concept de vieillissement un concept de fragilité (HAMERMAN, 1999). Selon lui, la fragilité de l'individu est caractérisée par une conjonction de plusieurs conditions. La fragilité résulte alors de plusieurs dimensions : médicales, psychologiques et sociales. La personne âgée peut développer au fil du temps plusieurs types d'invalidité parmi ces dimensions, qui contribuent à la hausse de sa fragilité.

Cette notion de fragilité fut l'objet de plusieurs recherches et études, notamment en 2008 dans un rapport intitulé « la fragilité des personnes âgées : perception et mesure » (LOONES, DAVID-ALBEROLA, & JAUNEAU, 2008). Sa définition est encore bien obscure, se confondant avec la notion de dépendance, sans obligatoirement y être mêlée : une personne âgée peut être dépendante et fragile, fragile sans être dépendante et, à l'inverse, dépendante sans être fragile. D'autres auteurs ont apporté leur vision, tel que J.P. MICHEL qui décrit l'état de fragilité comme étant le « *résultat d'un processus de*

fragilisation qui correspond à la réduction progressive des réserves fonctionnelles d'organes à laquelle s'ajoute des comorbidités, des déficiences et des incapacités multiples » (MICHEL, 2002).

De plus, d'après un document publié par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC), pour qualifier de « fragile » un individu âgé de 60 ans et plus, il faudrait lui attribuer au moins un des huit facteurs y contribuant (LOONES, DAVID-ALBEROLA, & JAUNEAU, 2008). Parmi ces facteurs, il y a ceux décrivant une difficulté dans les déplacements, dans le lieu de vie et dans les gestes de la vie quotidienne, qui sont également évaluables pour quantifier le niveau d'autonomie et d'indépendance de l'individu en question.

1.3. Autonomie, indépendance

Si dans le langage courant les termes « autonomie » et « indépendance » sont souvent confondus, leur définition respective est bien spécifique. L'autonomie, dont la racine grecque signifie « se donner soi-même ses propres lois », désigne la capacité d'une personne à juger, décider et faire seule ses propres choix (le « vouloir faire seul »). L'indépendance est, quant à elle, la capacité physique à réaliser seul une action (le « pouvoir faire seul »). Un individu autonome peut donc être dépendant d'un tiers pour réaliser certains actes de la vie quotidienne, et inversement.

La question de l'indépendance et de l'autonomie de la personne est au cœur de l'institution gériatrique, puisqu'elle se pose dès que le vieillissement est dit pathologique.

D. HAMERMAN définit un continuum fonctionnel gériatrique pour qualifier le niveau de dépendance/indépendance de la personne âgée. (HAMERMAN, 1999)

Corrélations cliniques	
Indépendance	Capacités d'adaptation présentes
Indépendance limitée	Déclin fonctionnel
Fragilité qui s'accroît	Invalidité grandissante, perte des capacités d'adaptation
Dépendance	Invalidité installée, alitement, cachexie

Tableau 1 : Continuum d'HAMERMAN adapté.

Chaque individu est unique en plusieurs points : histoire de vie, niveau scolaire, habitudes antérieures... Tant de différences qui, avec l'âge et l'apparition de pathologies, agissent plus ou moins sur leurs capacités à vouloir faire et à accomplir les activités de la vie quotidienne.

L'état cognitif de la personne est intimement lié à cette problématique. En ce qui concerne le diagnostic de démence d'une personne âgée, son entourage et le patient lui-même ne sont souvent pas habilités à repérer et reconnaître la diminution et les atteintes des capacités résiduelles de cette dernière. Cependant, les informations qu'ils détiennent peuvent être d'une grande utilité et constituent une base non négligeable pour les ergothérapeutes, qui réaliseront les évaluations d'autonomie et d'indépendance de la personne malade (mise en situation toilette, habillage, cuisine et repas, questionnaires de Mac Nair, ADL et I-ADL, etc.) et s'articuleront ensuite avec les autres professionnels de soin pour proposer une prise en charge adéquate. La consultation avec les aidants est d'autant plus pertinente lors de la maladie d'Alzheimer, du fait des nombreux troubles associés et de l'évolution programmée de la pathologie, et plus précisément autour de la notion de sécurité du patient dans son environnement de vie.

1.4. Gériatrie

1.4.1. Présentation et définition

La gériatrie est définie dans le Livre Blanc de la Gériatrie Française par le professeur C. JEANDEL, comme étant « *une médecine plus particulièrement orientée vers les patients âgés de 75 ans et plus, [qui] trouve ses champs d'application dans l'évaluation des risques et la prévention, dans le contrôle et le suivi des affections chroniques dont la prévalence augmente avec l'avance en âge, dans les urgences médicales et sociales, dans les différentes dimensions du soin et dans l'accompagnement en fin de vie* ». Toujours selon lui, « *l'objectif essentiel [est] d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer leur qualité de vie et leur autonomie. Elle ne peut donc s'accomplir pleinement que dans une approche multi professionnelle et interdisciplinaire* » (JEANDEL, 2011).

Ce n'est qu'en 2004 que la gériatrie est considérée comme une spécialité de médecine à part entière. Le premier Livre Blanc de la Gériatrie Française est publié cette même année, et une nouvelle version est éditée en 2011.

1.4.2. Les structures gériatriques

Pour répondre au mieux aux besoins grandissants de la population gériatrique, plusieurs structures spécialisées existent (JEANDEL, 2011) ; on peut citer parmi elles :

- Les Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Les Unités de Soins Longue Durée (USLD)
- Les unités de Soins de Suite et de Réadaptation adaptées au public Gériatrique (SSR G)
- Les structures d'accueil (résidence autonomie, accueil de jour (ADJ), résidence service...)

On peut ajouter à ces établissements des unités mobiles, comme les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) ou les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP). L'ergothérapeute est amené à exercer dans chacune de ces structures, avec des objectifs spécifiques aux lieux d'exercice et aux populations rencontrées, mais toujours en articulation avec les autres professionnels.

Le Plan Alzheimer 2008-2012 a permis de créer les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA). On y trouve du personnel soignant formé (assistants de soins en gérontologie, infirmiers) et des rééducateurs spécialisés : des ergothérapeutes et psychomotriciens. Ils prennent en charge spécifiquement des individus atteints de la pathologie d'Alzheimer à un stade léger et modéré. L'objectif de ces unités est de « *permettre aux personnes de rester vivre le plus longtemps à domicile* » (Ministère des solidarités et de la Santé, 2017).

II. Ergothérapie et maladie d'Alzheimer

2.1. L'ergothérapie en quelques mots

2.1.1. Définition

Le mot « ergothérapie » est composé de deux racines grecques : « *ergon* » (signifiant l'activité, l'occupation, l'énergie) et « *therapia* » (le soin) (GEORGIN, 2004). Etymologiquement parlant, cela signifie donc la thérapie par l'activité.

Selon la Fondation Mondiale de l'Ergothérapie (WFOT), l'ergothérapie est une profession de santé centrée sur le patient, qui vise à « *promouvoir la santé et le bien-être par le biais de l'occupation. L'objectif principal de l'ergothérapeute est de permettre aux personnes de participer à nouveau aux activités de la vie quotidienne (AVQ).* » Il est précisé que les ergothérapeutes « *atteignent ce résultat en travaillant avec les patients, leur entourage et la communauté dans laquelle ils vivent pour améliorer leur capacité à participer aux tâches nécessaires ou non, en adaptant leur environnement pour mieux favoriser leur engagement* » (World Organisation of Occupational Therapy, 2012).

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) l'objectif de l'ergothérapie est de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2017).

La profession d'ergothérapeute nécessite une formation spécifique, d'une durée de 3 ans. Elle est par ailleurs réglementée par le Code de la Santé Publique (République Française, 2004).

2.1.2. L'ergothérapeute en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)

Au sein des ESA, l'ergothérapeute est amené à intervenir directement au domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il agit uniquement sur prescription médicale, et l'intervention est prise en charge par la sécurité sociale. Les ESA sont rattachées à des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et leur implantation est faite de sorte à couvrir tout le territoire (Agence Régionale de Santé - Ile-de-France, 2017).

Chaque patient peut bénéficier de 12 à 15 séances, réparties sur une durée de trois mois. Après avoir évalué l'impact de la maladie sur les activités de la vie quotidienne, l'ergothérapeute fixe des objectifs de prise en charge en accord avec ses collègues, le patient et les aidants. Les séances sont ensuite

personnalisées à chacun des patients suivis, tout en en respectant le nombre. Un renouvellement de prescription est possible chaque année (Ministère des solidarités et de la Santé, 2017).

2.2. Maladie d'Alzheimer

2.2.1. Définition et histoire de la pathologie

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative du système nerveux central, définie par une détérioration progressive des fonctions cognitives et une incapacité à réaliser certaines tâches motrices malgré des capacités intactes (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Son nom vient du neuropathologiste et psychiatre allemand Aloïs Alzheimer, qui fit la découverte de ce type de démence en 1907 mais ne la nomma qu'en 1910 (Fondation Vaincre Alzheimer, s.d.).

Elle est répertoriée comme étant la démence la plus représentée en France avec plus de 850 000 personnes atteintes (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014). On dénombre environ 50 millions de personnes atteintes de démence dans le monde en 2017, et 60-70% d'entre elles seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer (Organisation Mondiale de la Santé, 2017).

2.2.2. Stades de la maladie

La maladie d'Alzheimer est décrite selon trois stades : léger, modéré et sévère. Ils caractérisent une évolution lente mais inexorable de la maladie, sans donner un schéma clairement défini. Chaque individu verra la pathologie évoluer de façon distincte. Il est très difficile de séparer précisément chacun des trois stades (Alzheimer's Association, s.d.).

Pour préciser la population étudiée, j'ai choisi d'utiliser l'échelle de détérioration globale de Reisberg (REISBERG, FERRIS, DE LEON, & CROOK, 1982). Elle décrit la maladie d'Alzheimer via sept étapes successives :

1. Pas de déficit cognitif (aucune difficulté dans les AVQ)
2. Déficit cognitif très léger (oublie les noms et l'emplacement des objets et peut avoir de la difficulté à trouver ses mots)
3. Déficit cognitif léger (difficulté à s'orienter dans un environnement inconnu et a de la difficulté à fonctionner au travail ou dans un contexte familial)

4. Déficit cognitif modéré (difficulté à accomplir des tâches complexes : finances, courses, planification d'un repas avec des invités)
5. Déficit cognitif relativement grave (a besoin d'aide pour choisir ses vêtements et qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche)
6. Déficit cognitif grave (perd la notion des expériences et événements récents de sa vie, a besoin d'aide pour prendre son bain, ou a peur de prendre son bain, et nécessite de plus nombreuses aides pour aller aux toilettes – voire incontinence)
7. Déficit cognitif très grave (utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement, perd la capacité de marcher et de s'asseoir, a besoin d'aide pour manger)

Cela correspond également à la population ciblée par les ESA (Agence Régionale de Santé - Ile-de-France, 2017). En effet, j'ai choisi de baser mon étude sur le stade d'atteintes cognitives modérées (4 sur l'échelle de Reisberg). Selon moi, l'intervention de l'ergothérapeute est à ce stade justifiée du fait de l'aggravation progressive des troubles, en guise de prévention ou de traitement des risques. Les patients détiennent des capacités résiduelles suffisantes pour leur assurer un maintien au domicile sécurisé, sous réserve d'un accompagnement adapté. Ils sont à même de comprendre et d'appliquer les conseils qui leur seront donnés concernant la problématique de la chute et apprendre à utiliser certains moyens de compensation liés à leurs difficultés quotidiennes.

2.2.3. Troubles associés

Les fonctions atteintes sont nombreuses dans la maladie d'Alzheimer (KHOSRAVI, 2011). L'apparition des troubles marque en premier lieu une rupture avec l'état antérieur de la personne. Le comportement de cette dernière s'en trouve changé, parfois déroutant pour lui et pour ses proches et complexe à gérer. Bien que non exhaustive, nous allons ici détailler une liste de fonctions en soulignant à chaque fois le rapport avec le stade modéré de la maladie.

Fonctions mnésiques

La mémoire est une fonction cognitive et psychique permettant d'encoder, de stocker et de restituer des informations (Larousse, 2018). On dénombre plusieurs variétés de mémoires, qui ont chacune leur place dans l'encéphale et un fonctionnement qui leur est propre selon des variables de temps et de structure.

Les troubles mnésiques sont le symptôme principal de la maladie d'Alzheimer, mais toutes les mémoires ne sont pas altérées de la même façon ni au même moment en fonction de l'individu touché.

La mémoire immédiate permet de mémoriser des éléments de quelques secondes à quelques minutes. Une fois encodée, cette information peut être manipulée pour être utilisée dans une tâche donnée : c'est la mémoire de travail. La restitution de l'information plusieurs minutes ou heures après son encodage est gérée par la mémoire à court terme (KHOSRAVI, 2011). Ces trois types de mémoire sont rapidement altérés dans la maladie d'Alzheimer, dès les premiers stades (2 et 3 sur l'échelle de Reisberg) et ils déclinent petit à petit selon le mode de vie du patient (niveau d'éducation scolaire, stimulations cognitives, etc.). La mémoire à long terme et la mémoire autobiographique sont toutes deux préservées longtemps dans la maladie. Le *Mini Mentale State* (MMS) et l'Évaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC) sont deux exemples de bilans permettant de rendre compte de l'état de la mémoire du patient (Annexes 1 et 2).

Attention et concentration

Le psychologue américain W. JAMES définit l'attention comme étant une « *prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui semblent possibles [...] Elle implique le retrait de certains objets afin de traiter plus efficacement les autres* » (JAMES, 1982). C'est la faculté de fixer volontairement son esprit sur un objet précis, en restant attentif à l'environnement qui nous entoure. Elle se décline en plusieurs formes :

- Soutenue : mobilisation durable des ressources attentionnelles, par exemple regarder chacune des marches d'un escalier lorsqu'on le descend.
- Sélective : élimination des stimulations non pertinentes, par exemple suivre une conversation parmi plusieurs.
- Divisée : partage égal de l'attention sur deux tâches, souvent de nature proche, par exemple prêter attention aux voitures et à la couleur d'un feu piéton avant de traverser la route.

La concentration est l'action de porter toute son attention sur un même objet. Contrairement à l'attention, l'esprit se ferme à toutes les informations environnantes et mobilise toute l'énergie disponible sur l'objet en question.

Ces deux facultés sont mobilisées en permanence lors de chacun de nos actes. Nous verrons par la suite que les troubles attentionnels sont implicitement liés à d'autres fonctions et entrent en jeu dans la problématique de la chute.

Orientation temporo spatiale

Un individu bien orienté spatialement est capable de savoir où sont rangées ses affaires, de se repérer dans l'espace, de savoir dans quelle ville ou lieu il se trouve et de détailler ces derniers. L'orientation temporelle permet quant à elle de se repérer à travers les époques, de situer le moment présent, de se projeter dans le futur. L'orientation temporo-spatiale est une sphère cognitive évaluée dans le MMS et l'ERFC.

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer n'est pas ou peu orientée de façon ordonnée dans le temps, du fait de l'altération des fonctions mnésiques, ni dans l'espace. Il peut lui arriver de ne plus reconnaître son domicile, d'en sortir et de se perdre dans un environnement qui lui apparaît désormais comme étranger. L'inversion du rythme nyctéméral est le fruit d'une désorientation temporelle : le patient ne parvient plus à distinguer le moment présent de la journée, et se lève alors au beau milieu de la nuit pour faire sa toilette, s'habiller et aller déjeuner.

Ces deux exemples illustrent les risques encourus par les patients au quotidien : déambuler dans un environnement nouveau et rempli de stimulations auditives, olfactives et visuelles détourne l'attention du malade sur les obstacles éventuels à l'extérieur (passants, trottoirs, bouches d'égout, aspérités de la route, etc.) comme à l'intérieur (tapis, marches, ressauts, mobilier, etc.), pouvant le faire chuter. Aussi, se lever dans l'obscurité représente un risque réel pour le malade, qui aura plus de mal à distinguer les obstacles éventuels et à se rattraper en cas de déséquilibre.

Troubles de l'équilibre et de la marche

L'équilibre est défini comme l'état d'une personne qui « *maitrise sa position et ses mouvements, qui ne tombe pas* » (Larousse, 2018). Il est garanti par l'action des muscles squelettiques, des récepteurs proprioceptifs présents au niveau des pieds et grâce à l'action combinée des yeux et du système vestibulaire via l'oreille interne.

La marche du patient atteint de la maladie d'Alzheimer est précaire. On remarque que les individus ne lèvent plus leurs pieds, ne regardent pas où ils marchent, ne dissocient plus les ceintures scapulaire et pelviennes, ne perçoivent plus correctement les dimensions. Une altération motrice (sarcopénie, arthrose, etc.) et psychomotrice est observée, alimentée par d'autres déficits cognitifs (troubles du comportement, troubles mnésiques et sensoriels entre-autre).

Les déséquilibres sont omniprésents, or l'un des aspects prédominant dans la maladie est le fait de déambuler de façon continue. De plus, l'attention de la personne est focalisée sur un grand nombre d'éléments autres que les obstacles au sol, décuplant ainsi le risque de chute (KHOSRAVI, 2011).

L'ergothérapeute est capable d'évaluer les troubles de l'équilibre de la personne au travers de bilans standardisés, qui seront explicités plus en détail dans la suite de cet écrit.

Fonctions sensorielles

Nous parlerons ici des sens de la vue, de l'ouïe et du toucher. Ils ont pour objectif de nous ancrer dans la réalité, de nous assurer de la véracité et de la réalité des choses. S'ils sont altérés, ils peuvent avoir une incidence particulière sur l'augmentation du risque de chute de la personne âgée déjà fragile.

La vue est un sens qui permet de « voir, de percevoir la lumière, les couleurs, la forme, le relief des objets » (Larousse, 2018). C'est un sens qui participe au repérage dans l'espace, à la reconnaissance de nos pairs et aux fonctions d'équilibration du corps. Les yeux sont soumis, au même titre que le reste, au processus de vieillissement.

La vision d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer se détériore rapidement. On remarque qu'il perd peu à peu la faculté de percevoir les dimensions, et se met à voir en relief (exemple : il veut cueillir les fleurs brodées sur une nappe). Le champ visuel se réduit peu à peu, parfois accéléré par une pathologie associée (exemple : glaucome). Au stade modéré de la maladie, le balayage du regard devient un peu plus difficile et il arrive que ce dernier se fige (KHOSRAVI, 2011). Il est alors intéressant de proposer un environnement sobre au patient, sans motifs ni teintes superflues, et ce pour éviter de créer des situations non sécuritaires (déséquilibres, focalisation impossible sur les obstacles, etc.).

L'oreille est l'organe de l'ouïe et de l'équilibre. Elle est la porte d'entrée des stimuli sonores émis par notre environnement quotidien (THEOLEYRE & FRACHET, 2005). Elle est composée de trois parties : l'oreille externe et l'oreille moyenne pour les fonctions auditives, l'oreille interne pour les fonctions d'équilibre corporel.

Le malade d'Alzheimer est parfois sujet à une audition fragile, voire altérée. Des sonorités parasites peuvent le déranger, pouvant aller jusqu'à des hallucinations auditives avec l'impression d'entendre un bébé pleurer ou un proche l'appeler (KHOSRAVI, 2011). Tous les bruits environnants sont des facteurs pouvant aggraver les troubles comportementaux de la personne, réduire ses capacités attentionnelles et créer un schéma de marche précaire aboutissant le plus souvent à une chute. Un environnement calme, protégé de bruits violents ou aigus est par conséquent plus adapté.

Enfin, le toucher : c'est la peau qui en est l'organe principal. Ce sont les cellules nerveuses responsables de la sensibilité superficielle et profonde qui permettent de percevoir ce qui entre en contact avec le corps (GRACCI, 2017). C'est grâce à ce sens que l'on perçoit les aspérités du sol et que l'on peut saisir des objets. C'est ce que l'on appelle les préhensions.

Ces dernières sont de plus en plus difficiles avec l'âge. La précision et la force de ces dernières diminuent peu à peu, et la personne âgée est plus sujette à des chutes, brûlures et autres affections liées au toucher. Proposer un environnement dégagé, sans tapis ni obstacles au sol, et avec de nombreux points d'appuis (meubles, barres d'appuis) semble la meilleure chose à faire.

Troubles du comportement

Les changements apportés par l'évolution de la maladie concernent donc les dimensions cognitives et physiques de la personne. Cependant, des troubles de la sphère émotionnelle sont également présents et s'accroissent tout au long de la dégénérescence, selon la personne touchée.

Les malades atteints se retrouvent parfois en état de confusion, plus ou moins important, et peuvent devenir agressifs. Un environnement bruyant, trop chargé, et un état de fatigue prolongé peuvent conduire à ce trouble du comportement (Fondation Vaincre Alzheimer, s.d.).

Un état anxieux, apathique, dépressif ou exceptionnellement euphorique ou violent sont également des manifestations comportementales de la maladie (France Alzheimer & maladies apparentées, s.d.). Pour certains patients, cela peut devenir un trait de personnalité quotidien une fois arrivés au stade sévère de la maladie.

2.3. Missions de l'ergothérapeute auprès de patients Alzheimer

Dans un document d'information officiel publié en Janvier 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) a listé les actes pouvant être effectués auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés (Haute Autorité de Santé, 2010).

On en dénombre sept spécifiques à l'ergothérapie :

- Réadaptation cognitive dans les activités de la vie quotidienne
- Préconisation et entraînement à l'utilisation d'aides techniques
- Réadaptation de la mobilité et des transferts

- Prévention et traitement des risques de chute
- Positionnement des troubles posturaux assis et en décubitus
- Développement des performances de l'entourage dans la prise en charge et l'accompagnement du patient
- Aménagement de l'environnement

Plusieurs actes font écho à l'étude que je mène actuellement, comme la prévention et le traitement des risques de chute, la réadaptation de la mobilité et des transferts et l'aménagement de l'environnement. Ils font également partie du cahier des charges de l'ergothérapeute travaillant au sein des ESA.

III. Prévention des chutes au domicile

« On entend par chute un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment » (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

L'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) estime que les chutes sont responsables d'une grande majorité des décès accidentels de la personne âgée (Association Nationale de l'Habitat, 2009). Cela représente un véritable enjeu de santé publique. En France, l'HAS recense environ 9000 décès consécutifs à une chute chez la personne âgée de plus de 65 ans. Au niveau mondial, ce ne sont pas moins de 646 000 chutes mortelles qui ont lieu chaque année (Société Française de Gériatrie et Gériologie, 2009).

3.1. Modèle conceptuel : Processus de Production du Handicap 2 (PPH-2)

Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (MOREL-BRACQ, 2017). Les théories, les valeurs mobilisées, les modes de raisonnement et la pratique évoluent. Les modèles se complexifient pour intégrer le médical et le social. L'ergothérapie profite de cette évolution pour avoir une meilleure compréhension des situations de handicap. Dans le cadre de mon mémoire, j'ai choisi d'utiliser le modèle du PPH-2 (FOUGEYROLLAS, 2010). Mon choix s'est porté sur ce modèle car il est fondé sur l'interaction entre les habitudes de vie, les facteurs personnels et environnementaux de la personne, et spécifiquement centré sur l'individu pris en charge.

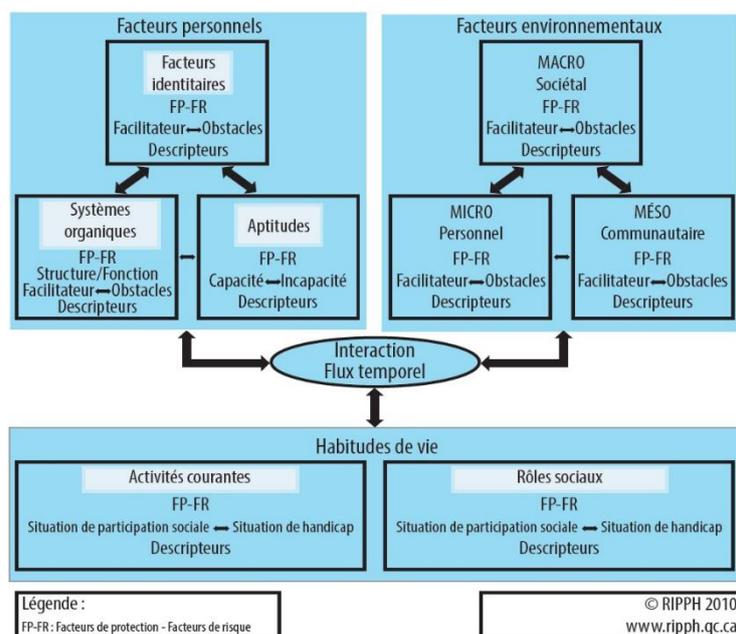


Figure 2 : Modèle du Processus de Production du Handicap 2

Une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade modéré est caractérisée par des capacités résiduelles (remémoration de souvenirs anciens, participation active aux AVQ) mais aussi par des incapacités (fonctions exécutives lésées, plusieurs mémoires altérées). Elle évolue dans son propre environnement, adapté ou non à l'évolution progressive de son état. Enfin, elle exerce des activités dites « habituelles », rythmant jusqu'alors son quotidien. Prenons le cas de Mme C. :

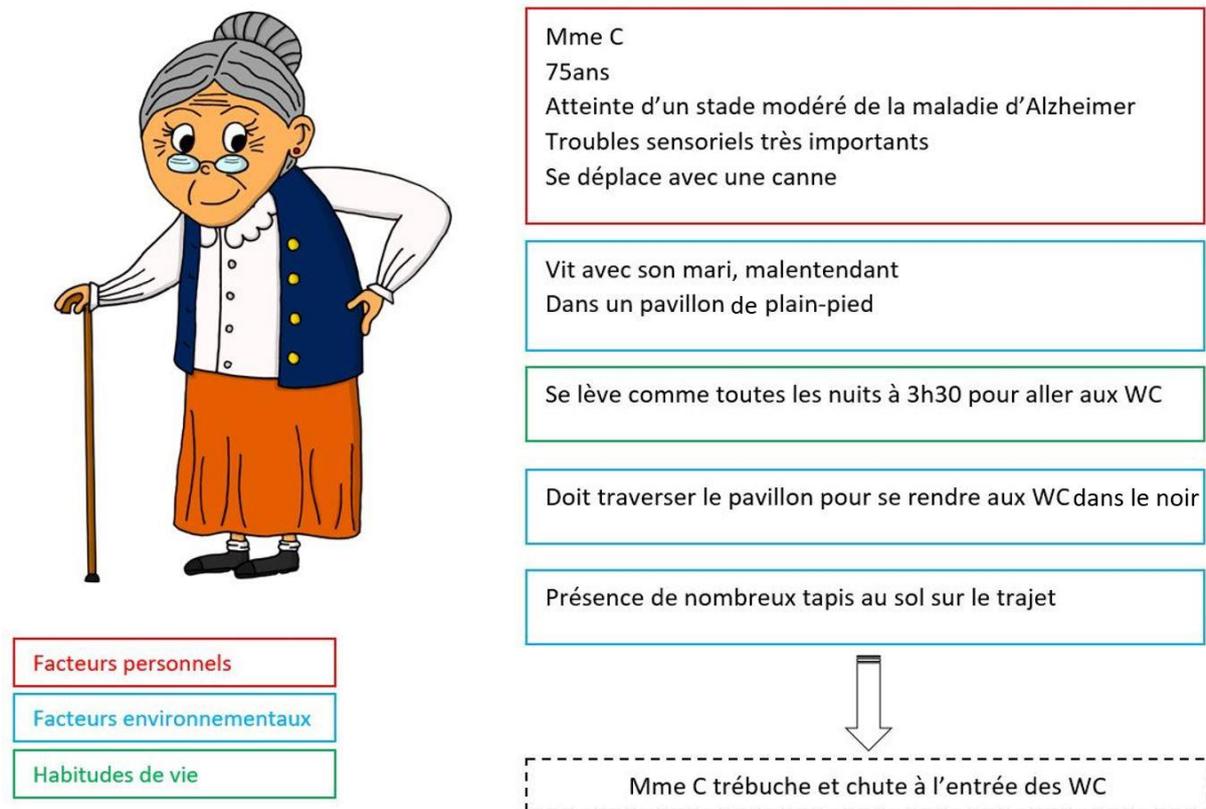


Figure 3 : Schématisation du cas de Mme C.

La chute de Mme C. est au centre des dimensions personnelles, environnementales et des habitudes de vie. En effet, le risque de chute est soumis aux conséquences de la pathologie, à l'adaptation des environnements dans lesquels Mme C évolue et aux activités de la vie quotidienne. C'est là le cœur de l'intervention de l'ergothérapeute, qui doit considérer chaque patient dans son entièreté et prendre en compte tout ce qui le compose comme un ensemble harmonieux à préserver et optimiser. Ainsi, en agissant sur toutes les composantes de Mme C. (par le biais de bilans, de préconisations, d'aménagements du lieu de vie, etc.) il sera plus à même de réduire le risque de récurrence de chutes en menant une action de prévention.

3.2. La prévention

La prévention est le terme qui désigne « *l'ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger, un risque, un mal* » (Larousse, 2018). Il est question d'éviter la survenue d'un évènement pouvant entraîner des dommages matériels, physiques ou psychiques.

En santé, la prévention consiste à éviter « *l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités* » (Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, 2005). Elle s'inscrit dans un contexte de santé publique, qui coordonne ensuite les mesures et actions entreprises en faveur de la prévention et de la promotion de la santé.

On distingue trois types de prévention, que nous allons détailler par la suite :

- La prévention primaire,
- La prévention secondaire,
- La prévention tertiaire.

3.2.1. Prévention primaire

Selon l'HAS, la prévention primaire agit en amont de la maladie, avant son apparition. Elle vise à « *réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine* », en se basant sur la « *diminution des causes et des facteurs de risque* » (Banque de Données en Santé Publique). Les mesures préventives sont prises avant l'apparition de troubles chez l'individu, qu'il soit au départ considéré comme une personne à risque ou non.

Concernant la problématique de la chute en ergothérapie, il s'agirait par exemple de sensibiliser la population sur les éléments « nuisibles » présents dans leur logement et la façon dont elle pourrait en diminuer le facteur de risque (exemple : supprimer les tapis ou les fixer au sol).

3.2.2. Prévention secondaire

La prévention secondaire intervient chronologiquement après la prévention primaire, soit à un stade précoce d'apparition de la maladie (Haute Autorité de Santé, 2018). La Banque de Données en Santé Publique (BDSP) précise que cette prévention a pour objectif « *la détection [et le] traitement précoce d'une maladie ou d'un problème de santé [...] à son stade le plus précoce* ». Son mode d'action consiste

en une application rapide d'un traitement pour éviter l'apparition de conséquences néfastes (Banque de Données en Santé Publique).

La maladie d'Alzheimer étant une pathologie dégénérative, l'ergothérapeute agit idéalement dans un contexte de prévention secondaire. Il cherche par exemple à réduire l'importance des facteurs pouvant causer une chute avant qu'elle ne se produise mais en gardant en tête que les répercussions de cette maladie sont bien présentes au quotidien et inexorablement amenées à évoluer.

3.2.3. Prévention tertiaire

Une fois que la maladie est déclarée, le patient et son entourage doivent faire face aux manifestations et aux conséquences liées à cette dernière. La prévention tertiaire agit donc sur les complications et les risques d'aggravation de la pathologie (Haute Autorité de Santé, 2018). Les mesures prises ont pour objectif d'améliorer le quotidien et la qualité de vie globale en réduisant et compensant les incapacités.

L'ergothérapeute intervient ici dans un contexte tout à fait différent : il ne cherche plus à empêcher la survenue d'une chute, mais sa récurrence.

En outre, il faut préciser qu'au vu des troubles associés à la maladie d'Alzheimer (cf. partie 2.2.3.), l'ergothérapeute peut être amené à agir sur les préventions secondaires et tertiaires de façon confondues. En effet, au stade modéré de la maladie, les troubles mnésiques se font de plus en plus importants. Il est donc difficile de s'appuyer sur les dires d'un patient qui dit ne jamais avoir chuté, bien qu'il puisse être sujet à des chutes répétitives quotidiennes.

3.3. La problématique de la chute

« Chutes et troubles cognitifs sont si étroitement corrélés, qu'il faudrait probablement aussi proposer à tout patient âgé consultant pour des troubles cognitifs une évaluation du risque de chute et une analyse des facteurs de risque de chute » (MAEKER, et al., 2005).

3.3.1. La chute au domicile

Le domicile, ou lieu de vie, est un lieu très important pour les personnes âgées. Elles y vivent la plupart du temps depuis de nombreuses années, et l'ont peut-être même construit. Leurs enfants y ont grandi,

leur famille s'y est sûrement réunie pour de nombreuses occasions. C'est le siège de tous leurs souvenirs les plus mémorables, un repère fiable et un endroit protecteur qui reflète leur identité et leur histoire de vie (TROUVE, 2009). Il est estimé qu'environ 90 % des personnes âgées qui partent vivre en établissement spécialisé le feraient contre leur propre choix, désignant ainsi le maintien à domicile comme solution plébiscitée.

Avec le temps, ce même domicile devient facteur de chutes pour la personne âgée, un lieu placé entre deux époques : un reflet de leur passé qui n'a pas pu évoluer au même rythme qu'eux. Il est estimé que 62% des chutes surviennent sur le lieu de vie des personnes (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'Égalité des Territoires et du Logement, 2013), et une personne âgée sur trois y chute chaque année (INPES - Santé Publique France, 2005).

Une fois que la chute a eu lieu, le risque de récurrence augmente irrémédiablement ; on parle alors de caractère répétitif, établi à partir du moment où la personne chute au moins deux fois sur une période de douze mois (Société Française de Gériatrie et Gériologie, 2009).

La chute est multifactorielle (Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, 2005) : elle trouve son origine dans l'interaction des dimensions personnelles, environnementales et des activités quotidiennes du patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, le diagnostic de maladie d'Alzheimer multiplie par trois le risque de chute de la personne âgée (STRUBEL, JACQUOT, & MARTIN-HUNYADI, 2001).

3.3.2. Risques de chute

Une chute est considérée comme un accident, et survient à la suite d'un croisement de plusieurs facteurs, à savoir la rencontre entre une personne, un risque et un élément déclencheur ; le tout dans un contexte précis.

En se basant sur ce qui a été vu dans la partie 3.1., il est intéressant de catégoriser les risques de chute selon les trois composantes de la personne explicitées dans le modèle du PPH-2, qui sont ses facteurs personnels, environnementaux et ses habitudes de vie.

Facteurs personnels

Selon le PPH-2, les facteurs personnels rassemblent les informations identitaires, les capacités et incapacités ainsi que l'ensemble des intégrités et déficiences caractérisant l'individu.

L'âge et le sexe sont deux facteurs de risque avérés dans l'apparition de la maladie d'Alzheimer (Ligue Européenne Contre la Maladie d'Alzheimer), mais aussi dans le risque de chute. Un rapport de l'INPES datant de 2005 avance que le fait d'être une femme de plus de 65 ans suffit à augmenter le risque de chute par deux en comparaison d'un homme, à âge équivalent (INPES - Santé Publique France, 2005).

Aussi, comme précisé dans la partie 2.2.3., les atteintes des fonctions sensorielles (vue, ouïe, toucher) peuvent aggraver les troubles de l'équilibre.

Facteurs environnementaux

Ils regroupent dans le modèle PPH-2 les environnements :

- MACRO Sociétal
- MESO Communautaire
- MICRO Personnel

Je vais me concentrer sur le MICRO personnel, qui représente l'environnement physique et renvoie au domicile de la personne.

Comme dit précédemment, c'est le lieu où surviennent le plus grand nombre de chutes de la personne âgée. En regardant de plus près, le risque de chute est plus important dans certaines pièces comme la chambre ou les escaliers. Des éléments normalement structurants sont déficients, et deviennent des obstacles à part entière (tapis non fixés, escaliers glissants, plancher gondolé, présence de marches et de ressauts, etc.) ; l'éclairage peut également représenter un danger, notamment le soir et la nuit lorsque la personne âgée souhaite se rendre aux toilettes (Association Nationale de l'Habitat, 2009).

Au stade modéré de la maladie d'Alzheimer, le patient possède encore des capacités résiduelles intéressantes, lui permettant d'éviter certaines chutes. Il est cependant nécessaire d'agir au plus tôt sur ces risques environnementaux étant donné le caractère évolutif programmé de la pathologie.

Facteurs liés aux habitudes de vie

P. FOUGEYROLLAS intègre dans cette partie les rôles sociaux et les activités courantes de la personne. Il décrit six types de rôles (FOUGEYROLLAS, 2010), à savoir :

- Responsabilité financière, civile et familiale
- Relations interpersonnelles

- Rôle communautaire
- Education
- Rôle professionnel
- Loisirs

L'impact sur ces rôles apparaît dès le début de la maladie, et s'intensifie au fil de sa progression. Au stade n°4 sur l'échelle de Reisberg, la personne commence à se retirer d'un point de vue social et présente des difficultés dans la planification d'évènements, la gestion des comptes ou le règlement des factures (Alzheimer's Association, s.d.).

Il faut prendre en compte le fait que les personnes âgées chutent le plus souvent lors des activités de la vie quotidienne, à savoir la toilette, l'habillage, les transferts et les déplacements. Les troubles liés au stade modéré de la maladie d'Alzheimer viennent accentuer le risque de chute lors de ces activités : la difficulté d'effectuer des tâches complexes, les troubles sensoriels et attentionnels ainsi que les perturbations internes de l'équilibre sont des sous-facteurs importants (CAYADO & CHAHBI, 2015).

3.3.3. Conséquences

Même si elles n'entraînent pas la mort dans tous les cas, la majorité des chutes chez les personnes âgées est suffisamment grave pour nécessiter une prise en charge médicale et/ou paramédicale. Les lésions conséquentes à une chute peuvent être plus ou moins importantes suivant (AXA Prévention, 2017) :

- Le type de chute (d'une chaise, de sa hauteur, etc.)
- Le temps passé au sol
- Les capacités résiduelles de l'individu
- La présence ou non d'un entourage proche
- La survenue possible d'une perte de connaissance

On peut ajouter à cette liste la prise de traitements médicaux (MINARY, et al., 2016).

J'ai choisi de présenter leurs conséquences selon deux catégories : physiologiques et psychologiques.

Physiologiques

Les premières lésions consécutives à une chute chez la personne âgée sont liées aux os. Il est possible d'observer la présence de luxations (épaule, hanche) voire de fractures. Le risque de fracture est majoré par la présence d'arthrose, de polyarthrite, et de pathologies liées à l'os. Il s'agit dans la majorité des cas d'une fracture du col du fémur (Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, 2005). L'environnement joue également un rôle primordial : si une chute de sa hauteur peut être à l'origine d'une fracture, une chute dans les escaliers peut provoquer de multiples fractures sur l'ensemble du corps.

Une chute peut également avoir pour conséquences des lésions cutanées telles que des déchirures du derme, des griffures, des ecchymoses ou des hématomes. Un risque d'escarre est à craindre lors d'une station au sol prolongée (AXA Prévention, 2017). Si l'individu chute sur une surface non plane, ses membres peuvent présenter des œdèmes. Le choc peut également provoquer des traumatismes plus profonds, de l'ordre des traumatismes crâniens, de rhabdomyolyses ou encore d'hémorragies. Une personne âgée isolée qui chute chez elle risque également des carences physiologiques. En effet, si elle est dans l'incapacité de se mouvoir et d'appeler au secours, elle ne peut pas non plus subvenir à ses besoins primaires qui sont de se nourrir, s'hydrater et éliminer ses déchets corporels.

On parle de chute critique lorsqu'il est « *impossible de se relever, quelle qu'en soit la raison [et] responsable d'un temps d'immobilisation au sol prolongé* » (BLOCH, 2015). La prise en charge doit survenir rapidement, au risque de voir apparaître des conséquences graves sur le long terme.

Psychologiques

La chute entraîne une douleur tant corporelle que psychique. Il s'agit d'un réel traumatisme pour la personne qui, en prenant de l'âge, développe un manque de confiance en ses capacités, ce qui débouche sur une appréhension de la chute avant même qu'elle n'arrive (Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, 2005).

La personne âgée chuteuse va développer, en plus de cette appréhension, un sentiment d'insécurité. Cela induit une restriction de la participation aux activités de la vie quotidienne : ne plus vouloir se lever du lit, monter des marches, ne pas vouloir se doucher de peur de glisser ou encore de sortir de chez soi. Ce phénomène est nommé « syndrome post-chute » (SilverEco, 2017).

Ce syndrome peut développer chez la personne chuteuse un isolement social et des bouleversements posturaux, qui se traduisent par un blocage de la verticalisation et une rétropulsion du plancher

pelvien. La station debout devient alors difficile à tenir, limitant voire empêchant la reprise de la marche (BLOCH, 2015).

Dans une étude menée en 2015, V. CAYADO et R. CHAHBI décrivent qu'une personne âgée ne souffrant d'aucune altération cognitive est conditionnée dans son lieu de vie. Elle développe des habitudes, une confiance en ses habiletés et en la connaissance de son logement : elle se sent en sécurité et pense maîtriser son environnement personnel.

Lors du stade modéré de la maladie d'Alzheimer, la personne oublie les événements récents. Si elle trébuche sur le tapis du salon, et se rattrape in-extremis pour éviter la chute, il n'est pas exclu qu'elle oublie l'incident. Si la personne ne peut décider d'agir sur son environnement, elle ne fera pas plus attention la prochaine fois et trébuchera à nouveau jusqu'à chuter un jour.

3.4. L'ergothérapie et la prévention des chutes

3.4.1. Champs d'action

Le Plan National des Maladies Neuro Dégénératives (Plan MND) présente un certain nombre d'enjeux, destinés à favoriser un diagnostic plus clair et précis, mais surtout à favoriser une prise en charge de qualité des pathologies telles que la maladie d'Alzheimer. Nous allons ici nous intéresser à un aspect décrit dans l'enjeu n.5, qui est de « *créer les conditions d'une vie plus simple et autonome chez soi et dans la cité, en mettant notamment à profit les leviers que constituent les nouvelles formes de solidarité et l'accès aux technologies* ». Selon le Plan MND, l'objectif à atteindre est d'adapter au mieux le domicile de la personne, de préserver son autonomie et son indépendance et surtout de diminuer le risque de se mettre en situation d'insécurité.

L'article 18 de la loi 2015-1776, qui concerne l'adaptation de la société au vieillissement, certifie apporter des réponses « *aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, par le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants* » en favorisant par ailleurs l'anticipation et l'accompagnement de la perte d'autonomie (République Française, 2015).

L'ergothérapeute détient des compétences spécifiques à son Diplôme d'Etat, qui font de lui un acteur reconnu et privilégié pour évaluer et prévenir le plus efficacement possible les risques de chutes. Comme en témoignent les compétences présentes dans le référentiel de la profession ([Annexe 3](#)).

3.4.2. Evaluer le risque

Afin d'évaluer les capacités fonctionnelles d'équilibre et de la marche, plusieurs bilans standardisés existent et sont utilisables par les ergothérapeutes. Un exemplaire de chaque bilan cité sera par ailleurs placé dans la partie Annexe.

Le Timed Up and Go (TUG) est souvent réalisé et ce dès le début de la prise en charge. Il détermine les explorations éventuelles ainsi que les bilans supplémentaires à faire passer, selon les résultats obtenus. L'intérêt principal du TUG est sa vitesse de passation, en plus d'évaluer les capacités de déambulation et d'équilibre du patient selon son milieu et de ses habitudes de vie. Le bilan est adaptable ; lorsque la distance de 10 mètres n'est pas disponible dans le logement, la mesure de la vitesse de marche peut se faire sur 6 mètres ([Annexe 4](#)).

Parmi les autres bilans existants, on trouve le Test Moteur Minimum (TMM) qui évalue les fonctions motrices de la personne dans plusieurs positions et actions (décubitus, station assise/debout, déplacements). Il permet de cibler plus précisément les capacités et incapacités du patient au niveau moteur ([Annexe 5](#)). Le Tinetti, quant à lui, donne à l'ergothérapeute une image plus fonctionnelle des capacités du patient évalué. On trouve par exemple dans les critères d'évaluation « équilibre debout après rotation de la tête » ou « équilibre avec extension de la colonne cervicale et extension des membres supérieurs (attraper un objet qui serait au plafond) ». Il est possible, au travers de ce bilan, de visualiser la personne lors de ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'orienter la prise en charge en fonction ([Annexe 6](#)).

3.4.3. Intervention au domicile

Après avoir évalué les capacités motrices et fonctionnelles de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'ergothérapeute dispose de nombreux moyens d'intervention afin de diminuer les risques de chute au domicile.

Dans le cadre d'une intervention en ESA, l'ergothérapeute est amené au cours des 15 séances prévues à entamer l'apprentissage des techniques de relevé du sol, la mise en place d'aides à la marche ou encore la préconisation d'aménagements au sein du lieu de vie. Il est également un interlocuteur privilégié dans la création de relais avec diverses associations et services d'aide à la personne (portage de repas, aide-ménagère, etc.).

Ces moyens sont autant d'exemples mis à disposition de l'ergothérapeute pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. Ce sera l'un des points développés au travers de mon enquête.

Partie Expérimentale

IV. Méthodologie de l'enquête

4.1. Problématique et hypothèse

Pour rappel, le questionnement qui découle de ma situation d'appel et des lectures qui ont suivi est le suivant : **Dans quelle mesure l'ergothérapeute peut-il prévenir les risques de chute et assurer la sécurité au domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré ?**

Après avoir fait ressortir les différents concepts de ma problématique de recherche et les avoir approfondis dans ma partie théorique, je souhaite vérifier dans mon étude expérimentale l'hypothèse suivante : **l'intervention au domicile d'un ergothérapeute travaillant en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) permet de prévenir le risque de chute des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré.**

4.2. Objectifs

Afin de confirmer ou infirmer l'hypothèse de recherche énoncée ci-dessus, plusieurs objectifs de recherche se sont dégagés.

- Identifier la démarche des ergothérapeutes travaillant en ESA

Je cherche ici à identifier l'organisation et le déroulement des interventions de l'ESA. J'entends par là un certain nombre de questions : de qui vient la demande ? De quelle manière procèdent-ils pour intervenir au domicile du patient ? Évaluent-ils le risque de chute au préalable, et si oui comment ? Rencontrent-ils plus de patients au stade léger ou au stade modéré ?

- Identifier les moyens de prévention des chutes mis en place par l'ergothérapeute, dans le cadre d'une ESA, au domicile des patients

Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) ont vu le jour suite au plan Alzheimer de 2008-2012. On y retrouve du personnel soignant formé (assistants de soins en gérontologie, infirmiers) et des

rééducateurs spécialisés : des ergothérapeutes et psychomotriciens. Ils prennent en charge spécifiquement des individus atteints de la pathologie d'Alzheimer à un stade léger et modéré. L'objectif de ces unités est de « *permettre aux personnes de rester vivre le plus longtemps à domicile* » (Ministère des solidarités et de la Santé, 2017). Le maintien à domicile de la personne âgée est, quant à lui, intimement lié au risque de chutes. J'aimerais ici prendre la mesure des moyens dont disposent les ergothérapeutes travaillant en ESA pour agir efficacement sur ce risque.

- Repérer les limites de la pratique de l'ergothérapeute

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2010 un rapport concernant les actes d'ergothérapie et de psychomotricité à effectuer pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'une des actions énoncées concerne la prévention des chutes. C'est un acte commun aux deux professions, bien que les objectifs divergent quelque peu. C'est dans ce contexte qu'intervient mon objectif, qui est de repérer les limites de l'ergothérapie dans son action singulière, et les potentialités de l'interdisciplinarité dans le cadre d'une ESA.

4.3. Population

La population ciblée est composée d'ergothérapeutes travaillant au sein d'une ESA ; la spécificité de l'unité dans laquelle ils officient correspondent à la problématique de l'étude que je mène. L'ancienneté au sein de la structure importe peu, mais seuls les ergothérapeutes intervenant dans un contexte de prévention des chutes sont inclus.

Afin de constituer cet échantillon, j'ai contacté plusieurs ESA présents en île de France (par téléphone et mail) et me suis appuyé sur un réseau de professionnels rencontrés en stage pour obtenir certains contacts. Quatre ergothérapeutes correspondant à l'échantillon souhaité m'ont répondu, et j'ai pu m'entretenir avec trois d'entre eux. Le dernier entretien n'a pas eu lieu, l'ergothérapeute n'ayant malheureusement pas eu la possibilité de m'accorder un entretien avant le rendu final de mon étude.

4.4. Outils

J'ai choisi comme outil l'entretien semi-directif. Il m'a permis d'avoir un cadre fiable via un guide d'entretien préparé à l'avance, et ainsi de recueillir des réponses précises. L'entretien peut ainsi évoluer en fonction des informations apportées par les interlocuteurs, et les questions seront toutes abordées sans forcément l'être dans l'ordre établi au départ. Les ergothérapeutes auront une certaine liberté en ce qui concerne les informations données, pouvant donner des réponses plus poussées que celles attendues de prime abord. Ce mode de fonctionnement me permettra de faire une analyse plus complète des entretiens en question. J'ai fait le choix d'utiliser des questions ouvertes, mais aussi des questions fermées agrémentées d'un complément. Ils pourront ainsi donner une réponse simple (oui, non) et expliciter leur réponse par la suite. Deux de mes entretiens ont été réalisés en face à face, et le troisième s'est fait par téléphone.

4.4.1. Guide d'entretien ([Annexe 7](#))

Il est composé de 12 questions, divisées en trois parties ; j'ai choisi de ne pas l'envoyer aux ergothérapeutes interrogés en amont des entretiens, pour obtenir des réponses spontanées et non-prévues. Une courte introduction expliquant les tenants et aboutissants de cette étude précède l'entretien.

- Partie 1 : Présentation de l'ergothérapeute et cadre d'intervention

Dans cette première partie, je m'intéresse à l'expérience qu'a l'ergothérapeute au sein des ESA et auprès de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer. J'aborde également les questions du cadre d'intervention (nombre des séances, lieu, etc.) et la provenance de la demande d'intervention. Ces renseignements me permettront d'avoir une image concrète de l'ergothérapeute interrogé.

- Partie 2 : La personne âgée chuteuse atteinte de la maladie d'Alzheimer

Il est question ici de dresser un tableau général des patients rencontrés : stade d'atteinte de la maladie d'Alzheimer, âge moyen, caractéristiques des personnes chuteuses, environnement de vie, etc. Je recherche ici l'avis de l'ergothérapeute sur les facteurs personnels et environnementaux qui conduisent à la chute de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, l'objectif de

cette partie est d'identifier le contexte d'action de l'ergothérapeute et, en corrélation avec la partie 1, d'identifier sa démarche d'intervention.

- Partie 3 : Prévention des chutes au domicile en ergothérapie

La finalité de cette partie est de recueillir des informations concrètes quant aux moyens dont dispose l'ergothérapeute afin d'intervenir sur le risque de chute au domicile, ainsi qu'aux modalités de suivi post-intervention. Je souhaite par ailleurs identifier les différents modes de fonctionnement des ergothérapeutes (organisation des séances, évaluations initiales, etc.) et aborder le sujet des limites de leur pratique au sein des ESA.

4.4.2. Passation des entretiens

J'ai recontacté les ergothérapeutes m'ayant répondu par mail ou par téléphone afin de convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous. Deux ergothérapeutes ont pu m'accorder du temps pour un entretien en personne, dans leurs locaux ; le troisième n'ayant pas pu libérer un créneau sur ses jours de travail, nous avons convenu d'un rendez-vous téléphonique.

Les trois ergothérapeutes ont accepté que j'enregistre chacun des entretiens, et ont souhaité garder leur anonymat. Les deux premiers entretiens ont une durée respective de 34 minutes (entretien Ergo 1) et de 29 minutes (entretien Ergo 2). Seul l'entretien téléphonique a duré 17 minutes (entretien Ergo 3).

Synthèse des résultats

Suite à la retranscription des trois entretiens, j'ai reporté chacune des réponses de manière synthétique sous forme de tableau. Chacune des douze questions sera, dans la partie suivante, soumise à une analyse de contenu. De plus, le verbatim de l'entretien avec Ergo 1 sera trouvable dans la partie annexe (Annexe 8).

	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3
Année d'obtention du diplôme	2017	2017	2010
Ancienneté en ESA	6 mois + 2 mois de stage	10 mois	5 ans
Cadre d'intervention	- 15 séances/patient et par an - Une dizaine de patients/semaine	- 15 séances/patient et par an - Une dizaine de patients/semaine	- 15 séances/patient et par an - Séances : seule ou en binôme
Origine de la demande	- Médecins - Famille	- Centres mémoire - Médecins - Famille	- Médecins - Famille
Profil type des patients	- 70-95 ans, stade modéré & sévère - Ils ont déjà chuté - Patients bien entourés - Pas que Alzheimer	- Environ 80 ans, stade léger & modéré - Beaucoup de femmes, niveau intellectuel élevé - Pas que Alzheimer - Ils ont déjà chuté	- 70-75 ans, stade léger & modéré - Ils ont déjà chuté - Pas que Alzheimer - Patients bien entourés
Caractéristiques des personnes âgées chuteuses	- Environnement inadapté - Habitude de la chute « bénigne » - Conséquences de la vieillesse	- Environnement inadapté - Limitations articulaires, perte de force, polyopathologies	- Environnement inadapté - Conscience de la chute, mais ne s'intéressent pas aux causes
Lien chute – maladie d'Alzheimer	Oui	Oui	Oui

	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3
Troubles de la maladie entrant en jeu dans la chute	<ul style="list-style-type: none"> - Pas forcément moteurs - Troubles cognitifs ++ (Fonctions exécutives) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas forcément moteurs - Troubles cognitifs ++ (Persévérations) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas forcément moteurs - Troubles cognitifs ++ (Désorientation temporo-spatiale, troubles sensoriels)
Evaluations par bilans standardisés	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, systématique - Avec observations et mises en situation 	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Uniquement observations, mises en situation, entretiens famille 	<ul style="list-style-type: none"> - Non, sauf si des troubles de l'équilibre avancés sont observés - Observations, mises en situation
Moyens d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils, aménagement de l'environnement, aides techniques, gym douce, exercices cognitifs - Relevés du sol - Relais post-intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils, aides techniques, sorties thérapeutiques, binôme rééducateurs - Relais post-intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils, aménagement de l'environnement, relevés du sol, binôme rééducateurs, inclusion de l'entourage dans les séances - Relais post-intervention
Suivi post-intervention	Oui	Oui	Pas systématique
Autres informations	<ul style="list-style-type: none"> - Importance ++ d'impulser des relais 	<ul style="list-style-type: none"> - Importance ++ du travail d'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner et soulager les aidants

Tableau 2 : Synthèse des résultats bruts des entretiens

Analyse des résultats

J'ai choisi de réaliser une analyse de contenu des résultats précédemment exposés, selon une approche qualitative. En effet, une approche quantitative n'est pas pertinente au vu de l'échantillon interrogé et de l'outil choisi. Je vais présenter mon analyse question par question, afin d'exposer plus clairement les points importants à soulever parmi les réponses des trois ergothérapeutes.

➤ **Pouvez-vous m'indiquer l'année d'obtention de votre diplôme ?**

Ergo 1 et Ergo 2 sont deux jeunes ergothérapeutes, diplômés en juillet 2017. Ergo 3 dispose d'une plus grande expérience dans le milieu de l'ergothérapie, étant diplômé en 2010.

➤ **Depuis combien de temps exercez-vous au sein de cette structure/auprès de cette population (Alzheimer) ?**

Les deux premiers ergothérapeutes ont un profil similaire. En plus d'être diplômés récemment, ils ont 8 mois (Ergo 1) et 10 mois (Ergo 2) d'expérience professionnelle au sein d'une ESA, stages et emploi compris. A contrario, l'ancienneté d'Ergo 3 en ESA lui permet d'avoir plus de recul sur sa pratique professionnelle. L'échantillon est ainsi composé d'ergothérapeutes ayant une **vision nouvelle** de la profession, mais aussi d'un professionnel ayant un **point de vue plus expérimenté** de la pratique en ESA.

➤ **Dans quel cadre êtes-vous amené à intervenir ?**

Le **cadre d'intervention** est **identique** pour les trois professionnels interrogés. Il apparaît au travers des entretiens que tous les patients pris en charge disposent du nombre maximum de séances attribuables dans le cadre d'une ESA, soit **15 séances**. Les ergothérapeutes insistent cependant sur le fait que ces 15 séances n'offrent que peu de possibilités sur la prise en charge même. Par ailleurs, **les séances s'organisent selon chaque cas**, et il arrive que les ergothérapeutes interrogés interviennent aux côtés d'autres professionnels lors de certaines séances (psychomotriciens, kinésithérapeutes libéraux, aides-soignants, etc.).

➤ **De qui vient la demande ?**

La provenance de la demande varie d'une ESA à une autre ; cela s'explique par le fait que les secteurs couverts par chacune des structures diffèrent et ne sont pas pourvus des mêmes établissements (centres mémoire, centres hospitaliers, etc.). Il est intéressant de noter que l'entourage des patients, plus précisément **les enfants** de ces derniers, font partie des **demandeurs récurrents**. D'après Ergo 1, ce sont « *les neurologues [qui] leur donnent systématiquement la documentation vers une ESA* ». L'ESA dans laquelle travaille Ergo 2 est dotée de voitures avec le logo de la structure, et reçoit des demandes de la part de personnes qui lorsqu'elles voient « *passer les voitures [...] appellent directement* ».

➤ **Quel est le profil type des patients rencontrés ?**

Les entretiens laissent transparaître certaines similitudes concernant la patientèle rencontrée. Deux éléments sont cependant intéressants à notifier au vu de l'étude menée.

Premièrement le stade de la maladie d'Alzheimer rencontré. Si Ergo 2 et Ergo 3 prennent en charge des patients atteints d'un **stade léger à modéré** de la maladie (conformément aux textes relatifs aux ESA), Ergo 1 rencontre le plus souvent les personnes atteintes d'un **stade modéré à sévère**. Ce dernier justifie cela selon le fait que « *la maladie est diagnostiquée plutôt tardivement* » et nous dit avoir du mal à « *refuser de les prendre en charge même si officiellement on devrait pas intervenir au-delà du stade modéré... y'a de la demande et du besoin à tous les niveaux* ». Ergo 2 dit préférer « *passer le relai à d'autres structures quand je vois que le patient est trop avancé dans la maladie* » car « *s'obstiner à vouloir le maintien à domicile [...] c'est pas une solution, donc je préfère les diriger vers des structures plus adaptées* ». C'est également la façon de procéder d'Ergo 3, qui rajoute que « *certains troubles sont plus avancés que d'autres donc selon les patients le stade veut tout et rien dire* ».

Deuxièmement, ils mettent l'accent sur le fait que leur patientèle n'est **pas uniquement** composée de personnes atteintes de la maladie d'**Alzheimer**, mais également d'autres formes de démences. Ergo 1 explique cela par la difficulté à poser un diagnostic précis, et rencontre souvent des patients avec « *des troubles cognitifs avec suspicion de démence* ». Le constat est donc que les prises en charge se font **majoritairement pour un stade modéré** de la maladie d'Alzheimer, mais que **les ESA ne sont pas exclusives à cette population**.

➤ Selon vous, qu'est-ce qui caractérise les personnes âgées dites « chuteuses » ?

L'**environnement de vie est inadapté** dans la majeure partie des cas. De plus, Ergo 1 avance que les patients « *ont eu l'habitude de chuter souvent* » mais les **chutes** sont **perçues comme bénignes**. Ergo 3 explique que dans la majorité des cas, **ils ont conscience** qu'ils chutent ou qu'un risque est présent. Le souci selon lui est qu'ils ne « *s'intéressent pas aux causes* » des chutes. Selon Ergo 2, les **complications** liées à la **vieillesse** contribuent en grande partie à augmenter le risque de chute. Le domicile apparaît comme étant la deuxième cause. Dans tous les cas, la chute est déjà présente dans chaque situation rencontrée, ce qui place l'intervention de l'ergothérapeute dans un contexte de prévention tertiaire.

➤ Selon vous, existe-t-il un lien entre la maladie d'Alzheimer et le risque de chutes ?

Les trois ergothérapeutes établissent un **lien clair** entre la **maladie d'Alzheimer** et les **risques de chute**. Ergo 2 explique que « *tout dépend un petit peu des cas qu'on rencontre* ». Il s'accorde cependant à dire que la maladie est un facteur qui, ajouté aux conséquences de la vieillesse, augmente le risque de chute de la personne et que « *c'est un facteur en plus qu'il faut surtout pas négliger* ». Ergo 3 est affirmatif quant aux conséquences de la maladie sur « *les comportements moteurs, cognitifs et psychiques des patients* ».

➤ Quels troubles associés à la maladie d'Alzheimer entrent majoritairement en jeu dans la problématique de la chute ?

Parmi les troubles associés à cette maladie entrant en jeu dans la problématique de la chute, on retrouve les troubles moteurs et les troubles cognitifs. Tous trois sont d'accord pour dire que les **incidences des troubles cognitifs** sont **majoritaires sur la chute** ; Ergo 1 met en avant les troubles des **fonctions exécutives**, avec « *un défaut au niveau du raisonnement, du jugement, de la capacité à appréhender et à planifier [...] c'est vraiment à ce niveau-là que... que ça joue sur la chute* ». Pour Ergo 2, ce sont surtout les **persévérations** qui augmentent le risque de chute, car « *plus on cherche à les empêcher de faire ce quelque chose et plus ils vont s'énerver* ». Ergo 3 insiste sur les conséquences de la **désorientation temporo-spatiale**, car selon lui si les patients sont « *désorientés et se perdent, ils vont paniquer et s'agiter et ça peut aussi entraîner une chute* ». Toujours selon ses dires, les **troubles sensoriels** ont aussi un impact sur la hausse du risque de chute, et plus précisément les **troubles de la vision**. Ergo 1 et Ergo 2 font mention des troubles de la mémoire mais y accordent une importance

moindre. Enfin, Ergo 3 évoque les **troubles psychiques** du patient sans développer cette thématique outre mesure.

➤ **Évaluez-vous le risque de chute de vos patients via des bilans/évaluations standardisés ?**

Ergo 1 est le seul des trois ergothérapeutes à **systématiquement évaluer les troubles** de l'équilibre et le risque de chute de ses patients via des **bilans standardisés**. Il dit utiliser « *le Tinetti, si je vois que la personne a de bonnes capacités physiques en général* » mais s'adapte à chaque cas grâce à d'autres bilans comme le Timed Up and Go, le test unipodal et le test des réactions parachutes. Pour ce dernier, **l'observation** et les **misés en situation écologiques** (MES) sont des moyens privilégiés afin de compléter l'évaluation initiale ou dans le cas où le bilan est impossible à réaliser. Ergo 2 n'utilise pas de bilans ; il préfère « *leur demander de faire visiter leur domicile* » et en profite pour les inviter à « *montrer comment est-ce qu'elles montent dans la baignoire, comment elles sortent du lit* ». Par ailleurs, il donne une importance toute particulière aux informations données par les aidants. Ils sont selon lui indispensables lors de la prise en charge dans le cadre d'un ESA, de par leur présence quotidienne et leur expérience subjective de la maladie. Ergo 3 privilégie l'observation et les MES, mais utilise tout de même le Timed up and Go dans le cas de « *troubles de l'équilibre importants* ».

De ce fait, il apparaît au vu de l'échantillon interrogé que l'évaluation des troubles de la personne se fait plus de manière implicite par l'observation que par l'utilisation de tests normés. Le **suivi** se base donc sur des **évaluations qualitatives** (qualité de la marche, capacité à sortir du lit, etc.), **privilégiées ici aux évaluations quantitatives** (le Timed Up and Go est une évaluation reproductible et cotée).

➤ **De quels moyens disposez-vous pour prévenir les risques de chute au domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?**

Plusieurs similitudes émergent parmi les dispositifs utilisés par l'échantillon interrogé. Je vais m'attarder ici sur les points mis en avant lors des entretiens.

Ergo 1 évoque le fait de « *personnaliser à chaque fois l'accompagnement* ». Selon lui, quels que soient les moyens employés, il faut toujours « *travailler en partenariat avec toutes les personnes qui interviennent déjà sur la situation ou qui vont intervenir* ». Les points mis en avant dans cet entretien sont **l'apprentissage des relevés du sol**, qui est « *juste essentiel en tant qu'ergothérapeute [...] dans le contexte des chutes* », et l'impulsion de **relais en post-intervention** décrit comme « *le but de l'ESA* ».

Sur la question des relevés du sol, Ergo 3 précise que l'importance d'apprendre ces techniques au patient est **relative aux capacités** de ce dernier. Selon lui, si les caractéristiques de la personne ne lui

permettent pas de se relever après la chute, aborder ce sujet au cours des séances n'est pas pertinent compte tenu du **temps de la prise en charge**. Concernant les moyens cités dans l'entretien, **l'aménagement du domicile** se distingue du reste et est décrit comme « *vraiment nécessaire* » dans une mesure spécifique, à savoir dans le cas présent « *fixer les tapis, faire de la place pour circuler dans les pièces les plus utilisées* ». Il insiste également sur l'importance **d'inclure les aidants** et ce dès le début de l'accompagnement du patient. L'objectif est double, car d'après son expérience « *c'est souvent indispensable pour que les patients acceptent l'intervention* » et « *il faut qu'ils soient prêts à prendre le relai quand nous on sera partis* ».

Ergo 2 organise ses séances de façon à alterner entre l'aspect moteur et cognitif. Il prend en compte **l'évolutivité de la pathologie** lorsqu'il propose la mise en place **d'aides techniques** aux patients car « *mettre en place des tonnes de matériel ça vaut pas le coup si derrière le matériel sera inutilisable deux semaines après* ». La démarche de **conseils aux aidants** est omniprésente dans les prises en charge, dans la mesure où ces derniers « *veulent éviter ce risque de chute ou relever la personne si elle est tombée* » mais **se mettent en danger**, eux et le patient. Ergo 2 explique cela par le fait qu'ils « *sont aussi issus d'une génération ou ils ont toujours été autonomes et indépendants, donc c'est difficile d'entendre pour eux qu'à un certain stade de la vie [...] il faut demander de l'aide* ». L'accent est mis sur le peu de temps dont il dispose au sein de l'ESA ainsi que sur les **limites de son action** lors de certains cas, et du passage de relai vers **l'institutionnalisation** lorsque « *le maintien à domicile est plus possible* ».

Ce qui transparaît, au travers des réponses données, c'est le **manque de temps** mis à disposition des équipes pour agir sur des problématiques aussi complexes et spécifiques. Cette contrainte de temps leur impose de **faire un choix sur les objectifs** fixés, de les prioriser. Associé à l'unicité de chaque cas pris en charge, cela ressort comme une limite à leur action.

➤ **Votre structure vous permet-elle d'assurer un suivi post-intervention ?**

Les trois ergothérapeutes attachent une importance particulière au **suivi post-intervention**, mais seuls les deux premiers peuvent effectuer ledit suivi de façon systématique dans le cadre de leur structure. En effet, Ergo 3 doit **s'adapter aux contraintes** de sa profession, et assure un suivi « *en fonction des prises en charge* » car « *[il y a] des mois ou je vais être assez chargé, avec énormément de patients, et d'autres plus allégés* ».

La façon de procéder est cependant identique pour les trois ergothérapeutes. Tous les patients pris en charge détiennent les coordonnées de l'ESA, et sont **invités à contacter l'équipe si besoin**. Ergo 2

précise qu' « *officieusement on peut facilement avoir des contacts avec eux, ce qui est normal après tout* ». Il est déjà arrivé à Ergo 1 de revenir au domicile de patients après les 15 séances dans le cas de mise en place de matériel spécifique, pour « *aider au niveau de l'installation et vérifier que ce soit bien mis* ». Il ajoute ensuite que l'ESA permet de renouveler les séances d'une année sur l'autre, rendant de ce fait possible le suivi de certains patients.

➤ **Avez-vous d'autres éléments à rajouter, qui vous semblent important et que nous n'avons pas évoqué ?**

Pour Ergo 1, **l'impulsion de relais** est une composante essentielle du travail de l'ergothérapeute en ESA. Toujours selon lui, l'objectif principal est de « *leur apporter des solutions, même si c'est à court terme* » et ensuite de « *s'arranger pour que le bénéfice de notre passage dure après, dans le temps* ». Lorsque la situation présente un **risque trop important** pour la santé du patient, il n'hésite pas à notifier au médecin assurant le suivi que cela « *présente un risque sécuritaire et sanitaire* » qui nécessiterait « *une hospitalisation d'urgence* ».

En rapport avec l'hospitalisation, Ergo 2 souligne l'importance du **travail en interdisciplinarité**. Il est selon lui « *important de travailler en équipe [...] pour essayer de limiter au maximum ce risque de chute* » pour **éviter l'hospitalisation** et la surcharge qui s'en suit pour l'aidant. Il insiste sur le fait que l'institutionnalisation n'est « *pas une mauvaise chose* » mais garde comme objectif de la « *retarder au maximum* ».

Ergo 3 expose l'intérêt du travail d'équipe en spécifiant **l'accompagnement des aidants** dans la prise en charge. « *La fatigue des aidants elle est bien réelle, on voit beaucoup de souffrances dans nos interventions, les gens sont démunis et esseulés* » et c'est, selon lui, le rôle de l'ergothérapeute – et de l'ESA en général – de les rassurer et leur apporter « *des pistes pour l'avenir* ».

Discussion, intérêts et limites

J'ai émis, suite à mes recherches, l'hypothèse selon laquelle **l'intervention au domicile d'un ergothérapeute travaillant en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) permet de prévenir le risque de chute des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré**. Je vais à présent exposer tous les éléments me permettant de la valider ou l'invalider, en prenant en compte tous les concepts étudiés et l'analyse des résultats de l'enquête menée sur le terrain.

Au cours de sa formation, l'ergothérapeute est sensibilisé à de nombreuses problématiques afin de pouvoir agir au mieux une fois diplômé. Son rôle auprès des malades d'Alzheimer est particulier de par sa position spécifique en tant que thérapeute. En ESA, il agit sur tous les facteurs sus-cités (personnels, environnementaux, habitudes de vie) avec en ligne de mire la compensation des troubles de la personne, l'optimisation de son autonomie et de son indépendance, la sécurisation du quotidien via la prévention du risque de chute et l'assistance de la personne – et de son entourage – pendant et après l'intervention de l'ESA. Cet accompagnement est adapté et personnalisé pour chaque patient rencontré. Les moyens dont il dispose sont nombreux, et il apparaît comme un professionnel qualifié dans l'évaluation des troubles, la préconisation d'aides (matérielles, humaines), l'organisation du parcours thérapeutique et l'impulsion de relais post-intervention.

Nous avons pu constater dans le cadre théorique que la maladie d'Alzheimer est une pathologie à la fois complexe et spécifique au sujet atteint. Au stade modéré de la maladie, les troubles associés sont nombreux mais permettent toutefois au patient atteint de conserver des capacités résiduelles suffisantes au maintien à domicile, s'il est accompagné ; cela regroupe l'accompagnement familial et l'accompagnement médical/paramédical associé au vieillissement pathologique de la personne.

Au domicile, le risque le plus majoritaire est celui de la chute. Comme spécifié au cours de la partie III., ce risque est multifactoriel et prend source dans les dimensions personnelles de la personne, dans son environnement de vie en général et dans ses mœurs. C'est également ce que l'on retrouve au cours des différents entretiens menés, chacun des ergothérapeutes appuyant cette information.

Comme le montrent les parties 1.4.2. et 2.1.2., le plan Alzheimer 2008-2012 agit en ce sens avec la création du dispositif ESA. Leur mission est d'intervenir directement au domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer afin de les accompagner sur les problématiques qu'ils rencontrent au quotidien. Or d'après l'analyse des résultats d'enquête, on remarque que la réalité de terrain est plus complexe à appréhender, tant les situations rencontrées sont variées. En effet, contrairement au nom « Equipe Spécialisée Alzheimer », les patients pris en charge sont pour la plupart peu diagnostiqués ;

les ergothérapeutes sont ici amenés à agir auprès de différentes démences, pas uniquement pour la maladie d'Alzheimer. L'un des ergothérapeutes nous donne une dénomination qui me semble particulièrement intéressante pour décrire une partie des patients rencontrés, à savoir des personnes ayant « *des troubles cognitifs avec suspicion de démence* ».

Au cours d'un des entretiens, il a été dit que l'institutionnalisation n'est « *pas une mauvaise chose* ». Le maintien à domicile est souvent considéré comme la meilleure des solutions, et dans le cas de la maladie d'Alzheimer c'est le fait de résider dans un environnement habituel qui est préconisé. Cependant, l'aménagement d'un domicile inadapté peut être vécu comme traumatisant pour le malade, qui perd alors certains de ses repères. Dans le cas de chutes répétées, la sécurité du patient est mise en jeu dans son propre lieu de vie. De plus, le rôle de l'aidant est reconnu comme crucial au quotidien, mais son épuisement est une conséquence à ne pas négliger car « *c'est sur leurs épaules que tout tient* » d'après l'un des ergothérapeutes. Il existe d'ailleurs un questionnaire permettant de quantifier le niveau d'implication et la charge pesant sur l'aidant, appelé Echelle de Zarit ([Annexe 9](#)). Il peut être intéressant de l'utiliser lors d'interventions au domicile de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, couplé au bilan initial de l'ergothérapeute, afin d'avoir une vision plus complète du contexte d'intervention.

Il est donc nécessaire de trouver le juste milieu entre le maintien à domicile et l'institutionnalisation, en gardant toujours en tête le bien-être du patient, de l'aidant et la sécurité mise en jeu dans chaque situation. L'entrée en institution n'est pas un échec, et peut dans certains cas se révéler bénéfique tant pour le patient (soins quotidiens, accompagnement et rééducation) que pour l'aidant (diminution du fardeau de l'aidant, période de répit, de réassurance).

Dans le cadre de cette enquête, et au vu de tous les éléments relevés, l'hypothèse de recherche est selon moi partiellement validée. Je vais détailler un par un les différents éléments me permettant d'arriver à cette conclusion.

Premièrement, la patientèle prise en charge par l'échantillon interrogé ne se compose pas que de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, contrairement à ce que je pensais au départ. Il est de ce fait difficile d'uniformiser les résultats, d'autant que le diagnostic n'est pas clair pour une partie des patients. Cependant, mon étude cible le stade modéré de la maladie, soit l'échelon 4 sur l'échelle de Reisberg (cf. partie 2.2.2.). Au vu des réponses des ergothérapeutes, c'est le stade majoritairement rencontré, ce qui concorde avec mes recherches théoriques.

Deuxièmement, les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que la prévention des chutes est un besoin et/ou une demande récurrente des patients et de leur entourage. L'intervention en ESA est, selon eux, axée principalement autour de cette problématique. Certaines limites apparaissent cependant dans le

potentiel d'action des ESA. C'est spécialement sur ce point que je m'appuie pour ne valider que partiellement mon hypothèse. En effet, les 15 séances allouées semblent bien insuffisantes aux yeux de l'échantillon interrogé, et ce compte tenu de l'ampleur de la tâche à effectuer. Il faut prioriser les objectifs de prise en charge, et tous ne peuvent pas être abordés en si peu de temps. La prévention des chutes est donc un objectif prioritaire, néanmoins les ergothérapeutes officiant au sein d'ESA ne peuvent souvent pas aller au bout de leurs interventions sur cette problématique. C'est là qu'intervient le « *passage de relai* », très souvent évoqué au cours de chaque entretien, avec divers professionnels (kinésithérapeutes en libéral, médecins spécialisés) et structures d'accueil (accueil de jour, hôpitaux de jour, etc.).

Enfin, j'ai pu recueillir le point de vue de deux jeunes ergothérapeutes mais aussi d'un ergothérapeute plus expérimenté sur le sujet. Ces visions différentes mettent plus en valeur les résultats obtenus. En effet, bien qu'exerçant dans des secteurs différents et auprès d'une population variable (type de démence rencontrée, stade de la maladie d'Alzheimer, etc.), chacun d'entre eux expose une expérience qui lui est propre.

J'aurais cependant souhaité étoffer cette enquête par le biais d'entretiens supplémentaires. L'échantillon actuel est restreint et ne me permet d'avoir qu'une représentation limitée du rôle de l'ergothérapeute en ESA auprès de la population étudiée, d'autant plus que les professionnels rencontrés exercent tous trois en région Ile-De-France. Il serait ici intéressant de recouper les résultats obtenus en recueillant la vision d'ergothérapeutes exerçant dans des départements démographiquement moins denses et moins pourvus en termes de personnel et structures médicales.

Pour aller plus loin dans ma réflexion autour de la problématique de chute au domicile du patient atteint de la maladie d'Alzheimer, je me suis intéressé à d'autres structures existant et pouvant guider le patient et l'aidant afin qu'ils puissent ensemble affronter la maladie. Certaines d'entre elles, fondées sur l'accompagnement à domicile des personnes âgées fragiles, peuvent prendre le relai sur l'aménagement du domicile. Elles proposent par exemple l'expertise d'ergothérapeutes quant aux différents travaux réalisables en lien avec les besoins des personnes âgées. D'autres professionnels du secteur du bâtiment s'articulent ensuite au projet afin de réaliser les travaux.

Au vu de l'enquête menée, les ergothérapeutes exerçant au sein d'ESA ne prennent pas toujours en compte le proche aidant dans leurs séances, faute de moyens ou de temps. Afin de former et de sensibiliser les aidants, il est possible de les orienter vers des programmes d'éducation thérapeutique spécifiques à la maladie d'Alzheimer. De nombreux centres hospitaliers proposent ces programmes d'éducation sur le territoire national. Ils ont pour objectif de permettre à l'entourage de mieux connaître la maladie, de communiquer plus efficacement avec leur proche malade, et surtout

d'accepter de se faire aider et de « *tirer parti des ressources offertes par les institutions médicales sociales et juridiques* » (INPES Santé Publique France, 2005).

Il existe également des organismes proposant un système d'économie circulaire d'aides techniques, qui sont ensuite redistribuées aux personnes en situation de handicap. L'une de ces structures assure l'intervention d'ergothérapeutes au domicile pour évaluer les besoins de la personne et son entourage. Il les accompagne ensuite dans l'essai d'aides diverses, jusqu'à la finalisation du projet. Cela peut s'inscrire dans la continuité de l'intervention des ESA. En effet, après avoir mis en lien le patient et ladite structure, et avoir communiqué les objectifs fixés au sein de l'ESA, l'ergothérapeute assure un suivi idéal et pérennise les bénéfices acquis au cours de la prise en charge. L'économie circulaire est par ailleurs un système visionnaire mais sous-exploité. En effet, j'ai pu constater au cours de différents stages qu'un grand nombre d'aides techniques est entassé dans les pièces et sous-sols oubliés des hôpitaux. Ces dernières n'attendent en réalité qu'une chose : être remises à neuf et servir à optimiser l'autonomie et l'indépendance de personnes en difficulté.

Conclusion et perspectives

La maladie d'Alzheimer, au stade modéré, a un impact tant sur les fonctions motrices et cognitives que sociales et émotionnelles. Les difficultés liées aux troubles commencent à perturber le quotidien du patient et de son entourage, tout en affectant chaque individu de façon singulière. La complexité de cette maladie et les conséquences néfastes de la chute chez la personne âgée font de ces deux sujets des questions prioritaires de santé publique.

Face à ce constat, je me suis intéressé à la plus-value de l'ergothérapie dans la prévention des chutes au domicile de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Au travers de mes recherches théoriques et suite à l'analyse des résultats de l'enquête j'ai tenté de répondre à la problématique suivante : **Dans quelle mesure l'ergothérapeute peut-il prévenir les risques de chute et assurer la sécurité au domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré ?**

J'ai fait l'hypothèse que l'action de l'ergothérapeute exerçant en ESA permettait de prévenir le risque de chute de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade modéré. Dans le cadre de mon enquête, cette dernière n'a été validée que partiellement. En effet, l'ergothérapeute, bien qu'intervenant majoritairement sur le risque de chute, ne dispose pas d'assez de temps au sein de l'ESA pour finaliser sa prise en charge et remplir tous ses objectifs. Il apparaît alors, au travers des entretiens menés, que l'impulsion de relais est une dimension indispensable à prendre en compte afin de pérenniser tous les bénéfices précédemment acquis.

Il m'est difficile de donner une réponse précise à la problématique de recherche au regard de cette étude seule. En effet, l'efficacité de l'intervention de l'ergothérapeute dans la problématique citée dépend de plusieurs facteurs. Les différents environnements dans lesquels il intervient, l'évolutivité de la maladie, le temps d'acceptation du patient mais aussi le temps de prise en charge alloué sont autant de variables à prendre en compte pour optimiser chaque intervention. En ce qui concerne le temps de travail propre à l'ESA, j'ai pu remarquer que chaque ergothérapeute rencontré place les besoins du patient au centre de la prise en charge. Ils n'hésitent pas à prendre le temps de recontacter les personnes et se rendent disponibles pour intervenir, même en post-intervention et hors de leurs horaires de travail.

D'un ordre plus général, je pense que l'ergothérapie a une place toute indiquée dans la prise en charge du patient Alzheimer chuteur. Selon les informations récoltées tout au long de ce travail de recherche, tout ergothérapeute détient des compétences spécifiques lui permettant d'optimiser l'autonomie et

l'indépendance de la personne. En ESA, il prend en compte les trois composantes de la personne citées dans le modèle du PPH-2 pour :

- Sécuriser son environnement de vie, réduire la présence d'éléments favorisant la chute
- Sensibiliser les aidants et l'entourage global de la personne aux spécificités de sa pathologie
- Soulager le fardeau de l'aidant en faisant du lien avec d'autres structures et professionnels
- Freiner l'évolution des troubles associés à la maladie d'Alzheimer
- Réinscrire le patient dans une dynamique sociale en lui permettant de conserver certaines habitudes

Il reste toutefois un maillon d'une chaîne indissociable d'intervenants qui ensemble peuvent parvenir à remplir leurs objectifs. Chaque profession, en articulant ses compétences propres à celles des autres, peut faire avancer le projet du patient.

Les recherches effectuées pour construire ma partie conceptuelle m'ont beaucoup apporté, particulièrement au cours de mes deux stages de troisième année effectués auprès d'une population âgée démente avec une dominance de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, depuis le stage effectué au troisième semestre dans un SSRG, j'ai comme ambition de continuer à découvrir la population gériatrique et développer mes compétences en ce sens. Ce mémoire m'a de ce fait permis d'acquérir une rigueur de travail spécifique aux exigences de la recherche, et de me construire en tant que futur ergothérapeute au travers de mes nombreuses lectures et des rencontres que j'ai eu la chance de faire.

Il serait par la suite intéressant d'élargir l'étude menée en se focalisant sur les tenants et aboutissants de la prise de décision d'institutionnaliser une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer lorsque son maintien à domicile présente un risque pour elle-même et ses proches. C'est selon moi une décision délicate à prendre, pouvant être vécue comme une étape difficile voire un échec de la part de l'aidant. Au final, une étude plus centrée sur la vision de l'aidant et la charge qu'il endosse permettrait d'acquérir une autre vision de la situation dépeinte au travers de cet écrit.

Bibliographie

- Agence Régionale de Santé - Ile-de-France. (2017). *Cahier des charges pour la création des équipes spécialisées Alzheimer à domicile en région Ile-de-France* .
- Alzheimer's Association. (s.d.). *Les 7 stades de la maladie d'Alzheimer*. Consulté le 15 Mai, 2018, sur alz.org: <https://www.alz.org/fr/stades-de-la-maladie-d-alzheimer.asp#very>
- Association Nationale de l'Habitat. (2009). *Fiche habitat santé - diminuer les causes de chutes*. Consulté le 15 Mai, 2018, sur reglementationsaccessibilite.blogs.apf.asso.fr: <http://reglementationsaccessibilite.blogs.apf.asso.fr/files/Batilogement/diminueur%20les%20causes%20de%20chutes%2C%20ANAH.pdf>
- Association Nationale de l'Habitat. (2014). L'ANAH mobilisée pour l'adaptation des logements. *Les cahiers de l'ANAH*, pp. 3-32.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2017). *Definition*. Récupéré sur [anfe.fr](http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession): <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- AXA Prévention. (2017). *Quelles conséquences des chutes chez les personnes âgées ?* Récupéré sur [axaprevention.fr](http://www.axaprevention.fr): <https://www.axaprevention.fr/maison/consequences-chute-personnes-agees>
- Banque de Données en Santé Publique. (s.d.). *Glossaire*. Consulté le 18 Février, 2018, sur asp.bdsp.ehesp.fr: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=284>
- Banque de Données en Santé Publique. (s.d.). *Glossaire*. Consulté le 18 Février, 2018, sur asp.bdsp.ehesp.fr: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=285>
- BARBIN, J., CAMY, J., COMMUNAL, D., FONDIMBI, M., PERRIN, C., & VERGNAULT, M. (2016). *Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée*. Paris: Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée.
- BLOCH, F. (2015). Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 188-190.
- BROUILLET, D., & SYSSAU, A. (2005). La maladie d'Alzheimer : mémoire et vieillissement .
- CAYADO, V., & CHAHBI, R. (2015). La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, pp. 194-199.
- DARGENT-MOLINA, P., & CASSOU, B. (2017). Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile : analyse des interventions efficaces et perspectives de santé publique. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - Santé Publique France*, pp. 336-343.
- ERICKSON, K., & VOSS, M. (2011). Exercice training increases size of hippocampus and improves memory.
- Fondation Vaincre Alzheimer. (s.d.). *Historique de la maladie d'Alzheimer*. Consulté le 15 Mai, 2018, sur [vaincrealzheimer.org](http://www.vaincrealzheimer.org): <https://www.vaincrealzheimer.org/historique-maladie-alzheimer/>

- Fondation Vaincre Alzheimer. (s.d.). *Troubles du quotidien*. Consulté le 15 Mai, 2018, sur vaincrealzheimer.org: <https://www.vaincrealzheimer.org/troubles-quotidien/>
- FOUGEYROLLAS, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile - Transformations réciproques du sens du handicap*. PUL.
- France Alzheimer & maladies apparentées. (s.d.). *La maladie d'Alzheimer en chiffres*. Consulté le 15 Mai, 2018, sur francealzheimer.org: https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/maladie-dalzheimer-chiffres/?gclid=EAlaIqobChMIssyEnaD11wIVZrBTCh2VBg3AEAYASAAEgKthvD_BwE
- France Alzheimer & maladies apparentées. (s.d.). *Les symptômes de la maladie d'Alzheimer*. Consulté le 15 Mai, 2018, sur francealzheimer.org: https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/symptomes-de-maladie-dalzheimer/?gclid=EAlaIqobChMir7KHZqvI2gIV6ZPtCh2dDQ1xEAYASAAEgK1wfd_BwE
- GEORGIN, C. (2004). *Dictionnaire : Grec-Français*. Hatier.
- GRACCI, F. (2017). *Comment fonctionne le sens du toucher ?* Récupéré sur Science & Vie: <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/comment-fonctionne-le-sens-du-toucher-9140>
- HAMERMAN, D. (1999). Toward an understanding of frailty.
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Définition : Prévention*. Récupéré sur has-sante.fr: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention
- INPES - Santé Publique France. (2005). *Référentiel de bonnes pratiques - prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Consulté le 15 Mai, 2018, sur inpes.santepubliquefrance.fr: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- INPES Santé Publique France. (2005). Alzheimer : un programme pour soutenir l'entourage des personnes atteintes. *La Santé de l'Homme*, pp. 7-9.
- JAMES, W. (1982). *Précis de psychologie*.
- JEANDEL, C. (2011). *Livre Blanc de la gériatrie française*.
- KHOSRAVI, M. (2011). *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés* (éd. 3e). Doin.
- Larousse. (2018). Récupéré sur [larousse.fr](http://www.larousse.fr/): <http://www.larousse.fr/>
- LE DEUN, P., & GENTRIC, A. (2007). Viellissement réussi, définitions, stratégies préventives et thérapeutiques.
- Ligue Européenne Contre la Maladie d'Alzheimer. (s.d.). *Prévenir la maladie d'Alzheimer : est-ce possible ? que peut-on faire ?* Consulté le 15 Mai, 2018, sur vaincrealzheimer.org: https://www.vaincrealzheimer.org/files/23-LECMA_Prevenir_la_maladie_WEB_light.pdf
- LOONES, A., DAVID-ALBEROLA, E., & JAUNEAU, P. (2008). *La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures*. Récupéré sur CREDOC: <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf>

- MAEKER, E., BOMBOIS, S., PARDESSUS, V., TIBERGHEN, F., DIPOMPEO, C., THEVENON, A., . . . PUISIEUX, F. (2005). Troubles cognitifs et chutes : l'expérience de la consultation multidisciplinaire de la chute de Lille. *Revue Neurologique*, pp. 419-426.
- MICHEL, J. (2002). La fragilité est-elle inéluctable avec l'avancée en âge . *Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ?*, 57-64.
- MINARY, A., LAMBERT-KUHN, E., GOURIEUX, B., BONNOMET, F., VOGEL, T., & LANG, P. (2016). Médicaments majorant le risque de chute : étude prospective au CHRU de Strasbourg. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'Egalité des Territoires et du Logement. (2013). *Note de synthèse, rapport de la CNAV et de l'ANAH sur l'adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées*. Consulté le 2018
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2014). *Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019*.
- Ministère des solidarités et de la Santé. (2017). *Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) : des interventions à domicile*. Récupéré sur Pour les Personnes Agées: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/equipes-specialisees-alzheimer-esa-des-interventions-domicile>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *La maladie d'Alzheimer*. Récupéré sur Ministère des Solidarités et de la Santé: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>
- MOREL-BRACQ, M. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Deboeck Supérieur.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). *Dementia : a public health priority*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *La démence*. Consulté le 2018, sur who.int: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Les chutes*. Récupéré sur who.int: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- PELLISSIER, J. (2003). *La nuit tous les vieux sont gris*.
- REISBERG, B., FERRIS, S., DE LEON, M., & CROOK, T. (1982). Global Deterioration Scale.
- République Française. (2004). *Code de Santé Publique - Article R4331-1*. Consulté le 15 Mai, 2018, sur legifrance.gouv.fr: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006914146>
- République Française. (2015). *LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. Récupéré sur legifrance.gouv.fr: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>
- République Française. (2018). *Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)*. Récupéré sur service-public.fr: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
- ROWE, J., & KAHN, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, pp. 443-440.

- SilverEco. (2017). *Chute de la personne âgée : causes, conséquences et prévention*. Récupéré sur silvereco.fr: <https://www.silvereco.fr/chute-de-la-personne-agee-causes-consequences-et-prevention/3187245>
- Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. (2005). *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*.
- Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (2009). *Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*.
- STRUBEL, D., JACQUOT, J., & MARTIN-HUNYADI, C. (2001). Démence et chutes. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, pp. 4-12.
- THEOLEYRE, B., & FRACHET, B. (2005). Altération de la fonction auditive - orientation diagnostique. *Revue du praticien*, pp. 2303-2309.
- TRIVALLE, C. (2000). Le syndrome de fragilité en gériatrie. *Revue médicale suisse*.
- TROUVE, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Solal.
- World Organisation of Occupational Therapy. (2012). *Definition of Occupational Therapy*. Récupéré sur wfot.org: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Mini Mental State	I
Annexe 2 : Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives	III
Annexe 3 : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute	VII
Annexe 4 : Timed Up and Go	VIII
Annexe 5 : Test Moteur Minimum	IX
Annexe 6 : Tinetti	X
Annexe 7 : Guide d'entretien	XI
Annexe 8 : Entretien Ergo 1	XII
Annexe 9 : Echelle de Zarit	XXI

Annexe 1 : Mini Mental State

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)	Etiquette du patient
Date :	
Évalué(e) par :	
Niveau socio-culturel	

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | | | |
|----------------------------------|-------|------------------------------|--|--|-------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !Oou! | | | | !Oou! |
| 2. en quelle saison ? | !___! | 4. Quel jour du mois ? | | | !___! |
| 3. en quel mois ? | !___! | 5. Quel jour de la semaine ? | | | !___! |
- ☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- | | |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | !___! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | !___! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | !___! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | !___! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | !___! |

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

- | | |
|--------|-------|
| 14. 93 | !___! |
| 15. 86 | !___! |
| 16. 79 | !___! |
| 17. 72 | !___! |
| 18. 65 | !___! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

LANGAGE

- | | | |
|---|----------------------------------|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | !___! |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | !___! |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : | « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | !___! |

☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|-------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | !___! |
| 26. Pliez-la en deux. | !___! |
| 27. et jetez-la par terre ». | !___! |

☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | !___! |
|---------------------------------|-------|

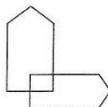
☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|-------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | !___! |
|---|-------|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|-------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | !___! |
|---|-------|



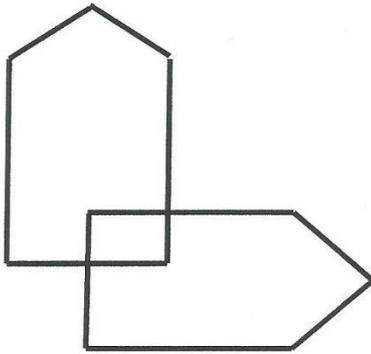
SCORE TOTAL (0 à 30) !___!

FERMEZ LES YEUX

Phrase :

.....
.....
.....

Recopier le dessin :



Annexe 2 : Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives

TEST D'ÉVALUATION RAPIDE DES FONCTIONS COGNITIVES (ERFC)	
Nom et prénom : Date de naissance et âge : Date de l'examen : Remarques (niv. culturel, « état mental », pb visuel, phasique...) :	
1- ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE (1 POINT PAR REPONSE EXACTE) 1. En quel année sommes-nous ? 5. En quel saison sommes-nous ? 2. Quel jour de la semaine ? 6. Dans quel ville sommes-nous ? 3. Quel mois ? 7. Dans quel département ? 4. Le combien du mois ? (+/- 1) 8. En quel lieu sommes-nous ?	<u>TOTAL</u> <u>SCORE 1</u> / 8
2-1- ATTENTION ET MEMOIRE 1. Nommer lentement 4 mots (tourterelle, maison, lunettes, étoile) ; faire répéter et compter un point par mot en négligeant d'éventuelles altérations phonétiques / 4 S'assurer au besoin par des répétitions successives que les 4 mots sont retenus par le sujet. Abandonner au bout de 3 répétitions infructueuses. 2. Séries de chiffres : 2.1. Dire et répéter la première série en ordre direct ; en cas d'échec faire une nouvelle tentative avec la deuxième série : 4 - 2 - 7 - 3 - 1 7 - 5 - 8 - 3 - 6 Compter 1 point pour 5 chiffres successifs, 0,5 pour 4 chiffres, 0 pour moins de 4 chiffres...../ 1 2.2. Même procédure pour une série de 4 chiffres à répéter en ordre inverse : 3 - 2 - 7 - 9 4 - 9 - 6 - 8 Compter 1 pour 4 chiffres successifs, 0,5 pour 3 chiffres, 0 pour moins de 3 chiffres...../ 1	<u>TOTAL</u> <u>SCORE 2</u> / 10
2-2- RAPPEL Faire répéter les 4 mots appris en 2-1-1 ; 1 point par mot retenu...../ 4 Mémoire sociale : Nom du président et de deux ou trois présidents l'ayant précédé Mémoire autobiographique	<u>TOTAL</u> <u>SCORE 3</u> / 2
3- CALCUL MENTAL (1 point par opération exacte) 28-9= 102-3= <i>Réalisation écrite d'opérations élémentaires</i>	<u>TOTAL</u> <u>SCORE 4</u> / 5
4- RAISONNEMENT ET JUGEMENT 1. Jean est plus grand que Pierre. Quel est le plus petit des deux ?...../ 2 2. Jean est plus grand que Pierre et plus petit que Jacques. Quel est le plus grand des trois ?...../ 1 3. Est-il vrai que plus il y a de wagons, plus le train va vite ?...../ 1 4. Que faites-vous si vous trouvez dans la rue une enveloppe portant une adresse avec un timbre neuf ?...../ 1 Capacités d'abstraction : <i>En quoi se ressemblent : une pomme et une banane, un chien et un lion, un manteau et une robe, une hache et une scie, le nord et l'ouest</i>	<u>TOTAL</u> <u>SCORE 3</u> / 2

<p>10- PRAXIES</p> <p>1. « Faites un pied de nez ». En cas d'échec, procéder par imitation...../1</p> <p>2. Reproduire le dessin ci-contre. Compter 1 point par élément reproduit (a, b, c, d, e) mais ne compter que 0,5 en cas de reproduction incomplète, en cas de déplacement ou de disproportion flagrante de taille d'un élément...../5</p> <div data-bbox="367 448 973 761" data-label="Image"> </div> <p><i>Rajouter le dessin du cube et de la marguerite</i></p> <p>Praxies bucco-faciales : Claquer de la langue, mordre ses lèvres, gonfler ses joues, mettre ses lèvres en cul de poule.</p> <p>Praxies idéo-motrices : Salut militaire, pied de nez, au revoir de la main, planter un clou, jouer du piano ou du violon</p>	<p><u>TOTAL</u> <u>SCORE 10</u></p> <p>/ 6</p>
<p>11- DECODAGE VISUEL</p> <p>Faire identifier le dessin ci-contre. Compter 1 point si réponse correcte.</p> <div data-bbox="686 1052 782 1254" data-label="Image"> </div>	<p><u>TOTAL</u> <u>SCORE 11</u></p> <p>/ 1</p>
<p>12- ECRITURE (Compter 1 point si le mot est correctement écrit).</p> <p>1. Dictée : MAISON...../ 1</p> <p>2. Copier : CONSTITUTION...../1</p>	<p><u>TOTAL</u> <u>SCORE 12</u></p> <p>/ 2</p>
<p>Recherche d'héminégligence : Test de barrage</p> <p>Mémoire topographique : Localiser différentes villes sur une carte vierge, s'orienter sur un plan de ville, dessiner un plan de son lieu de vie...</p> <p>Planification et fluidité verbale : Reproduction de séquences de figures géométriques (rond, croix, carré, triangle), de séquences gestuelles (poing, tranche, paume), épreuve de type « go no go » (« Prenez ma main, si je dis rouge, serrez puis relâchez, si je dis vert, ne faites rien »)</p> <p>Gnosies visuelles : Test de Poppelreuter et de Lilia Ghent (p 101)</p>	
<p style="text-align: right;">SCORE GLOBAL</p>	<p>/ 50</p>

RECAPITULATION			
SCORE	Fonctions cognitives	Notes Maximales	Notes obtenues
Score 1	Orientation temporo-spatiale	8	
Score 2.1	Attention et mémoire	10	
Score 2.2	Rappel		
Score 3	Calcul mental	2	
Score 4	Raisonnement et jugement	5	
Score 5	Compréhension	5	
Score 6	Dénomination	4	
Score 7	Répétition	2	
Score 8	Ordre écrit	1	
Score 9	Fluidité verbale	4	
Score 10	Praxies	6	
Score 11	Décodage visuel	1	
Score 12	Ecriture	2	
TOTAL		50	

Un score inférieur à 46 indique une probabilité significative d'atteinte des fonctions cognitives.

Remarques :

Annexe 3 : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute

ANNEXE II (extraits)

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Référentiel de compétences

Compétences²

1. Évaluer 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 fonctionnelle³ ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Élaborer 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. Évaluer 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.

Annexe 4 : Timed Up and Go

TEST « GET UP AND GO »

Observer : se penche-t-il en avant normalement au moment de se lever, ou se rejette-t-il en arrière ?

Chronométrer : le tout exécuté en 20 sec ou non ?

. Observations lors du test « Get up and go ».		
<i>Etape</i>	<i>Observer</i>	<i>Cotation</i>
<u>Se lever du siège</u>	Patient se rejette en arrière ?	-4
	Se penche en avant de manière anormale	0
	Obligé de s'aider des accoudoirs ?	-2
	Se lève d'un seul élan	0
	Besoin de deux ou trois essais	-1
<u>Marcher devant soi 3m</u>	Marche rectiligne, sans détours	0
	Méandres prononcés	-1
<u>Faire demi-tour rapidement</u>	Capable de pivoter sur place ?	0
	Obligé d'exécuter plusieurs pas successifs ?	-3
<u>Retourner s'asseoir</u>	Descend avec contrôle de la flexion des genoux ?	0
	Se laisse tomber dès que la flexion atteint 30° ?	-4

Observer la stratégie utilisée pour se lever. Trois stratégies possibles :

1. Stratégie de dominance verticale. La flexion du tronc s'arrête dès que commence la poussée verticale des genoux. **Normal**

2. Exagération de la flexion du tronc ; il s'agit d'une stratégie de stabilisation par augmentation marquée de la flexion du tronc juste avant de se lever, ce qui place le CG au-dessus des pieds et résulte en un redressement tardif du tronc. **Perturbé**

3. Stratégie de Transfert de moment : la partie haute du corps est lancée en avant, déterminant un transfert de moment de l'horizontal vers le moment vertical. **Très perturbé**

Se lever demande une accélération verticale du tronc, pour cette raison la stabilité dynamique est étroitement corrélée avec la force du Quadriceps, et les personnes affaiblies éprouvent une difficulté à se lever et de l'instabilité. Une force accrue dans le quadriceps permet de bénéficier d'une meilleure stabilité dynamique.

Podsiadlo D, Richardson S: The timed « up and go »: a test of basic functional mobility for frail elderly persons
J Am Geriat Soc 1991; 39: 142-148

Annexe 5 : Test Moteur Minimum

EVALUATION DES RISQUES DE CHUTES

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Examineur :
Date :

TEST MOTEUR MINIMUM

DECUBITUS

- Se tourne sur le côté : ()
- S'assied au bord de la table d'examen : ()

POSITION ASSISE

- Equilibre assis normal (absence de rétropulsion) : ()
- Incline le tronc en avant : ()
- Se lève de la table d'examen : ()

POSITION DEBOUT

- Possible : ()
- Sans aide humaine ou matérielle : ()
- Station bipodale yeux fermés : ()
- Station unipodale avec appui : ()
- Equilibre statique normal (absence de rétropulsion) : ()
- Réactions d'adaptation posturale : ()
- Réactions parachute :
 - Membres supérieurs avant : ()
 - Membres inférieurs avant : ()
 - Membres inférieurs arrière : ()

MARCHE

- Possible : ()
- Sans aide humaine ou matérielle : ()
- Déroulement du pied au sol : ()
- Absence de flexum du genou : ()
- Equilibre dynamique normal (absence de rétropulsion) : ()
- Demi-tour harmonieux : ()

TOTAL = /20

- N'a pas chuté (au cours des 6 mois précédents) : ()
- Peut se relever du sol : ()

N.B. : comment remplir le questionnaire ?
oui = 1 ; non = 0

Annexe 6 : Tinetti

Epreuve de TINETTI

Evaluation de l'équilibre : 13 items

- équilibre assis droit sur une chaise.....
- lever d'une chaise, si possible sans l'aide des bras.....
- équilibre debout juste après s'être levé.....
- équilibre debout, pieds joints, yeux ouverts.....
- équilibre debout, pieds joints, yeux fermés.....
- le patient effectue un tour complet sur lui-même*
- capacité à résister à 3 poussées successives vers l'arrière, exercées sur le sternum*
- équilibre après avoir tourné la tête à droite et à gauche.....
- debout en équilibre sur une seule jambe pendant plus de cinq secondes*.....
- équilibre en hyper extension du rachis cervical.....
- le patient essaie d'attraper un objet qui serait au plafond.....
- le patient se baisse pour ramasser un objet posé à terre devant lui.....
- évaluation de l'équilibre lorsque le patient se rassied *

Evaluation de la marche : 9 items

- début, initiation de la marche.....
- évaluation de la hauteur du pas (à droite et à gauche).....
- évaluation de la longueur du pas (à droite et à gauche).....
- évaluation de la symétrie du pas (entre droite et gauche).....
- évaluation de la régularité de la marche*
- capacité à marcher en ligne droite*
- exécution d'un virage tout en marchant.....
- évaluation de la stabilité du tronc*
- évaluation de l'espacement des pieds lors de la marche.....

TOTAL : / 22

Chaque item est noté soit 0 (anormal), soit 1 (normal). * Items mes plus prédictifs de la chute si score bas

Annexe 7 : Guide d'entretien

Tout d'abord, merci de me recevoir pour cet entretien. J'aurai besoin de recueillir quelques informations sur vous, votre pratique professionnelle et sur le profil de patients pour lesquels vous intervenez. Je souhaiterais enregistrer notre entretien si vous le permettez, afin de pouvoir le retranscrire par la suite ; par ailleurs, votre anonymat sera respecté dans l'étude que je mène.

Partie 1 : Présentation de l'ergothérapeute et cadre d'intervention

- 1) Pouvez-vous m'indiquer l'année d'obtention de votre diplôme ?
- 2) Depuis combien de temps exercez-vous au sein de cette structure/auprès de cette population (Alzheimer) ?
- 3) Dans quel cadre êtes-vous amené à intervenir ?
- 4) De qui vient la demande ?

Partie 2 : La personne âgée chuteuse atteinte de la maladie d'Alzheimer

- 5) Quel est le profil type des patients rencontrés ?
 - ➔ *Informations recherchées* : âge moyen, stade de la maladie d'Alzheimer, s'ils ont déjà chuté, s'ils vivent seuls, s'ils bénéficient d'aides au quotidien et dans quel type de domicile ils vivent.
- 6) Selon vous, qu'est-ce qui caractérise les personnes âgées dites « chuteuses » ?
 - ➔ *Informations recherchées* : s'il y a un « profil partagé » ; quels sont les facteurs de risques rencontrés ; si le patient et son entourage ont conscience ou non du risque de chute.
- 7) Selon vous, existe-t-il un lien entre la maladie d'Alzheimer et le risque de chutes ?
- 8) Quels troubles associés à la maladie d'Alzheimer entrent majoritairement en jeu dans la problématique de la chute ?

Partie 3 : Prévention des chutes au domicile en ergothérapie

- 9) Évaluez-vous le risque de chute de vos patients via des bilans/évaluations standardisées ?
 - ➔ Si « oui », lesquels ?
 - ➔ Si « non », comment procédez-vous ?
- 10) De quels moyens disposez-vous pour prévenir les risques de chute au domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?
 - ➔ *Indicage* : visites à domicile, mises en situation du patient, entretiens avec le patient et/ou sa famille, démarche de conseils, préconisations d'aides-techniques, propositions d'aménagement du domicile ?
- 11) Votre structure vous permet-elle d'assurer un suivi post-intervention ?
 - ➔ *Informations recherchées* : comment l'ergothérapeute s'assure de l'efficacité des mesures mises en place au domicile, si c'est possible ?
- 12) Avez-vous d'autres éléments à rajouter, qui vous semblent important et que nous n'avons pas évoqué ?

Merci d'avoir pris le temps de m'accueillir dans votre structure et d'avoir répondu à mes questions.

Annexe 8 : Entretien Ergo 1

Moi : Tout d'abord, merci de me recevoir pour cet entretien. J'aurai besoin de recueillir quelques informations sur vous, sur votre pratique professionnelle et sur le profil de patients pour lesquels vous intervenez. Je souhaiterais enregistrer notre entretien si vous le permettez, afin de pouvoir le retranscrire par la suite.

ERGO 1 : Ok, pas de soucis, vous avez mon accord.

Moi : C'est gentil. Et bien évidemment, votre anonymat sera respecté dans l'étude que je mène.

ERGO 1 : Ok.

Moi : **Donc je vais commencer par poser quelques questions sur vous et sur le cadre de... des interventions... de vos interventions au sein de la structure. Pouvez-vous m'indiquer l'année d'obtention de votre diplôme ?**

ERGO 1 : 2017, juillet 2017.

Moi : **D'accord, et euh depuis combien de temps exercez-vous au sein de cette structure ou auprès de cette population atteinte de la maladie d'Alzheimer ?**

ERGO 1 : Hum... à peu près 6mois, plus deux mois de stage en autonomie l'année dernière.

Moi : En dernière année du coup.

ERGO 1 : Voilà, c'est ça.

Moi : **Et au sein de l'ESA dans lequel vous travaillez, dans quel cadre êtes-vous amenée à intervenir ?**

ERGO 1 : Euh dans le cadre d'interventions à domicile, chez des personnes qui sont soit diagnostiquées maladie d'Alzheimer ou soit maladies apparentées. Ce qu'on appelle maladies apparentées c'est tout type de démence, de type DFT, démence mixte, démence cardiaque, ça peut être aussi pour ce qu'ils appellent des troubles cognitifs.

Moi : Oui ?

ERGO 1 : Dans la plupart des cas, le diagnostic n'est pas posé avant, malheureusement, qu'il y ait eu une... comment dire... une ouverture du cerveau quoi (rires). Donc c'est des troubles cognitifs avec suspicion de démence dans la plupart des cas.

Moi : D'accord ok. Et euh, donc par rapport à la population c'est élargi aux personnes démentes c'est ça ? On entend par ESA « équipes spécialisées Alzheimer », mais vu que le diagnostic est complexe à poser...

ERGO 1 : Ça peut arriver qu'on ait des patients à la limite des critères d'inclusion euh... du cahier des charges de l'ESA en fait. Par exemple ça peut être... là en ce moment j'ai un patient qui a une altro... pardon, une atrophie systématisée des quatre membres avec quelques atteintes cognitives.

Moi : d'accord.

ERGO 1 : Donc ça fait des atteintes cognitives qui peuvent entrer à la limite dans le cadre de l'ESA, mais ça en sort un peu avec l'atteinte des 4 membres systématisée où là le patient devrait arriver peut-être

sur une autre structure adaptée à ce trouble spécifique. Ça peut être aussi pour des patients avec des PSP, donc des paralysies supra... euh...

Moi : Des Paralysies Supranucléaires Progressives ?

ERGO 1 : Voilà oui, c'est ça. Et on peut avoir aussi des maladies de Parkinson, ce genre de choses.

Moi : D'accord ok, mais c'est plus exceptionnel du coup.

ERGO 1 : Voilà oui, mais ça élargi quand même un peu la population que je rencontre.

Moi : Oui, et ça modifie du coup le champ d'intervention.

ERGO 1 : C'est ça.

Moi : **Par rapport aux interventions toujours, de qui vient la demande et en générale, en quoi elle... en quoi concerne-t-elle ?**

ERGO 1 : Alors la plupart du temps c'est les médecins, donc euh les généralistes qui nous envoient les patients puisqu'on a nous, sur notre secteur, encore quelques généralistes qui vont à domicile.

Moi : D'accord.

ERGO 1 : Donc ils connaissent souvent les patients, ils les connaissent depuis longtemps, ils les connaissent bien, donc les patients leur font confiance. Les médecins leurs parlent de nous, et ils nous appellent directement si y'a besoin, ils nous envoient directement les prescriptions, nous demandent de passer. Sinon c'est aussi la famille, souvent les enfants qui nous contactent.

Moi : C'est l'entourage qui fait parfois les démarches pour venir vers vous...

ERGO 1 : Voilà, parce qu'ils ont eu une consultation mémoire sur les gros hôpitaux du coin.

Moi : D'accord.

ERGO 1 : Et les neurologues leurs donnent systématiquement la documentation vers une ESA, pour des personnes qui sont diagnostiquées et/ou y'a soupçons de...

Moi : Oui pour qui y'a suspicions de démence.

ERGO 1 : Voilà, oui voilà.

Moi : **Ok d'accord. Donc maintenant j'aimerais parler un peu euh, de la personne âgée chuteuse et atteinte de la maladie d'Alzheimer, vu que c'est le cœur de... du sujet de mon étude. Est-ce qu'il y a un profil type de patients rencontrés ?**

ERGO 1 : Alors qu'est-ce que tu entends par « profil type » ? (rires)

Moi : Euh, l'âge moyen, est-ce que ce sont uniquement des personnes âgées de plus de 60 ans, à quel stade de la maladie d'Alzheimer sont les patients que tu rencontres...

ERGO 1 : Ah oui ok.

Moi : S'ils ont déjà chuté, s'ils vivent seuls, dans quel environnement...

ERGO 1 : Ok je vois, dans la plupart des cas nous ici on a des patients qui sont âgés, donc je dirai entre 70 et 95ans.

Moi : Ah oui, d'accord !

ERGO 1 : (rires) Oui, pas vraiment de malades jeunes. Au niveau du stade de la maladie, on a beaucoup de patients qui arrivent avec un stade modéré, voire même sévère, parce que la maladie est diagnostiquée plutôt tardivement... et y'a souvent de l'anosognosie au début, du déni. Et je me vois mal refuser de les prendre en charge même si officiellement on devrait pas intervenir au-delà du stade modéré... y'a de la demande et du besoin à tous les niveaux. Donc les personnes attendent vraiment soit la chute grave ou... 'fin... être perdues quelque part, en errance, avant de se dire « bon là y'a vraiment un problème, j'ai besoin d'aide » et c'est là qu'ils nous appellent. Et au niveau... eh... c'est quoi le reste déjà ? (rires) Désolé (rires)

Moi : (rires) Alors est-ce qu'ils ont déjà chuté dans l'ensemble, enfin en moyenne...

ERGO 1 : Oui merci (rires), alors oui ils ont déjà chuté mais ils le relient pas forcément à la maladie.

Moi : D'accord.

ERGO 1 : Ça fait partie des trucs avec l'anosognosie et tout ça, pour eux c'est « j'ai glissé ». Mais quand c'est des chutes répétées, là on sait qu'il y a un tas de problèmes derrière.

Moi : Oui je vois, et euh pareil est-ce que c'est des patients qui sont généralement entourés ? Une femme, un mari, des enfants, des...

ERGO 1 : Alors oui on a généralement des personnes qui vivent seules mais par contre y'a toujours un entourage qui est présent. C'est souvent les enfants.

Moi : Ok d'accord. (silence) Et après, par rapport aux aides dont ils bénéficient au quotidien ?

ERGO 1 : Alors la plupart du temps y'a déjà l'APA qui est mise en place. Euh y'a quelques services à domicile qui sont déjà sur place souvent pour l'aide-ménagère, l'aide pour faire des courses ou la cuisine. Parfois on trouve des personnes qui ont déjà des orthophonistes.

Moi : D'accord.

ERGO 1 : En libéral qui viennent à domicile.

Moi : Oui.

ERGO 1 : Ce qui est quand même assez rare en général mais là de plus en plus. Et sinon voilà, au niveau des aides ils sont un peu démunis et c'est une des demandes principales, c'est euh savoir quels relais on peut faire, comment on peut aider à financer certaines choses, vers qui s'adresser.

Moi : **D'accord, ok. Et je vais m'intéresser maintenant aux personnes chuteuses : selon vous, qu'est-ce qui caractérise ces personnes âgées dites chuteuses ? Est-ce qu'il y a un caractère, un profil type partagé, des facteurs de risques ?**

ERGO 1 : Alors oui, au niveau des facteurs de risque je dirai que ce sont des personnes où au niveau du domicile c'est plutôt encombré, avec euh beaucoup de meubles, beaucoup de tapis, qui sont peut-être un petit peu à la limite du syndrome de diogène. C'est euh...

Moi : Ah oui quand même, oui une accumulation d'objets frénétique.

ERGO 1 : Oui, c'est des personnes qui vivent seules, qui n'ont pas de téléalarme ou de téléassistance. (silence) Qui à mon avis ont eu l'habitude de chuter souvent, parce que quand on leur demande si ils ont déjà chuté nous quand on arrive à la première visite ils nous disent « oui mais c'est pas grave ».

Moi : D'accord, pour eux c'est bénin quoi.

ERGO 1 : Oui, c'est bénin, c'est peut-être quelque part un petit peu de déni, donc euh oui à peu près ça je pense. Des gens qui sont au stade modéré de la maladie.

Moi : Oui.

ERGO 1 : Donc pour résumer, des gens qui sont au stade modéré de la maladie, qui sont encore un petit peu dans le déni des conséquences des troubles, qui ont un logement qui est plutôt encombré et pas très adapté euh... à ce qui leur arrive en ce moment, et qui vivent seuls.

Moi : D'accord ok.

ERGO 1 : Donc avec pas forcément la présence de quelqu'un pour les relever s'ils tombent, donc qui ont dû essayer de trouver ou développer des stratégies pour se relever s'il tombent ou s'ils sont restés un certain temps au sol, comment faire ce genre de choses.

Moi : **Ok oui, donc des personnes en majorité esseulées quand même. Et en lien avec ça, on parle de la personne âgée chuteuse et de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, euh selon vous est-ce qu'il y a un lien entre la maladie et le risque de chute ?**

ERGO 1 : Euh oui. Parce que je pense que avec la maladie d'Alzheimer ils perdent aussi des capacités de raisonnement, des capacités de gestion et de planification. Ce qui fait qu'ils ne se rendent pas forcément compte qu'ils sont pas habillés correctement, donc ils peuvent marcher sur leur pantalon, mettre une chaussette d'une manière un peu étrange qui peut pousser à la glissade.

Moi : Oui.

ERGO 1 : (tousse) Pardon. Et porter des chaussures ou des chaussons qui sont pas adaptés, qui leur maintiennent pas la cheville, euh ils vont pas faire forcément attention ou regarder ou ils marchent donc ils vont buter contre des coins de meuble ou des tapis, ce genre de chose.

Moi : d'accord ok.

ERGO 1 : Donc y'a vraiment au niveau de la, la conscience quelque chose...

Moi : De la conscience propre oui, ou la maladie altère les fonctions...

ERGO 1 : Et altère le jugement oui et les fonctions exécutives.

Moi : **Et euh, bah du coup voilà la prochaine question on y a répondu en même temps (rires), par rapport aux troubles de la maladie qui entrent en jeu dans la problématique de la chute.**

ERGO 1 : En fait c'est pas forcément les troubles moteurs, nous dans ce qu'on rencontre. C'est vraiment des troubles cognitifs, comme la mémoire et les fonctions exécutives voilà, et y'a vraiment un défaut au niveau du raisonnement, du jugement, de la capacité à appréhender et à planifier. C'est vraiment à ce niveau-là que... que ça joue sur la chute.

Moi : D'accord, selon vous c'est ce qui entre majoritairement en jeu.

ERGO 1 : Oui oui.

Moi : **Ok d'accord. Je vais passer maintenant à la dernière partie de l'entretien, donc sur l'intervention en elle-même pour la prévention des chutes à domicile, euh est-ce que vous évaluez le risque de chute de vos patients via des tests standardisés ?**

ERGO 1 : Oui.

Moi : Oui, euh lesquels ?

ERGO 1 : J'en ai plusieurs. Euh soit je fais passer le Tinetti, si je vois que la personne a de bonnes capacités physiques en général parce qu'il demande quand même pas mal de choses. Sinon je fais passer le Timed Up and Go Test et je l'ajoute avec un test unipodal plus un test des réactions parachutes.

Moi : D'accord ok. Et c'est systématique pour tous les patients rencontrés ? Ou y'a une évaluation implicite qui se fait avant ?

ERGO 1 : Y'a une petite évaluation implicite qui se fait avant, parce que souvent le problème de la personne âgée c'est que c'est des polyhandicapés donc y'a plusieurs problématiques qui entrent en jeu ; donc des personnes qui peuvent avoir des sciatiques, qui ont des douleurs au moment où on doit faire les bilans. Et le problème de la prise en charge en ESA c'est nous le rééducateur quand on est sur la situation on fait les bilans et après on doit faire un relai à nos collègues ASG pour qu'elles puissent commencer à faire les séances et à mettre en place les choses. Parce que 15 séances sur trois mois ça passe très vite.

Moi : Oui, oui j'imagine.

ERGO 1 : Et du coup quand on a pas le temps de faire euh le bilan parce que à ce moment-là y'a une douleur ou alors c'est pas possible, on passe et on fait ça plutôt au niveau de l'observation et de la mise en situation par la suite.

Moi : D'accord, vous vous adaptez vraiment à chaque cas quoi.

ERGO 1 : (tousse) on essaie vraiment de personnaliser à chaque fois l'accompagnement.

Moi : **D'accord ok. (silence) Donc suite à l'évaluation, de quels moyens disposez-vous pour prévenir les risques de chute au domicile de ces patients ?**

ERGO 1 : Alors ça peut être de, euh de l'aménagement du domicile, et donc des conseils pour avoir un aménagement un petit peu plus ergonomique. Ça peut être de mettre en place des aides techniques, des aides matérielles pour sécuriser. Ça peut être de construire un... un projet de gymnastique douce pour essayer de renforcer aussi un petit peu au niveau des appuis et au niveau musculaire et articulaire. Je mets l'accent aussi sur les relevés du sol, je passe du temps à répéter et répéter encore les techniques de relevé du sol c'est... je trouve juste essentiel en tant qu'ergothérapeute. Surtout en rapport avec... dans le contexte des chutes. Et après (tousse) pardon, ça peut être de faire des relais aussi, par exemple vers des kinésithérapeutes en libéral pour avoir après un maintien toujours au niveau d'un travail de la marche avec une aide technique de type déambulateur.

Moi : Pour entretenir du coup...

ERGO 1 : Pour entretenir le système vestibulaire, pour être sûr que ce soit pas au niveau de l'équilibre qu'il y ait une fonction qui soit défectueuse...

Moi : Une fonction déficitaire oui, d'accord. Et ça, vous parlez de séances, de maintien de capacités, sur les 15 séances est-ce que c'est... Est-ce que vous pensez que 15 séances c'est suffisant pour mettre en place vraiment une prise en charge efficace ?

ERGO 1 : Ça dépend, ça dépend à chaque fois y'a des personnes qui vont être très volontaires qui vont vouloir que les choses changent et essayer d'améliorer un petit peu, et y'a des personnes qui vont être plus renfermées et qui vont pas avoir confiance. Donc sur les 15 séances on va peut-être en prendre peut-être 8 ou 9 ou ils vont avoir confiance en nous. Ce qui fait qu'on va en avoir peut-être seulement 6

après pour mettre les choses en place. Donc euh le but de l'ESA c'est vraiment d'avoir des relais, donc si on veut mettre par exemple au niveau des aménagements quelque chose en place, c'est d'intégrer les aidants ou les intervenants déjà sur place de type AVS ou infirmières en libéral, pour que une fois qu'on ait fait les préconisations ils soient là pour vérifier que les installations soient faites.

Moi : D'accord ok.

ERGO 1 : Donc ouais, l'ESA je dirais oui et non, ça dépend de la personne en fait.

Moi : Oui c'est vraiment un travail d'équipe au final, vous êtes là pour faire une transmission et un relai en quelque sorte.

ERGO 1 : Le but général de l'ESA c'est vraiment d'impulser des relais pour permettre la pérennisation des objectifs qu'on a voulu mettre en place et surtout le maintien à domicile, mais on est obligés de travailler en partenariat avec toutes les personnes qui interviennent déjà sur la situation ou qui vont intervenir, si on est les premiers à être dessus (rires). Et c'est grâce à eux au final que ce que nous on préconise va pouvoir être mis en place. Parce qu'on va souvent faire avec d'autres personnes... (tousse) là récemment j'ai fait des préconisations pour aménager toute une salle de bain.

Moi : Hum hum.

ERGO 1 : Donc ça a été euh barres d'appui, chaise de douche, des tapis antidérapants, tout ce type de choses mais donc il a fallu donc d'abord faire les préconisations, que les personnes voient sur quel site ou quel magasin ils vont acheter le matériel, faire un devis du matériel, envoyer ce devis à l'APA pour avoir un avis au niveau du financement qu'ils vont avoir parce que toutes les aides ont forcément un coût et tout le monde ne peut pas les financer... donc s'ils ont eu un avis favorable, ensuite aller acheter le matériel, renvoyer la facture à l'APA, récupérer le remboursement... et soit y'a quelqu'un qui est assez bricoleur dans la famille donc il va pouvoir, en fonction des préconisations, les mettre en place.

Moi : Sinon il faut faire appel à un technicien, un professionnel.

ERGO 1 : Oui à un professionnel, même à un voisin donc euh... ça peut être très long comme ça peut être très rapide. Donc c'est pour ça qu'il faut vraiment toujours garder ce lien avec les partenaires et vraiment toujours les impliquer, comme ça on peut avoir euh des infirmières libérales par exemple qui peuvent toujours nous dire toutes les semaines si le matériel est arrivé, si il est mis en place... parce que ça peut arriver, si c'est vraiment du matériel un peu spécifique, même si j'ai fini les 15 séances, que je passe rapidement pour aider au niveau de l'installation et vérifier que ce soit bien mis.

Moi : D'accord ok. Et bah ça, du coup, ça rejoint la question d'après... (rires)

ERGO 1 : Ah mince (rires).

Moi : ... **Par rapport au suivi post-intervention...**

ERGO 1 : (tousse) Alors ce qui est pratique avec l'ESA c'est qu'on peut renouveler les séances, donc nous souvent ce qu'on fait c'est euh... donc on a fait par exemple une première intervention, on avait préconisé des choses, l'année d'après on va rappeler et on va essayer de prendre des informations « est-ce que ce qu'on vous avait proposé l'année dernière est-ce que ça a tenu au niveau du temps ? Est-ce que vous avez pu mettre en place les différentes aides qui vous avaient été préconisées ? ». Et comme ça on peut faire un suivi sinon c'est vraiment grâce à ce contact avec les intervenants qui sont déjà sur place qu'on peut savoir, voilà. Les AVS c'est souvent au final les mêmes qu'on rencontre vu qu'on est sur les mêmes secteurs.

Moi : Oui.

ERGO 1 : On va rencontrer les mêmes AVS donc même si on a fini avec les patients, sur un autre patient on va pouvoir la revoir et dans ce cas-là voilà.

Moi : Oui faire le lien avec le patient d'avant et...

ERGO 1 : Oui et avec le bouche à oreilles « et alors est-ce que ça a été mis en place ? Comment ça se passe ? Est-ce que ça lui sert ou ça lui sert pas ? » C'est un petit peu comme ça qu'on peut faire le suivi.

Moi : Ok d'accord.

ERGO 1 : Et moi ça m'empêche pas, j'ai un téléphone professionnel dans le cadre de mon poste ici, de laisser mon numéro aux familles et de leur dire que si ils ont besoin d'un conseil ou euh voilà juste d'un petit rappel ou d'un visu sur l'installation, qu'ils peuvent toujours me contacter... pour être sûr que ce soit bien fait quoi.

Moi : En gros, vous restez à disposition des patients quoi.

ERGO 1 : Je pars du principe qu'il vaut mieux (tousse) repasser au moins une fois, prendre une demi-heure pour le faire et être sûre que le matériel soit bien mis comme ça il sera utilisé correctement, que de pas repasser et être là l'année prochaine et de voir que ça a été mal mis et du coup c'est pas utilisé et que au contraire ça peut être plus un danger qu'autre chose de sécurisant ouais.

Moi : Et toujours pareil, par rapport à la personne âgée c'est vrai que souvent elles ont besoin de beaucoup de réassurance. Quand elles sentent qu'il y a quelqu'un de présent, qui les accompagne, c'est plus efficace et...

ERGO 1 : De les mettre en situation aussi, parce que je sais que nous ici on a pas beaucoup de matériel...

Moi : Hum Hum.

ERGO 1 : Donc des fois ça m'arrive de préconiser des choses mais de pas pouvoir faire les essais avant. (tousse)

Moi : D'accord.

ERGO 1 : (tousse) Je suis vraiment (tousse) désolée pour ton enregistrement ! (rires)

Moi : Pas de soucis, c'est rien (rires)

ERGO 1 : Du coup c'est aussi voilà intéressant d'être là quand le matériel arrive, pouvoir vraiment faire des essais et pouvoir vérifier si ça convient vraiment ou si il faut renvoyer (rires).

Moi : **D'accord ok. Et est-ce que vous avez d'autres éléments à rajouter, qui vous semblent importants par rapport à l'entretien en question et qu'on n'a pas évoqués ?**

ERGO 1 : Euh... sur la personne chuteuse avec la maladie d'Alzheimer...

Moi : C'est ça ! (rires)

ERGO 1 : Euh qu'est-ce qu'on peut dire... je vois pas vraiment en fait. Je me répète je crois mais... bah faut assurer quoi (rires). Les personnes qui nous contactent comptent sur nous, il faut qu'on vienne et... il faut leur apporter des solutions, même si c'est à court terme. Et s'arranger pour que le bénéfice de notre passage dure après, dans le temps... et puis... voilà (rires).

Moi : Oui je comprends bien (rires). Et y'a déjà eu des patients pour lesquels vous êtes intervenue dans le cadre de l'ESA et qui ont été hospitalisés car maintien à domicile impossible ? Vous avez déjà fait le lien entre le domicile et l'hospitalisation quand rester chez soi c'est pas possible ?

ERGO 1 : Oui, ça c'est obligatoire. Parce que malheureusement la maladie d'Alzheimer c'est une maladie neuro-dégénérative donc on peut pas rééduquer, on peut que réadapter pour un certain temps parce qu'on est sûrs que la fonction va se dégrader. Ça peut arriver que des fois on est appelés chez des personnes qui sont bien avancées dans la maladie, j'ai eu un cas là récemment au mois de janvier, une personne très avancée dans la maladie qui était en train de complètement sombrer, il était totalement agité il pouvait plus se laver seul, plus manger seul, préparer son repas... en plus il était polyhandicapé il avait des problèmes ajoutés à ça, il avait le diabète, un fécalome ce qui fait que comme il savait pas ce que c'était il allait triturer son anus, ce qui fait qu'il avait de la matière fécale sur les mains, il en mettait sur les portes et ensuite il mangeait donc il pouvait en ingérer...

Moi : Ah oui donc niveau hygiène c'est...

ERGO 1 : Ouais y'a vraiment un problème d'hygiène, du coup y'avais des cafards dans son appartement... Et il pouvait plus dormir dans son lit parce qu'il était déjà tombé une fois, ce qui fait qu'il appréhendait son lit et il pouvait plus s'en approcher donc il dormait sur le canapé mais il n'avait pas de couette donc il avait froid. A cause de ça il a attrapé des angines, des pneumonies. Donc là y'a un véritable danger dans ce cas-là. Moi dans les compte-rendus je mets que le maintien à domicile est plus possible, que ça présente un risque sécuritaire et sanitaire, et qu'il fallait du coup une hospitalisation d'urgence et dans ce cas-là on contacte aussi les partenaires, les infirmières du SSIAD, les intervenants du SAD, on se met tous d'accord et là le médecin, qui est quand même la première chaîne du maillon, qui doit tout coordonner, il prend ses responsabilités et il fait une hospitalisation d'urgence.

Moi : Et pour ce patient-là, qui vous a contacté au départ pour intervenir ?

ERGO 1 : On était déjà intervenus l'année dernière, donc c'était un renouvellement, mais on avait été aussi ré-encouragés par le SSIAD, à revenir, parce qu'ils ont vu que la situation a évolué et ils voulaient avoir un autre avis, un avis extérieur, pour savoir si le maintien était vraiment possible ou si au contraire il fallait pousser pour une hospitalisation. Et là pour le coup moi j'ai poussé pour une hospitalisation parce que c'était vraiment pas possible.

Moi : Oui oui, avec un tel risque pour lui-même c'est logique.

ERGO 1 : Oui et parfois on a aussi des patients à un stade assez avancé (tousse) qui vivent seuls et les aidants c'est les enfants, ils sont complètement épuisés parce que leur parent appelle de jour comme de nuit parce qu'il sait pas où il est, quel jour on est, qui doit passer, parce qu'il mange plus et prend plus ses médicaments, et ils peuvent plus s'en sortir. Et là, la santé de l'aidant entre en jeu, et on sait que dans ce genre de cas si l'aidant lâche, il va y avoir un problème qui va arriver très vite pour la personne. Donc dans ce cas-là on peut amener vers les hospitalisations de répit, pour commencer et appréhendera la structure et doucement arriver vers l'EHPAD, en essayant aussi de dire à la personne qui est souvent très angoissée et agitée que c'est un lieu où il y a toujours des soignants, au moindre problème il y a quelqu'un autour... on est obligés de passer par là.

Moi : Oui je vois, d'accord.

ERGO 1 : Et aussi, une dernière chose, il faut pas euh... vous avez eu les cours sur le transfert ?

Moi : Euh... en deuxième année oui !

ERGO 1 : Oui, en psychiatrie à peu près (rires). Parce que les personnes âgées on dit toujours que ce sont des éponges donc on a toujours un peu d'appréhension quand on retourne chez ce type de personne, on se dit qu'on va encore être mis dehors. Faut réussir à faire le vide, faire ça quand on arrive qu'on leur donne pas l'impression que nous aussi on est sur la défensive, parce que dans ce genre de cas où la personne a un stade sévère de la maladie quand elle va plus comprendre pourquoi on est là encore, pourquoi on lui pose toutes ces questions, pourquoi on est là pour la mémoire alors que la mémoire ça va très bien. Ils vont avoir une réaction défensive, souvent c'est euh de l'agitation un peu de violence, de l'impulsivité, et dans ces cas-là il faut rester euh... avoir du sang froid, rester assez stoïque, faut pas se sentir agressés nous aussi. Et c'est pas toujours évident hein, quand la personne commence à taper du poing sur la table, à se lever et nous demander de partir, faut essayer de rester on va dire calme et dire que d'accord, on reviendra la semaine prochaine, de leur souhaiter une bonne journée, de les remercier de nous avoir accueillis, et voilà. Ce qui est pas forcément facile à chaque fois.

Moi : J'imagine oui, j'imagine, mais il faut quand même rester cordial.

ERGO 1 : C'est ça, mais bon voilà, il faut pas se décourager surtout ! Parce qu'il faut revenir la semaine d'après. (rires)

Moi : Oui et puis faut faire ça sur 15 séances, donc ! (rires)

ERGO 1 : Et oui ! (rires)

Moi : Ok et bah je pense que c'est bon pour l'entretien, merci d'avoir pris le temps de m'accueillir et d'avoir répondu à toutes mes questions.

ERGO 1 : Y'a pas de quoi, ça marche.

Annexe 9 : Echelle de Zarit

Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.	
Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.	
Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.	
Cotation : 0 = jamais 1 = rarement 2 = quelquefois 3 = assez souvent 4 = presque toujours	
À quelle fréquence vous arrive-t-il de...	
Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4
La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001	

Résumé

La chute du sujet âgé est la plus grande cause d'accidents au domicile. Ce risque est augmenté avec la présence de la maladie d'Alzheimer. Cette enquête cherche à démontrer en quoi l'ergothérapeute est un acteur privilégié dans la prévention des chutes au domicile pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré, notamment au sein d'Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA).

Trois ergothérapeutes travaillant en ESA ont été interrogés lors d'entretiens semi-directifs. Le guide d'entretien n'a pas été envoyé à l'avance pour obtenir des réponses spontanées et non-prévues.

L'analyse montre qu'il paraît difficile d'agir sur tous les facteurs de risque en seulement quinze séances. De plus, le diagnostic est difficile à poser, et les patients pris en charge ne sont pas exclusivement atteints de la maladie d'Alzheimer. La finalité recherchée par les trois professionnels est identique : prévenir les chutes au domicile et impulser des relais pour pérenniser les bénéfices de leurs prises en charge.

D'après l'étude menée, la chute est multifactorielle, et la spécificité de la maladie d'Alzheimer rend chaque situation unique à appréhender. L'ergothérapeute doit prendre en compte les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie afin d'être le plus efficace possible dans le temps imparti. Faire des relais avec d'autres professionnels ou d'autres structures apparaît comme nécessaire dans le cadre de l'ESA.

Mots clés : Ergothérapie – Alzheimer – ESA – Risque de chute – Domicile

Abstract

The fall of the elderly people is the greatest cause of accidents at home. This risk is increased with the presence of Alzheimer's disease. This survey seeks to demonstrate how occupational therapist is a key player in preventing falls in the home for patients with moderate Alzheimer's disease, particularly within Specialized Alzheimer Teams.

Three occupational therapists working in Specialized Alzheimer Teams were interviewed in semi-directive interviews. The interview guide was not sent before the interviews to obtain spontaneous and unanticipated answers.

The analysis shows that it seems difficult to act on all risk factors in just fifteen sessions. In addition, diagnosis is difficult, and the patients taken in charge do not have exclusively Alzheimer's disease. The aim sought by the three professionals is the same: to prevent falls at home and to encourage relays to sustain the benefits of their care.

According to this study, the fall is multifactorial, and the specificity of Alzheimer's disease makes each situation unique to consider. Occupational therapists must take into personal, environmental and lifestyle factors in order to be as effective as possible in the time available. Relaying with other professionals or other structures appears necessary within the framework of Specialized Alzheimer Teams.

Key words: Occupational Therapy – Alzheimer – Specialized Alzheimer Teams – Risk of fall – Home