



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2016

**Les mises en situation par l'ergothérapeute,
un facteur de réussite dans le retour à
domicile ?**

**Accompagnement dans la reprise des occupations de la personne
âgée après une chute selon le modèle canadien du rendement
occupationnel et de la participation**

Soutenu par : Pauline BAYET

11309859

Maître de mémoire : Madame TRIOLET

*« La chute résonne dans le psychisme, elle marque et effondre
le sujet au-delà de ce que l'impact physique aurait laissé supposer. »*

(C. Roos, psychologue clinicienne)

Remerciements

Ce mémoire a été réalisé sous la direction de Madame Luce TRIOLET, ergothérapeute diplômée d'état. Je tiens donc à la remercier tout particulièrement pour ses conseils précieux, sa disponibilité, son écoute, et la relecture de mon mémoire.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (ISTR) de Lyon et notamment Monsieur le directeur Bernard Devin pour l'attention qu'il a pu porter sur mon travail de recherche.

Je remercie l'ensemble de l'équipe de mon stage en gériatrie qui m'a permis de me confronter à la réalité des personnes âgées après une chute à leur domicile et d'avoir leurs différents points de vue.

Je remercie également les différents ergothérapeutes qui ont accepté de me donner de leur temps pour une méthodologie de recherche. Je leur en suis très reconnaissante.

Une attention particulière pour l'ensemble de mon groupe de mémoire et en particulier Claire-Elise et Clarisse qui ont su avoir un œil critique et bienveillant sur l'ensemble de mon travail.

J'exprime ma gratitude à ma famille et mes amis qui m'ont soutenue dans ce travail de recherche.

Enfin je remercie l'ensemble des personnes qui m'ont permis de près ou de loin, d'aboutir à ce mémoire de fin d'études.

Table des matières

Remerciements	3
Table des matières	1
Table des illustrations	1
Glossaire	2
Préambule	1
Introduction	1
1. Partie théorique	3
I. La personne âgée face à la chute.....	3
I.1. Le vieillissement de la personne âgée.....	3
I.3. Quel sens donner à la chute ?	5
I.3. L'équilibre occupationnel à travers le projet de vie.....	7
II. Le retour à domicile de la personne âgée	8
II.1. La filière gériatrique	8
II.2. La durée moyenne de séjour.....	10
II.4. Les limites du maintien à domicile	11
III Les interventions de l'ergothérapeute	12
III.1 L'évaluation en gériatrie par l'ergothérapeute	12
III.2 Programmes de prévention des chutes	14
IV. L'engagement de la personne âgée dans ses occupations.....	16
IV.1. L'environnement.....	16
IV.2. Prendre en compte les risques de chute : effets complexes	17
2. Méthodologie	19
I. Objectif de l'étude	19
II. Population ciblée dans l'étude	19
III. Choix et construction de l'outil.....	19
IV. Déroulement de l'investigation	20
V. Méthodes d'analyse des entretiens	20
VI. Limites et difficultés rencontrées	21
3. Partie résultats	22
I. Les professionnels ergothérapeutes interrogés	22
II. La chute de la personne âgée	23
II.1 relation entre la chute et le vieillissement.....	23
II.2 l'équilibre occupationnel de la personne âgée	24
III. Le retour au domicile du patient chuteur.....	25
III.1 La filière gériatrique	25
III.2 La durée moyenne de séjour.....	27
III.3 Les limites du maintien à domicile	28

IV. L'intervention en gériatrie par l'ergothérapeute	28
IV.1 Evaluation gériatrique.....	28
IV.2 Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P).....	29
IV.3 Les étapes d'accompagnement.....	30
IV.4 les ateliers de prévention des chutes	31
V. L'engagement dans les occupations de la personne âgée	34
V.1 l'évaluation des occupations.....	34
V.2 la prise en compte du domicile	35
4. Discussion.....	36
I. Interprétation des résultats.....	36
I.1 l'impact de la chute	36
I.2 la collaboration entre l'ergothérapeute et la personne âgée	37
I.3 La personne âgée au centre de la filière geriatrique.....	38
I.4 La préparation du retour à domicile	39
II. Retour sur la problématique et sur les hypothèses.....	42
III. Intérêts et limites de la recherche.....	43
III.1 Intérêts	43
III.2 Limites	44
IV. Recherches futures,.....	44
Conclusion	45
Bibliographie.....	47
Webographie :.....	50
Annexes.....	51
Annexe I : La fragilité des personnes âgées.....	I
Annexe II : Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation MCRO-P.....	II
Annexe III : Guide d'entretien.....	III
Annexe IV : Grille d'analyse vierge	V
Annexe V : Mail de contact à destination des ergothérapeutes	X
Annexe VI : Formulaire d'information	XI
Annexe VII : Formulaire de consentement	XII
Annexe VIII : Entretien ergothérapeute 1 (E1)	XIII
Annexe IX : Entretien ergothérapeute 2 (E2)	XVIII
Annexe X : Entretien ergothérapeute 3 (E3)	XXII
Annexe XI : Entretien ergothérapeute 4 (E4)	XXIX
Annexe XII : Entretien ergothérapeute 5 (E5).....	XXXVI
Annexe XIII : Entretien ergothérapeute 6 (E6).....	XLII
Annexe XIV : Grilles d'analyses	I

Table des illustrations

<i>Figure 1 : Les différents facteurs de chute.....</i>	<i>5</i>
<i>Figure 2 : La répartition par service des ergothérapeutes interrogés.....</i>	<i>22</i>
<i>Figure 3 : Les limites du maintien au domicile.....</i>	<i>28</i>
<i>Figure 4 : L'évaluation gériatrique.....</i>	<i>29</i>
<i>Figure 5 : La répartition des ergothérapeutes interrogés en fonction de la participation à un atelier de prévention des chutes</i>	<i>31</i>
<i>Figure 6 : Les bénéfices des ateliers de prévention des chutes.....</i>	<i>32</i>
<i>Figure 7 : Les limites des ateliers de prévention des chutes.....</i>	<i>32</i>
<i>Figure 8 : Les axes d'amélioration pour les ateliers de prévention des chutes en fonction du nombre de fois cités</i>	<i>33</i>

Glossaire

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes
ADL : Activities of Daily Life ou activité de la vie quotidienne
AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AMPS : Assessment of Motor and Process Skills
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
BEC 96 : Batterie d'Evaluation Cognitive
BME : Bilan Modulaire d'Ergothérapie
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination
CSG : Court Séjour Gériatrique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMMA : Equipe Mobile pour Malade Alzheimer
EMG : Equipe Mobile Gériatrique
ERFC : Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives
ESAD : Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile
ETP : Education Thérapeutique Patient
EVQ : Equilibre et Vie Quotidienne
HAD : l'Hospitalisation A Domicile
HDJ : Hôpital De Jour
IADL : Instrumental Activities of Daily Life ou activité instrumentale de la vie quotidienne
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
KTA : Kitchen Task Assessment
MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer
MCRO-P : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation
MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel
MDPH : Maison Départementales de Personnes Handicapées
MoCA : Montreal cognitive assessment
MIF : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle
MMS : Mini Mental state Examination
OMS : Organisme Mondiale de la santé
ONDAM : l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification A l'Activité
USLD : Unité de Soins Longue Durée

Préambule

Mon thème de mémoire de fin d'étude a été pensé à la suite d'un stage de deuxième année d'ergothérapie à la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Au cours de ce stage, j'ai fait différentes visites à domicile avec l'ergothérapeute d'une des maisons du Rhône pour évaluer l'admissibilité à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Au domicile, la personne âgée et son aidant répondaient aux diverses questions posées par l'ergothérapeute via la grille « Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources » (AGGIR) pour faire le bilan des besoins de la personne. Dans un deuxième temps, une visite au domicile permettait d'apprécier les obstacles environnementaux. De multiples conseils ergothérapeutiques en aide technique ont permis à la personne un maintien à domicile de manière optimale et sécuritaire. Après que l'environnement soit optimisé, je me suis alors interrogée sur la récurrence des chutes. Et je me suis questionnée sur les limites du maintien à domicile ou l'orientation vers un établissement.

Introduction

Depuis quelques années, la population française subit un allongement de la durée de vie avec une augmentation des pathologies.

En effet, la population est de plus en plus vieillissante. Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (2015) : « Au 1er janvier 2015, la France compte 66,3 millions d'habitants. La population française continue de vieillir sous l'effet de l'augmentation de l'allongement de la durée de vie et de l'avancée en âge des générations du baby-boom. »

La chute est un véritable problème de santé publique car elle se s'ajoute au vieillissement de la personne âgée. On peut définir la chute comme « l'action de tomber au sol de manière inopinée indépendamment de la volonté » (Boyer & Bellemare, 2009). Elle renvoie souvent à un déclin et une dégradation qui s'annonce. Cette chute est à prendre au sérieux car elle peut se multiplier par la suite ou se compliquer par une appréhension de la chute. Les répercussions visibles sont une baisse des occupations et un isolement social (Boyer & Bellemare, 2009). La personne est considérée comme ne pouvant plus réaliser, à sa propre satisfaction, certaines occupations indispensables pour tendre vers une qualité de vie correcte (Kalfat, 2009).

L'équilibre occupationnel de la personne âgée est alors modifié. La chute entraîne un changement dans ses occupations de manière transitoire qui peut si elle n'est pas prise en charge entraîner des pertes occupationnelles (Townsend, Polatajko, & Cantin, 2013).

Dans un contexte de fragilité économique des établissements hospitaliers, le gouvernement a la volonté de maîtriser les dépenses de santé. Depuis le 21 juillet 2009 la loi Bachelot s'est penchée sur la réorganisation sanitaire et l'instauration de la Tarification à l'activité (T2A). Cela a des conséquences pour les services hospitaliers qui limitent le temps d'hospitalisation. Dans ce contexte, les soins à domicile sont une solution moins coûteuse que l'hospitalisation conventionnelle et permettent de maîtriser les dépenses de santé.

Le plan solidarité grand âge 2007-2012 est à l'origine de la filière gériatrique avec le développement de l'offre de services de soins à domicile (Services de Soins Infirmiers à

Domicile, Equipe Mobile en Gériatrie) et des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ou définitif (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Les prestations telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) renforcent la possibilité d'un maintien à domicile.

En gériatrie, cette filière pallie aux temps d'hospitalisation raccourcis et maintient les soins à domicile dans une limite médicale.

Les ergothérapeutes sont concernés par ces problématiques et s'inscrivent dans le réseau gériatrique. Selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute : l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui définit sa pratique sur la relation entre « l'activité humaine et la santé ». Il peut se rendre dans un « environnement médical, professionnel, éducatif et social » à destination « d'une personne ou d'un groupe de personne ». La rééducation, la réadaptation et la réinsertion tant à l'hôpital gériatrique qu'au domicile sont au cœur de sa profession.

Or l'ergothérapeute a peu de retour sur les risques pris par les personnes âgées lors de leur retour au domicile. Cette réflexion a abouti à une question de recherche : comment l'ergothérapeute peut intervenir sur les risques pris lors de la réalisation des occupations de la personne âgée après une chute à son domicile ?

L'hypothèse de l'étude serait que l'ergothérapeute puisse intervenir sur les risques pris lors de la réalisation des occupations de la personne âgée après une chute à son domicile dans le cadre des mises en situation écologique lors des visites au domicile.

Afin de répondre à cette problématique, ce mémoire sera composé de quatre parties. La première dans laquelle sera développée les concepts théoriques. Dans une deuxième partie, sera exposée la méthodologie de recherche. Dans une troisième partie sera analysée les résultats obtenus lors de l'enquête. Enfin dans une dernière partie les résultats seront discutés. Ce mémoire se terminera par une conclusion et une ouverture sur le sujet.

1. Partie théorique

I. La personne âgée face à la chute

I.1. Le vieillissement de la personne âgée

L'âge de la vieillesse est fixé entre 60 ans et 65 ans selon l'organisme mondial de la santé (OMS, 2015). Cette tranche d'âge correspondant à l'âge officiel de la retraite.

En effet, le vieillissement est défini comme « l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort » (site Le Larousse). Il est un processus physiologique progressif lent et irréversible. Il concerne tous les êtres vivants.

On peut parler alors de trois types de vieillissement (de Jaeger, 2011) :

- Le vieillissement pathologique se définit par un handicap secondaire à une maladie évolutive ou compliquée aboutissant à un état de dépendance.
- Le vieillissement réussi se caractérise par une absence de pathologie avec une atteinte moindre des fonctions physiologiques.
- Le vieillissement habituel ou sénescence lorsque les atteintes sont dites physiologiques et dépendantes de l'âge.

La personne âgée est avant tout une personne qui a des valeurs, des normes et une identité qui lui est propre. Le modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P) permet un éclairage sur ce sujet. En effet, tout au long de sa vie, la personne façonne des occupations qui deviennent de véritables habitudes occupationnelles (Townsend, Polatajko, & Cantin, 2013). Chaque occupation dans le quotidien de la personne est réalisée de façon routinière par l'automatisation des gestes (Meyer, 2013).

La construction identitaire de la personne âgée se modèle par la réalisation de ses occupations tout au long de son parcours de vie. Les occupations de la personne apparaissent comme un groupe d'activité qui a une valeur personnelle, socioculturelle et qui est le support de la participation sociale (Townsend et al., 2013).

On peut regrouper les occupations de la personne en 3 catégories : les soins personnels, de productivité, et de loisirs.

- Les soins personnels de la personne âgée concernent le bien-être qui contribue à sa santé. Ce sont des occupations individuelles de l'ordre de l'intime qui s'exercent dans une routine occupationnelle. Les occupations de soins personnels regroupent les besoins élémentaires (Townsend et al., 2013).
- La productivité se définit lorsque l'on produit ou façonne pour la société de manière rémunérée ou non. Elle sous-entend un rendement. Elle comprend des sous-groupes tels que « participer à une association, le travail, les tâches domestiques... ». La productivité sert la société (Townsend et al., 2013).
- Les loisirs quant à eux sont des divertissements décidés par la personne. Ce sont les occupations qui sont hors des obligations familiales et professionnelles. Les loisirs servent la personne. Ils sont sans « contraintes temporelles et spatiales » de la société (Meyer, 2013).

L'ensemble des occupations de la personne caractérise son parcours de vie.

Lorsque la personne arrive à l'âge de la retraite, elle rencontre alors une transition occupationnelle. En amont de la retraite, la personne met en place des occupations de soins personnels, de loisirs et de productivité qui lui sont propres. Elle tend alors à maintenir un équilibre entre chaque occupation. A l'âge de la retraite, la personne réorganise ses occupations. Une nouvelle répartition des occupations va apparait. Or un changement d'occupation peut entrainer une plus grande dépendance par un changement dans les habitudes de vie. Cette transition occupationnelle est un passage obligé dans la vie d'une personne et s'opère par un changement d'environnement, d'occupations (Townsend et al., 2013).

Le changement d'environnement dans cette période de transition passe par une modification du cercle social. En effet, l'environnement social de la personne a une influence réciproque sur ses occupations. L'entourage et les rencontres déteignent sur la participation occupationnelle de la personne. Le lieu, le déroulement, et les acteurs impacte l'engagement de la personne dans son occupation. La culture, l'identité et l'expérience de la personne ont des retentissements sur ses habitudes occupationnelles et sur ses choix en termes d'occupation. En effet, l'identité et le vécu de la personne et

notamment de la personne âgée influencent le choix des occupations en respectant un équilibre qui leur est propre (Townsend et al., 2013).

I.3. Quel sens donner à la chute ?

La personne et notamment la personne âgée rencontre tout au long de son parcours des obstacles à la réalisation de ses occupations. La chute fait partie des aléas de la santé. Selon l'organisme mondiale de la santé, en 2012 il faut savoir que les chutes constituent la deuxième cause de décès accidentels ou de décès par traumatisme involontaire dans le monde. La grande majorité des personnes qui font des chutes mortelles ont plus de 65 ans.

Les facteurs de risques de chute sont divers (Fauchard & Le Cren, 2009).

Ils sont classés en 3 facteurs de chute :

- Les facteurs liés à la personne,
- Les facteurs liés à l'environnement,
- Les facteurs liés à ses comportements.

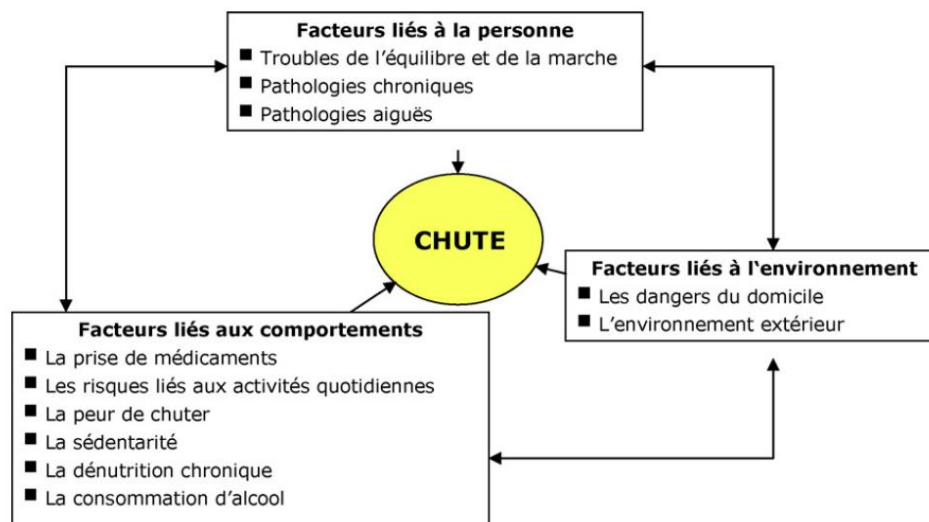


Figure 1 : Les différents facteurs de chute

Lorsque la *Fauchard, T., & Le Cren, F. (2009)*

d'une chute,

temporaire une perte occupationnelle qui peut avoir un impact négatif à plus ou moins long terme (Townsend et al., 2013).

personne est victime elle rencontre de manière

La valeur traumatique de la chute peut entraîner des répercussions psychologiques, de même que le facteur dépressif peut déclencher la chute (Le Borgne, 2014). L'état psychologique de la personne après une chute peut déclencher des appréhensions. En effet, il existe un lien de cause à effet entre la peur de tomber et la restriction des activités de sortie pour la personne âgée, qu'elle soit atteinte de démence ou non (Gaxatte et al., 2011). Les facteurs favorisant cette appréhension de la chute et limitant ainsi les activités sont : le nombre de chutes, la gravité de la chute, le sexe (être une femme), le temps passé au sol (plus d'une heure).

La peur de tomber à nouveau entraîne la diminution des sorties seul à l'extérieur et une augmentation des sorties accompagnées. La peur de sortir seul peut s'expliquer par le « déséquilibre entre les exigences environnementales et les capacités d'un individu » (Gaxatte et al., 2011). La restriction des activités s'accompagne d'une diminution physique et intellectuelle majorant le risque de chute. La peur de tomber peut-être en partie expliquée par la présence de troubles de l'équilibre, ou d'une dépression qui peut en être la cause ou la conséquence (Arfken, Lach, Birge, & Miller, 1994).

Lors d'une chute, il est important de ne pas sous-estimer le temps passé au sol (Bloch, 2015). Il est souvent associée à une blessure identitaire pour la personne âgée (Gaxatte et al., 2011). En effet, si le temps passé au sol dépasse plus d'une heure, la personne a plus de chance de manifester des retentissements psychologiques. Ils sont de l'ordre de « la perte de confiance en soi et d'un sentiment d'insécurité » (Bloch, 2015) pouvant aller jusqu'à une perte d'indépendance fonctionnelle (Gaxatte et al., 2011).

Cette peur de la chute favorise la naissance d'un syndrome post-chute qui « comprend une composante motrice entraînant des troubles de la posture et une composante psychologique avec une anxiété majeure pour la verticalisation » (Bloch, 2015). Sans accompagnement, ce syndrome post-chute peut évoluer vers un syndrome de désadaptation motrice qui est composé d'une rétropulsion axiale avec perte des réactions parachutes et d'adaptation posturale altérant la marche. Le syndrome post-chute est une urgence gériatrique. L'accompagnement de ce syndrome va permettre de limiter les pertes d'autonomie et d'indépendance de la personne dans ses occupations (Schoenberg,

Beghin, Pardessus, & Puisieux, 2015).

Néanmoins, lorsqu'il y a un traumatisme, une résilience peut apparaître chez le sujet âgé. La résilience est la « capacité de réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (Ribes & Poussin, 2014). Elle peut être la conséquence d'un évènement majeur.

I.3. L'équilibre occupationnel à travers le projet de vie

La chute de la personne a des retentissements dans sa sphère physique et psychologique. En effet, la personne peut ne plus être capable d'accomplir ses occupations. Dans ce cas, elle met en péril son équilibre occupationnel. L'ergothérapeute a la conviction qu'il existe une relation «entre l'occupation et la santé » (Townsend et al., 2013). On parle alors d'équilibre occupationnel lorsque l'on tend vers une harmonie idéale entre chaque catégorie d'occupation (loisirs, soins personnels et de productivité) (Morel-Bracq et al., 2015). Cet équilibre permet à la personne et notamment à la personne âgée de s'engager dans les occupations. En effet, il y a création d'un véritable rendement occupationnel (Townsend et al., 2013) correspondant au fait d'avoir le choix dans son organisation afin de se consacrer d'avantage à des occupations significantes, source de bonheur pour la personne âgée. On parle d'occupation significative lorsque l'occupation a du sens pour la personne (Meyer, 2013).

La chute entraîne donc un changement occupationnel qui peut entraîner des retentissements sur la performance dans l'ensemble des capacités des différentes occupations. Chaque occupation a une signification propre à la personne qui influence alors l'engagement dans ses occupations. Cette implication dans ses occupations est permise par l'adhésion de la personne à un projet de vie qui lui est propre. Le projet de vie correspond à l'aboutissement « d'un objectif général à long terme » (Lievin, 2015) qui établit les besoins et les attentes de la personne. Le projet de vie semble indispensable pour la personne âgée « de plus en plus polypathologique et dépendante » (Maury-Zing, Navarre, Cathelin, Sainton, & Laudet, 2009), d'autant plus que la chute modifie les attentes de la personne âgée (Trouvé, 2009).

Tout au long du séjour hospitalier, le projet de vie personnalisé est réactualisé avec l'équipe pluridisciplinaire en fonction de sa condition de santé, de ses désirs et de l'appréciation quotidienne des soignants. Il s'établit implicitement ou explicitement après une anamnèse de la personne. Le projet de vie tient une place centrale dans l'accompagnement car il sert de trajectoire pour la personne malgré les « aléas de santé » (Maury-Zing, Navarre, Cathelin, Sainton, & Laudet, 2009).

II. Le retour à domicile de la personne âgée

II.1. La filière gériatrique

La répartition de l'offre de soin sur le territoire permet un suivi de la personne âgée tout au long de sa prise en charge afin de prévenir sa dépendance. On parle alors d'une filière gériatrique (Jeandel & Vigouroux, 2009) qui est un « dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. »

La circulaire n°DHOS/02/2007 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques indique l'organisation graduelle de l'accompagnement des personnes âgées dans les différents établissements de proximité relevant d'un même territoire de santé. Elle couvre l'ensemble du parcours de la personne âgée par la coordination avec les partenaires du réseau de santé de la personne âgée. Elle est une ressource pour les différents professionnels car elle donne les orientations de la prise en charge. La filière gériatrique donne accès à :

- une prise en charge globale de proximité dans divers établissements spécialisés en gériatrie
- un avis et un suivi gériatrique tout au long du parcours de la personne âgée
- un accompagnement de sortie de l'hôpital pour prévenir la ré hospitalisation précoce.

Cette filière repose sur un établissement de santé de proximité qui est composé de cinq éléments (De Stampa, et al., 2014) :

- le court séjour gériatrique (CSG) constitue un accompagnement des personnes âgées en hospitalisation directe et complète suite à une détérioration d'une pathologie chronique ou

suite à une affection aiguë de toute origine. L'accompagnement est pluridisciplinaire à formation gériatrique. Le court séjour est le point de départ de la filière gériatrique (Circulaire du 28 mars 2007).

- l'équipe mobile de gériatrie (EMG) est composée d'une équipe mobile extra hospitalière et d'une équipe mobile intra hospitalière. Son rôle s'articule en deux temps :

Le premier temps est de faciliter l'entrée de la personne âgée dans le court séjour gériatrique ou vers un soin de suite et de réadaptation selon les cas.

Le deuxième temps est de permettre le retour à domicile ou vers une structure selon les cas en lien avec « le médecin traitant, les réseaux de spécialités, et le réseau de santé » (Circulaire du 28 mars 2007) existant. L'équipe mobile de gériatrie fait le relais entre les constituants de la filière gériatrique mais aussi entre les établissements médico sociaux et les intervenants du domicile. Il est conseillé que l'équipe mobile débute son intervention au niveau des urgences (Circulaire du 28 mars 2007).

- l'unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique (HDJ) regroupe un accompagnement ambulatoire de la personne âgée. Elle s'apparente à une structure de soins de court séjour et peut être un des premiers accès à la filière gériatrique. Elle est à l'intersection entre la médecine hospitalière et la médecine de ville (Circulaire du 28 mars 2007).

- les soins de suite et de réadaptation (SSR) constituent une hospitalisation complète ou partielle en hôpital de jour pour des patients polyopathologiques. Ils font suite soit à une hospitalisation en court séjour gériatrique, soit par un accès du milieu de vie ou d'une structure médico-sociale (Circulaire du 28 mars 2007).

-les unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures hospitalières qui regroupent des personnes très dépendantes dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante.

Il est nécessaire que les filières de soins gériatriques établissent un partenariat avec les réseaux de santé (De Stampa, et al., 2014) :

-les médecins traitants qui analysent la situation à domicile

-les acteurs médico-sociaux qui regroupent les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les foyers logements et les équipes mobiles de gériatrie (EMG).

-les structures de coordination qui ont un rôle de préparation dans le retour à domicile. Parmi elles se trouvent les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), les réseaux de santé, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), L'hospitalisation à domicile (HAD).

L'agence régionale de santé (ARS) donne chaque année un état des lieux des filières. En somme, l'ensemble de ces filières de soins gérontologiques facilite le retour au domicile.

II.2. La durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour correspond « au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital ». (OCDE, 2013) Elle s'obtient « en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une année par le nombre des admissions ou sorties » (OCDE, 2013) hors admissions avec sortie le jour même. Cette durée moyenne de séjour influence le choix de la date de sortie de l'hospitalisation. Malgré ces obligations, lorsque le moment décisif de la fin d'hospitalisation arrive, il faut veiller au bénéfice/risque afin de ne pas dériver vers un état de dépendance de la personne âgée ne rendant plus possible le retour à domicile. En effet, « 20% des personnes âgées augmentent leur niveau de dépendance au cours d'une hospitalisation » (Jean & Tobie, 2015). Les facteurs de dépendance sont la pathologie aiguë, l'environnement et les facteurs individuels. On parle de dépendance lorsqu'il y a incapacité à réaliser seul ses activités de la vie quotidienne de façon satisfaisantes (Meyer, 2013). La décision de sortie se fait selon : l'état clinique du patient, les facteurs de fragilité, le niveau d'autonomie et d'indépendance (Jean & Tobie, 2015).

La mise en lien avec les structures de soins gériatriques à domicile qui constitue le relais de l'hôpital, se crée en fonction du niveau d'autonomie et d'indépendance du patient.

La personne décide par elle-même la réalisation des occupations et exerce un pouvoir sur son environnement. On parle alors d'autonomie : qui est la capacité de choisir et de manœuvrer en fonction de ses choix (Meyer, 2013). Une personne est capable d'énoncer des jugements et des idées selon son libre arbitre. Selon Rogers, 1982, « l'autonomie est une condition pour l'indépendance » (Meyer, 2013). Pour être indépendant, il faut

associer le pouvoir de décider soit même et le savoir-faire pour réaliser l'occupation (Meyer, 2013).

L'entourage de la personne âgée est très important à prendre en compte. Les hospitalisations peuvent être non pertinentes ou dans des services inadéquats avec pour conséquence des sorties trop précoces. Cela s'associe souvent à une ré-hospitalisation à court terme délétère pour le patient et coûteuse pour la société (Jeandel & Vigouroux, 2009).

II.4. Les limites du maintien à domicile

Les limites du maintien au domicile sont souvent associées à plusieurs conditions. Tout d'abord, il apparaît le manque de moyens vis-à-vis de l'aide et de l'accompagnement au domicile. En effet, l'absence d'environnement familiale ou l'absence d'aides au domicile sur le territoire de la personne sont une gêne au maintien à domicile. On peut aussi percevoir le manque d'accessibilité à des services d'aides notamment du fait que les personnes âgées n'ont pas toujours les moyens de rémunérer les aides au domicile. Le degré d'incapacité, l'insécurité de la situation, le manque de temps des aides à domicile, et le découragement de la personne âgée sont en défaveur du maintien à domicile. On pense très souvent que se sont toutes ces limites qui vont aller à l'encontre d'un maintien de la personne sur son lieu de vie. Or, généralement, on voit que ces éléments peuvent participer aux limites mais ne constituent pas un facteur décisif du maintien au domicile. Il apparaît très nettement que les limites d'un maintien à domicile sont données par les soignants du domaine sanitaire ou bien l'entourage de la personne âgée. Cependant, les professionnels du sanitaire et les équipes du domicile ou à dominante sociale n'ont pas la même vision. Le domaine sanitaire est beaucoup plus réticent vis à vis du risque et de la sécurité à domicile contrairement aux équipes du domicile ou à dominante sociale. (Ennuyer, 2014) Même si l'ensemble des professionnels s'organisent de mieux en mieux pour apporter du soin et du soutien, ces apports restent parfois insuffisants. Le maintien à domicile ne peut s'envisager sans l'aide, la présence et l'adhésion de l'entourage familiale (Bazerolles, 2009).

III Les interventions de l'ergothérapeute

III.1 L'évaluation en gériatrie par l'ergothérapeute

En gériatrie, l'ergothérapeute mène des évaluations (Mourey, 2009) sur les occupations de la personne âgée (Trouvé, 2009) hospitalisée dans « un milieu naturel ou construit ». (Townsend et al., 2013). L'évaluation interdisciplinaire permet des interactions et un enrichissement mutuel entre plusieurs disciplines (Bouchez, Brunel & Chalopin, 2015).

Lorsque l'on parle d'évaluation en gériatrie, on retrouve alors différents bilans gériatriques centrés sur l'occupation :

- l'assessment of motor and process skills (AMPS) est un outil mis en place pour évaluer la qualité de la performance des patients lors de la réalisation d'activités de la vie quotidienne connue de la personne dans des conditions standardisées (site, Center for Innovative OT Solutions).
- les bilans maisons non validés où l'ergothérapeute fait une synthèse de plusieurs bilans. Ces bilans sont souvent amenés par de l'observation lors de mise en situation.
- le kitchen task assessment (KTA) mesure l'impact des troubles cognitifs sur les capacités fonctionnelles.
- les grilles d'Ylief évaluent les fonctions déficitaires et permettent de confirmer l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Elles se déroulent dans des conditions standardisées. Chaque activité est séquencée en différentes tâches à réaliser.
- le bilan modulaire en ergothérapie (BME) révèle les capacités fonctionnelles de la personne par le biais de tests et de mise en situation de vie quotidienne en relation avec les facteurs environnementaux (Margot-Cattin, 2009).
- La mesure l'indépendance fonctionnelle (MIF) est un bilan qui évalue le niveau d'incapacité.
- L'indice de Bartel mesure le niveau d'indépendance sans aucune aide (Margot-Cattin, 2009).
- L'équilibre vie quotidienne (EVQ) est un bilan qui évalue l'équilibre en situation d'activités de la vie quotidienne.
- Le bilan activities of daily life (ADL) regroupe l'évaluation des activités d'entretien du corps essentiel à la survie et le bien vivre en société qui sont : « manger, prendre ses médicaments, communiquer, se doucher, gérer ses fonctions d'excrétion vésicale et

intestinale, s'habiller, mobilité fonctionnelle, activité sexuelle, dormir, employer des moyens auxiliaires » (Meyer, 2013).

- Le bilan instrumental activities of daily life (IADL) permet l'évaluation centrée sur les activités de vie domestique et en relation avec la vie publique. Ces activités instrumentales de vie quotidienne sont essentielles à l'indépendance à la maison. Cela concerne les activités suivantes : gérer les moyens de communication, de finance, faire des courses, préparer le repas, se déplacer dans l'espace public, prendre soins des autres, s'occuper animaux domestiques, élever les enfants, entretenir sa santé, gérer son ménage, se loger, gérer sa sécurité, pratiquer sa religion (Meyer, 2013).

- La mesure canadienne de rendement occupationnel (MCRO) a des critères d'importance, de rendement et de satisfaction qui permettent de déterminer et de classer les besoins en occupation de la personne âgée (Margot-Cattin, 2009). Cette évaluation est basée sur une pratique centrée sur la personne qui permet d'amplifier l'adhésion et la satisfaction de celle-ci. Elle donne de meilleures réussites fonctionnelles. Cet outil est lié au modèle MCRO-P. (Margot-Cattin, 2009)

En effet, la pratique du MCRO-P est centrée sur la personne (Lievin, 2015) et prend ses influences dans la pensée humaniste. L'association canadienne des ergothérapeutes (ACE) la qualifie d'approche basée sur la collaboration entre le thérapeute et le patient, « qui vise la promotion de l'occupation du patient qui peut être une personne, un groupe, un organisme. ». En effet, le thérapeute convie le patient à participer en tant qu'acteur à la satisfaction de ses besoins et attentes.

Un panel d'évaluation en gériatrie a été abordé précédemment. En se plaçant à nouveau dans la perspective de la chute de la personne âgée, il est constaté que les causes sont multifactorielles. Son évaluation doit donc autant que possible prendre en compte tous ces facteurs. Le bilan de la chute est plus pertinent lorsqu'il passe par une mesure des approches motrices et écologiques de la personne durant les activités de vie quotidienne (HAS, 2009).

III.2 Programmes de prévention des chutes

Nous poursuivrons l'évaluation en déterminant le risque de chute afin de déterminer le type d'intervention le plus approprié. Le processus d'action de l'ergothérapeute est dépendant du niveau de risque et de la personne âgée. Lorsque la chute a déjà eu lieu, on peut regrouper ces interventions en 2 plans d'actions : un programme de prévention secondaire ou tertiaire (Boyer & Bellemare, 2009).

La prévention secondaire vise la diminution de la prévalence de la pathologie en détectant le plus précocement le problème de santé pour permettre la mise en place d'un traitement rapide et efficace afin d'en limiter les conséquences néfastes (INPES, 2005). Le niveau de risque modéré est un programme de prévention secondaire en groupe destiné à des personnes âgées volontaires motivées et autonomes qui résident à domicile ou à l'hôpital après une ou plusieurs chutes. Il regroupe une intervention multifactorielle non personnalisée qui s'échelonne de 1 à 2 séances hebdomadaires sur 10 semaines vivement conseillées. Les ateliers de préventions de chute permettent une resocialisation, une réassurance et une réappropriation de leur corps (Schoenberg, Corteel, Pardessus, & Puisieux, 2015). Ce programme d'activité de groupe développe, préserve et restaure les mécanismes d'adaptation de l'équilibre, et l'indépendance de la personne âgée dans ses occupations. Il existe différents programmes tels que l'atelier équilibre, le programme pied au Québec, l'école de la chute qui contiennent tout l'apprentissage du relevé du sol pour les professionnels formés. Pour moins appréhender la chute, dans les premiers temps, il est proposé avec un ré apprentissage des réactions parachute, des exercices pour la descente et le relever du sol. Différentes positions sont nécessaires pour se relever : à partir de la position allongée sur le dos, la personne va devoir se mettre sur le ventre puis plier les genoux pour atteindre la position de quatre patte et ainsi pouvoir se déplacer à la recherche d'un mobilier fixe. Généralement, le mobilier fixe est une chaise. Elle va ensuite se mettre en chevalier servant en tenant un point fixe de la chaise pour s'asseoir (Boyer & Bellemare, 2009). L'atelier de prévention des chutes prépare la personne au risque de récurrence en adoptant des stratégies et des ressources limitant le temps passé au sol et l'isolement. Il s'agit d'un atelier collectif dédramatisant la chute qui peut s'inscrire dans un programme d'éducation thérapeutique du patient (Schoenberg, Corteel,

Pardessus, & Puisieux, 2015). Les autres exercices proposés par ces programmes sont progressifs et permettent d'atteindre un entretien articulaire, musculaire, un travail en double tâche, une stimulation plantaire, et une gestion de l'équilibre par des mises en situation avec obstacles sur des parcours de marche intérieur puis extérieur (Boyer & Bellemare, 2009).

Les facteurs facilitant la participation du sujet âgé au programme de prévention des chutes sont : une présentation des programmes de prévention par un professionnel ou un proche, la mise en avant des bénéfices sociaux des interventions et l'adéquation des programmes avec les besoins des bénéficiaires

Les facteurs entravant la participation du sujet âgé au programme de prévention des chutes sont : la perception de la chute comme événement inévitable, le moment inadapté de l'intervention de prévention des chutes et des freins matériels. (Pin, Spini, Bodard, & Arwidson, 2015).

La prévention tertiaire vise par des mesures à prévenir et réduire les complications, les rechutes, et les situations de handicap dues à la pathologie afin d'améliorer la qualité de vie (INPES, 2005). Le niveau de risque élevé est un programme de prévention tertiaire en individuel destiné à des personnes âgées fragiles ayant déjà chuté. Il regroupe une intervention individualisée proposant une rééducation en ergothérapie et/ou des moyens de compensation qui peut débiter par la projection d'un diaporama explicitant les facteurs de risque de chute. Ce programme peut être mis en place dans toutes les étapes de la filière gériatrique (SSR, UMG, HDJ, lieu de vie...). La visée de ce programme est de restaurer l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée. L'ergothérapeute met en place une progressivité dans son accompagnement : Il s'agit de veiller au lever précoce sauf contre-indication, sécuriser les transferts. En premier lieu, la rééducation des occupations passe par une rééducation du déséquilibre postérieur en antériorisant le centre de gravité de la personne âgée. Cette phase de déséquilibre permet une « réharmonisation de la posture/mouvement » pour ainsi diminuer la peur des chutes et regagner la confiance en soi (Mourey, 2009).

Cette rééducation de la verticalisation est complétée par un travail musculaire et proprioceptif afin de se réapproprier des automatismes de schéma moteurs et posturaux en

activité. Il sera important de réduire les facteurs de risques de chute, et s'assurer des capacités d'adaptation au niveau des propositions faites, et des capacités d'adaptation posturales. Il faut vérifier que les facteurs environnementaux (humain et matériel) sont adaptables (Boyer & Bellemare, 2009).

Selon les recommandations de bonnes pratique de la HAS (2009) : la prévention de la chute passe par la « correction d'un facteur de risque de chute » telle que : les facteurs liés aux comportements de la personne âgée, et les facteurs liés à l'environnement.

IV. L'engagement de la personne âgée dans ses occupations

IV.1. L'environnement

L'ergothérapeute vise à augmenter la performance occupationnelle au niveau de la rééducation, réadaptation ou de la réinsertion (Margot-Cattin, 2009).

Par sa spécificité, l'ergothérapeute accompagne la personne âgée dans l'expérimentation en situation. L'environnement physique peut être naturel ou construit. L'environnement naturel comprend l'environnement physique qui a tendance à limiter l'engagement occupationnel. L'environnement construit décrit un environnement social qui s'articule tout au long de la vie en influençant les occupations (Townsend et al., 2013). Dans l'environnement construit, l'ergothérapeute pourra dans un premier temps « aménager l'environnement à l'hôpital » (Mahamdia et al., 2015). En effet, des mises en situation écologique seront réalisés par rapport aux occupations de la personne (référentiel ergothérapie, 2010). Dans un second temps, L'ergothérapeute intervient ensuite, si besoin, au domicile en sécurisant le logement du sujet âgé pour permettre le retour au domicile (Boyer & Bellemare, 2009). Selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, la prévention de la chute passe par la « modification de l'environnement » (HAS, 2009).

L'ergothérapeute débute par une expertise au domicile de la personne comprenant une évaluation des capacités fonctionnelles au travers des gestes de la vie quotidienne et répertorie les professionnels intervenants au domicile. La personne âgée peut expérimenter sur son lieu de vie, des mises en situation de la vie quotidienne telles que la cuisine, ou le ménage... qui entraineront une réduction de l'appréhension de la chute. Cela permet aussi d'évaluer la double tâche et les stratégies de déplacements (Boyer &

Bellemare, 2009). L'ergothérapeute veille à la vérification des adaptations et des automatismes posturaux en parlant avec la personne âgée. Ces évaluations en situation écologique lors des visites à domicile permettent de réadapter le patient dans ses activités de vie quotidienne (Blond, 2015).

L'aménagement par l'ergothérapeute apporte un cadre à l'occupation de la personne âgée. Pour déclencher un engagement occupationnel, l'ergothérapeute choisit un équipement et des outils signifiants pour la personne (Mahamdia et al., 2015). Cette modification permet un changement occupationnel qui peut entraîner des retentissements sur la performance de la personne dans l'ensemble de ses occupations (Townsend et al., 2013). L'ergothérapeute pourra compléter la rééducation par des essais d'aides techniques. Diverses préconisations sont possibles au niveau de l'éclairage, des aides aux transferts par des points d'appuis stables (barre d'appuis, aides techniques...), la téléalarme, ou le désencombrement des espaces... (Boyer & Bellemare, 2009).

L'aménagement de l'environnement par l'ergothérapeute réduit les facteurs de risques de chute environnementaux en veillant à respecter les habitudes de vie de la personne. Les visites à domicile peuvent prévenir les chutes à condition de faire changer les comportements à risque en plus de l'aménagement. En effet, l'aménagement seul du domicile ne suffit pas (Boyer & Bellemare, 2009).

IV.2. Prendre en compte les risques de chute : effets complexes

Le risque « se définit comme un danger éventuel plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité » (Kühne, Chappuis, & Bedin, 2013) . Comme la personne à la retraite est moins active, on pourrait penser qu'elle est moins à risque. Au contraire, les modifications physiques engendrent une élévation des risques objectifs comme le risque de chute. Les personnes âgées encadrent ces risques car selon eux, ils font attention. Comme le risque s'est déjà produit par le passé, la perception et la nature du risque de la personne âgée en est changée. Le risque est alors passé d'envisageable à réel ce qui a pour conséquence des modifications de comportements de la personne âgée. (Kühne, Chappuis, & Bedin, 2013)

La prise en compte des risques doit passer par une acceptation de la personne âgée d'un aménagement du domicile, d'une restriction d'activité ou d'une suppléance par une aide

technique. C'est-à-dire que l'adjonction d'une aide technique ou l'aménagement du domicile peuvent réduire certains risques présents mais en fabriquer de nouveaux. Pour certaines personnes, la conséquence peut être la limitation d'occupations significantes et significatives avec une baisse de sentiment de compétence et une perte d'identité ou de rôle social. Pour d'autres personnes âgées cela se traduira par une plus grande assurance et de nouvelles prises de risques qui sont vecteur de resocialisation. La prise de risque peut donc être bienfaisante si elle est encadrée. (Kühne, Chappuis, & Bedin, 2013).

En somme, il est indispensable pour l'ergothérapeute d'être en accord avec le mode de vie, et la signification des occupations de chaque personne âgée pour un accompagnement personnalisé.

2. Méthodologie

I. Objectif de l'étude

La question de recherche étudiée est la suivante : comment l'ergothérapeute peut intervenir sur les risques pris lors de la réalisation des occupations de la personne âgée après une chute à son domicile ?

Il est aussi intéressant de connaître les bénéfices et les limites des interventions des ergothérapeutes en terme de prévention des chutes.

Rappelons que l'hypothèse de cette étude serait que l'ergothérapeute peut intervenir sur les risques pris lors de la réalisation des occupations de la personne âgée après une chute à son domicile, dans le cadre des mises en situation écologique, lors des visites au domicile. Il pourrait voir le sens que prend chaque occupation dans le quotidien de la personne âgée.

II. Population ciblée dans l'étude

Au vu de la question de recherche, la population se concentre sur les ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en hôpitaux gériatriques depuis au moins 5 mois. Ils doivent avoir accompagné au moins une personne âgée hospitalisée suite à une chute. Ils doivent aussi travailler dans ce domaine au minimum à mi-temps. Par souci de mobilité géographique, il est préférable que les investigations soient centrées sur la région Rhône Alpes Auvergne.

Les entretiens seront donc menés auprès de 6 ergothérapeutes issus de services différents au sein des hôpitaux gériatriques de la région Rhône Alpes Auvergne.

III. Choix et construction de l'outil

L'investigation s'est déroulée par des entretiens téléphoniques avec des ergothérapeutes ciblés. Pour ce faire, des grilles d'analyses (Annexe IV) ont été établies. L'entretien permet d'être au plus proche de la réalité du terrain et de recueillir des réponses riches et développées sur un plan qualitatif.

La trame de l'entretien a été conçue d'après la partie théorique. Un guide d'entretien a été réalisé afin de recueillir des données qualitatives pour répondre à ma problématique.

Cet entretien aborde les thèmes : la chute de la personne âgée, le retour à domicile de la personne âgée après une chute, l'intervention en gériatrie par l'ergothérapeute, et l'engagement dans les occupations de la personne âgée.

Un premier entretien dit « test », a permis de réajuster les questions pour qu'elles soient le plus claires et compréhensibles. Cet entretien n'est pas pris en compte dans l'analyse des résultats.

IV. Déroulement de l'investigation

Concernant la réalisation des entretiens, les ergothérapeutes des hôpitaux gériatriques de la région Rhône-Alpes Auvergne ont été contactés par mail, afin de leur expliquer la démarche de recherche. Dans le mail de contact (Annexe V) était mentionné le sujet du mémoire. D'une manière plus générale il leur a été indiqué que le lieu et la date de l'entretien seraient choisis à leur convenance en fonction de nos disponibilités respectives. Il était aussi mentionné que l'entretien serait enregistré afin de pouvoir le retranscrire à l'écrit, tout en respectant l'anonymat des professionnels. Un formulaire d'information (Annexe VI) leur a été donné, et ils ont signé un formulaire de consentement (Annexe VII) en amont de l'entretien.

V. Méthodes d'analyse des entretiens

Dans un premier temps, les enregistrements ont été retranscrits (Annexe VIII, Annexe IX, Annexe X, Annexe XI, Annexe XII, Annexe XIII) à partir des enregistrements. Les grilles d'analyses préalablement construites (Annexe XIV) selon les quatre thèmes du guide d'entretien rassemblent les informations de chaque entretien. Un regroupement des idées par mots clés a été établis pour chaque thématique. Les mots clés ont ensuite été classés par consensus et non consensus. Ce traitement de données a permis d'ordonner les réponses et de faciliter ainsi les comparaisons entre elles et l'analyse des résultats. Cette méthode a été reproduite pour chaque entretien.

VI. Limites et difficultés rencontrées

Pendant la durée de l'investigation, certains ergothérapeutes n'ont pas répondu à l'email de recherche. Ils n'étaient probablement pas disponibles ou devaient penser qu'ils ne correspondaient pas aux critères. Une des ergothérapeutes qui s'est proposée et dont l'entretien s'est déroulé, n'a finalement pas été retenue car elle n'était pas dans la région Rhône Alpes Auvergne. La direction d'une des structures a refusé que l'ergothérapeute participe à suite au manque de temps des professionnels et du lourd investissement que la demande supposait. Pour l'investigation, il a fallu élargir la recherche de professionnel sur les réseaux sociaux. A la fin de la période d'investigation, une réponse par email est arrivée trop tardivement vis-à-vis de l'échéance du rendu de ce mémoire et n'a pas pu être pris en compte.

3. Partie résultats

I. Les professionnels ergothérapeutes interrogés

Six ergothérapeutes d'hôpitaux gériatriques de la région Rhône Alpes Auvergne ont été interrogés. Ils travaillent dans différents domaines de la filière gériatrique. Les expériences en gériatrie de l'échantillon vont de 6 mois à 24,5 ans.

Notation	Ergothérapeutes	Année de diplôme	Expérience en gériatrie	Temps de travail par service	Equipe pluridisciplinaire
E1	Ergothérapeute 1	Juin 1991	24,5 ans	- 80% neuro-gériatrie - 10% long séjour	kinésithérapeutes, psychomotriciens orthophonistes, assistante social, neuropsychologues, 4 ergothérapeutes.
E2	Ergothérapeute 2	Juillet 2015	8 mois	- 50% soins de suite et de réadaptation (SSR) - 50% équipe mobile de gériatrie extra hospitalière. (EMG)	kinésithérapeutes, médecin, infirmière, Aide-soignante, orthophoniste, Assistante sociale, 2 ergothérapeutes, moniteur d'activités physiques adaptées
E3 (SSR) E3 (HDJ)	Ergothérapeute 3	Juin 2004	12 ans	- 50% en Soins de Suite et de réadaptation (SSR) - 50% en hôpital de jour (HDJ).	Kinésithérapeute, orthophoniste, diététicien, assistante sociale, psychomotricien infirmière, aide soignantes, médecin, 8 ergothérapeutes.
E4	Ergothérapeute 4	Juin 2015.	6 mois	- 50% en court séjour gériatrique (CSG)	Kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des assistantes sociales, des équipes soignantes un médecin et un cadre, 2 ergothérapeutes.
E5	Ergothérapeute 5	Juin 2015	6 mois.	- 100% en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	moniteur d'activités physiques adaptées, de psychomotriciens, d'assistantes sociales, de psychologue, d'infirmiers, de médecin, de neuropsychologues, de kinésithérapeutes, et d'orthophonistes, 4 ergothérapeutes.
E6	Ergothérapeute 6	Juin 2007	2,5 ans	- 100% en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	moniteur d'activités physiques adaptées (APA), de psychomotriciens, d'assistantes sociales, de psychologue, d'infirmiers, de médecin, de neuropsychologues, de kinésithérapeutes, et d'orthophonistes, 4 ergothérapeutes.

Figure 2 : La répartition par service des ergothérapeutes interrogés

L'ensemble des ergothérapeutes rapporte l'importance d'un travail en lien avec l'équipe pluridisciplinaire : « l'assistante sociale, l'orthophoniste, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute » (Cf. Figure 2).

- 83% des ergothérapeutes sont en relation avec les infirmières (E2, E3, E5, E6, E4) (Cf. Figure 2), les médecins (E6, E5, E4, E3, E2) (Cf. Figure 2) et les psychomotriciens (E6, E5, E4, E3, E1) (Cf. Figure 2).

- 50% des ergothérapeutes travaillent avec les APA (E2, E5, E6) (Cf. Figure 2), les neuropsychologues (E6, E5, E1) (Cf. Figure 2) et les aides-soignantes (E4, E3, E2) (Cf. Figure 2).

- 33% des ergothérapeutes sont en lien avec les psychologues (E5E6) (Cf. Figure 2).

II. La chute de la personne âgée

II.1 relation entre la chute et le vieillissement

50% des ergothérapeutes interviewés (E2, E4, E3) mentionnent que le contexte de chute influence l'état psychologique. En effet, « *selon le contexte de chute, les traumatismes psychiques vont être différents* » (E4, ligne 11-12). On distingue « *chute et contexte de chute* » (E4, ligne 4). Le temps passé « *au sol et les fractures ont des conséquences en termes de stress* » (E3, ligne 10) et sur « *la prise de conscience de la fragilité* » (E3, ligne 7) de la personne âgée. La chute est « *multifactorielle* » (E2, ligne 8). On peut classer facteurs de risques en 4 catégories : « *les facteurs sociodémographiques, les facteurs environnementaux, les risques liés au vieillissement et les facteurs liés au comportement* » (E2, ligne 9). Chez une personne comme pour la personne âgée, on a une « *prise de risque* » (E2, ligne 16).

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés soutient que « *c'est autant les répercussions psychologiques qui vont entraîner la chute que la chute qui va donner un traumatisme psychologique* » (E1, ligne 12-13 ; E2, ligne 5 ; E3, ligne 4-5 ; E4, ligne 4 ; E5, ligne 5-6-7 ; E6, ligne 5-6-7). L'isolement de la personne âgée peut entraîner une chute plus ou moins consciente « *pour être pris en charge* » (E5, ligne 14).

Néanmoins, 33% des ergothérapeutes sondés rencontrent plus souvent la « *chute qui entraîne des traumatismes* » psychologiques (E1, ligne 5-6 ; E3, ligne 5).

50% des ergothérapeutes interrogés (E2, E1, E5) évoquent la peur de tomber comme conséquence directe de la chute. L'appréhension de la chute est un « *facteur aggravant qui favorise une nouvelle chute* » (E2, ligne 6-7). On parle de « *syndrome post chute* » (E5, ligne 9) lorsque les « *angoisses* » (E5, ligne 10) génèrent une « *réduction des activités* » (E1, ligne 9 ; E5, ligne 10) et une peur de « *rester seul* » (E5, ligne 10) chez soi.

II.2 l'équilibre occupationnel de la personne âgée

Selon les « *lieux de pratiques* » (E3, ligne 22), « *l'équilibre occupationnel* » (E3 HDJ, ligne 21 ; E1, ligne 22) est plus ou moins visé.

En « *Soins de Suite et de Réadaptation* » (E3 SSR, ligne 23) il y a « *peu d'équilibre entre les occupations de loisirs et les occupations fonctionnelles* » (E3 SSR, ligne 23-25) en opposition à « *l'hôpital de jour* » (E3 HDJ, ligne 31).

Pour tendre vers un équilibre occupationnel il est nécessaire d'avoir l'adhésion du patient (E4, ligne 25), pour se « *centrer sur les occupations antérieures à la chute* » (E4, ligne 24-25 ; E1, ligne 26). Il est nécessaire « *d'analyser chaque activité* » (E4, ligne 31-32) de la personne âgée puis de les « *prioriser* » (E4, ligne 21) avec elle pour « *axer la rééducation* » (E6, ligne 20). La connaissance des « *habitudes de vie antérieures* » (E2, ligne 25 ; E6, ligne 15) et de son « *environnement* » (E6, ligne 15) par l'ergothérapeute permet de bien visualiser la personne âgée. Le choix dans les activités « *signifiantes* » (E2, ligne 27) permet de « *se centrer sur les motivations* » (E4, ligne 30) de la personne âgée.

50% des ergothérapeutes (E1, E2, E3) mentionnent qu'en gériatrie, les ergothérapeutes s'attachent davantage aux « *activités basales, élémentaires qu'aux activités de loisirs* » (E1, ligne 27 ; E2, ligne 26 ; E3 SSR, ligne 28). En effet, leur « *préoccupation est de permettre le retour à domicile du patient dans les conditions de sécurité* » (E3 SSR, ligne 27-28).

67% des ergothérapeutes (E2, E3, E4, E5) rajoutent qu'il faut se centrer sur « *le projet de vie de la personne* » (E2, ligne 28 ; E3 HDJ, ligne 31), (E4, ligne 30 ; E5, ligne 90) et sur les « *attentes de l'entourage* » (E2, ligne 28). Cela doit se faire dans le respect des « *attentes du patient en termes de capacités à maintenir* » (E6, ligne 18)

Pour 33% des ergothérapeutes (E2, E3), le « *projet de vie* » (E2, ligne 28 ; E3 HDJ, ligne 31) permet la « *prévention des troubles psycho-comportementaux ou les activités de loisirs ont leurs places* » (E3 HDJ, ligne 32-33). Cela peut être « *une fiche de prévention des chutes* » (E2, ligne 31) à domicile ou une discussion autour des « *activités à favoriser* » (E2, ligne 33) telles que le sport pour permettre de retrouver un « *lien social* » (E3, ligne 43).

33% des ergothérapeutes (E3, E5) soutiennent que le maintien de l'équilibre occupationnel chez la personne âgée se base sur une « *collaboration* » (E3 HDJ, ligne 46) (E5, ligne 90) entre elle et le thérapeute. Le thérapeute passera par de la « *valorisation et de l'encouragement* » (E5, ligne 26) à travers un « *accompagnement psychologique* » (E5, ligne 24) lui permettant de faire des « *mises en situation* » (E5, ligne 28).

En ce qui concerne les aides humaines ou matériel, permettant de retrouver un équilibre occupationnel, deux courants s'opposent :

- 17% des ergothérapeutes pensent que la poursuite par « *des aides humaines ou matériel peuvent aider à maintenir ses activités* » (E4, ligne 22-23).

- Au contraire, 17% des ergothérapeutes défendent que « *l'étayage professionnel* » (E5, ligne 30-31) ne doit pas être trop conséquent car il peut être un frein à la reprise de certaines occupations. En effet, « *la personne âgée pourra s'y reposer dessus* » (E5, ligne 31-32).

III. Le retour au domicile du patient chuteur

III.1 La filière gériatrique

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés soutient qu'il « *s'inscrit dans une filière gériatrique* » (E1, ligne 38 ; E2, ligne 36 ; E3, ligne 48 ; E4, ligne 34 ; E5, ligne 42 ; E6, ligne 31). En effet, « *s'inscrire dans une filière gériatrique est indispensable* » (E2, ligne 41 ; E4, ligne 61 ; E5, ligne 53). S'il n'y a « *pas de réseau de santé, le retour à domicile ne fonctionne pas* » (E3, ligne 79) et « *cela n'a pas de sens* » (E5, ligne 91).

Le réseau de santé est un « *relais au domicile* » (E3, ligne 74) qui permet « *de mieux encadrer le retour au domicile* » (E5, ligne 50). Il donne « *plus de cohérence* » (E6, ligne 40) et favorise « *un meilleur retour à domicile* » (E3, ligne 76). Certains hôpitaux ont « *ce*

25

réseau de santé gérontologique au sein de l'hôpital » (E6, ligne 32 ; E5, ligne 44-45). Il permet de « *créer un lien entre le patient et le réseau et cela dès l'hospitalisation* » (E6, ligne 41).

Il est important de « *travailler en lien dans le service* » (E4, ligne 57) et avec « *les équipes intra et extra hospitalières* » (E4, ligne 36). Pour cela, « *l'assistante sociale et l'ergothérapeute s'organisent pour mettre en place des aides en lien avec la famille* » (E2, ligne 37-38) et « *les permanences du domicile* » (E5, ligne 57).

Il y a 3 manières de se rendre au domicile du patient selon le service auquel l'ergothérapeute dépend et le fonctionnement de la structure :

- Pour 50% des ergothérapeutes interrogés (E3, E4, E2) c'est « *l'équipe mobile extra hospitalière* » (E4, ligne 38) qui va être sollicité à la place de l'ergothérapeute du service pour « *aller voir au domicile* » (E4, ligne 38).
- Pour 17% des ergothérapeutes interrogés (E1, ligne 128), c'est l'ergothérapeute du service qui se rend au domicile.
- Pour 33% des ergothérapeutes interrogés (E5, ligne 47 ; E6, ligne 46) l'ergothérapeute fait la visite au domicile avec l'équipe extra mobile.

67% des ergothérapeutes sondés (E2, E5, E1, E4) soutiennent que l'ergothérapeute « *a un lien direct avec l'assistante sociale* » (E2, ligne 37 ; E5, ligne 56 ; E1, ligne 42 ; E4, ligne 45). Cette dernière se met en relation avec « *les réseaux de santé* » (E1 40-41). On n'est « *pas forcément en contact avec ces réseaux de santé* » (E1, ligne 40), c'est pourquoi, c'est souvent « *le compte rendu qui fait le contact* » (E1, ligne 42-43). « *Plus il y aura des liens et plus le patient se sentira en sécurité* » (E1, ligne 47). S'inscrire dans une filière gériatrique semble important pour le retour au domicile du patient chuteur mais reste « *du cas par cas selon le patient* » (E4, ligne 62). Pour que le retour à domicile soit plus sécuritaire, « *il faut plus de suivit sur du long terme* » (E2, ligne 42-43 ; E1, ligne 55).

33% des ergothérapeutes (E3, E4) rapportent que « *tous ces dispositifs ; l'Equipe Spécialisée Alzheimer à domicile (ESAD), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), Equipe Mobile pour Malade Alzheimer (EMMA)... sont connus en théorie* » (E3, ligne 48) mais « *c'est compliqué surtout pour les familles* » (E4, ligne 74) qui ont du mal à s'y retrouver. Les ergothérapeutes ont « *peu de retour* » (E3,

ligne 53) sur l'après retour au domicile avec ces dispositifs. La « *collaboration avec ces dispositifs* » (E3, ligne 55) est donc à développer.

III.2 La durée moyenne de séjour

A l'unanimité, les ergothérapeutes interrogés soutiennent que « *la durée moyenne de séjour influence le retour au domicile* » (E1, ligne 69 ; E2, ligne 50 ; E3, ligne 82-83 ; E4, ligne 79 ; E5, ligne 60 ; E6, ligne 51). « *Les durées moyennes de séjours sont souvent très courtes, sauf en neurologie* » (E1, ligne 62-63).

Trois courants s'opposent quant à la durée de séjour à l'hôpital la plus bénéfique pour la personne âgée :

- 33% des ergothérapeutes (E1, E4) pensent que « *pour un patient chuteur sans pathologie neurologique, plus la rééducation pluridisciplinaire et le retour à domicile sont rapide mieux c'est* » (E4, ligne) « *dans les limites des possibilités médicales* » (E4, ligne 89). Lorsque l'hospitalisation dure « *l'hôpital est un facteur de chute* » (E1, ligne 75-76) mais aussi un « *facteur de dépendance* » (E4, ligne 84) car il y a un risque de perte d'autonomie.

- Au contraire, pour 50% des ergothérapeutes (E5, E2, E6) défendent que « *les séjours longs préparent mieux le retour à domicile* » (E5 64-65). Ce « *temps permet de balayer toutes les aides* » (E5, ligne 62-63). En effet, il y a un côté « *rassurant pour la personne de rester à l'hôpital* » (E2, ligne 46). Cela peut lui permettre de « *regagner de l'autonomie* » (E2, ligne 47) car « *plus la rééducation et la réadaptation seront poussée, moins il y aura de chance que la personne retombe* » (E6, ligne 45). « *Renvoyer le patient trop précocement ça peut vite être un peu traumatisant* » (E2, ligne 48-49).

- 33 % des ergothérapeutes (E3, E1) nuancent en précisant qu'il y a un juste milieu à avoir dans les durées moyennes de séjour. Elles sont choisies selon « *la sensibilisation du médecin* » (E3, ligne 87-88) au « *cas par cas* » (E1, ligne 76). « *Les retours à domicile trop rapides sont très précaires* » (E3, ligne 84) mais « *les patients deviennent plus dépendants* » lorsqu'ils font des séjours longs (E3, ligne 95-96) et sont « *néfastes économiquement pour l'hôpital* » (E3, ligne 98). « *L'équilibre est difficile entre prendre le risque qu'ils rentrent au domicile ou qu'ils deviennent dépendant* » (E3, ligne 99-100).

III.3 Les limites du maintien à domicile

Il existe plusieurs limites du maintien à domicile (Cf. figure 3).

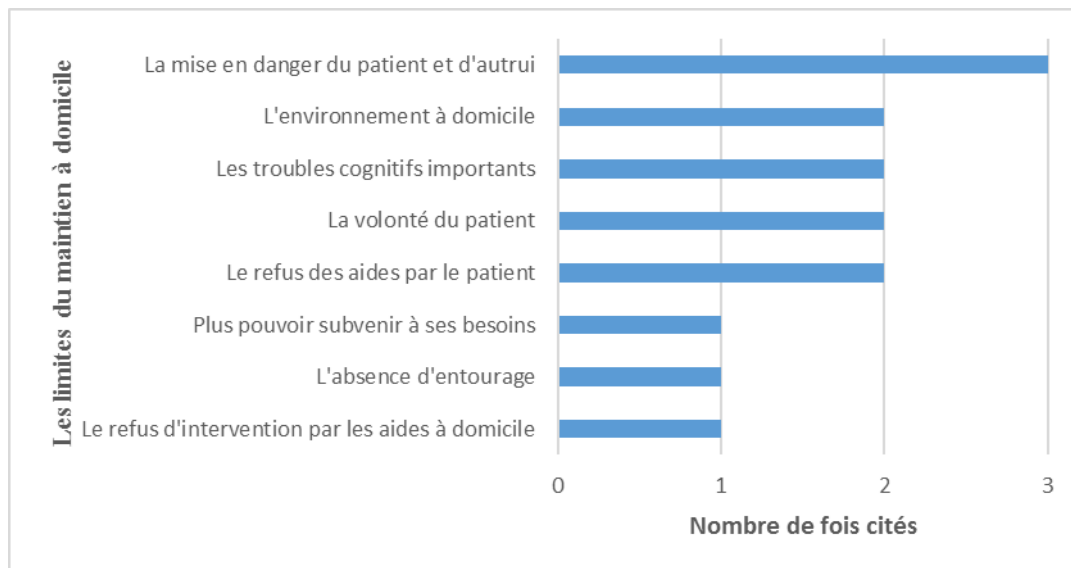


Figure 3 : Les limites du maintien au domicile

On peut pallier aux limites du maintien au domicile seulement pour « *les patients ayant des problèmes fonctionnels ou moteurs* » (E5, ligne 71 ; E6, ligne 56). Pour cela, Il doit y avoir soit « *un gros plan d'aide au domicile et/ou un étayage familiale* » (E6, ligne 58-59) soit « *des aides techniques* » (E5, ligne 72).

IV. L'intervention en gériatrie par l'ergothérapeute

IV.1 Evaluation gériatrique

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des bilans réalisés par les ergothérapeutes.

L'ensemble des abréviations sont détaillées dans le glossaire.

Selon l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, l'évaluation sera découpée en deux temps : « l'entretien » puis « les bilans ».

Les étapes	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Entretien patient						
Bilan fonctionnel des membres supérieurs						
Bilan articulaire Bilan musculaire Bilan préhensions						

Bilan des praxies						
Bilan cognitif	- EVQ - Bilan maison	- MMS	- EVQ - KTA	- ERFC - KTA - MMS - BEC 96 - MoCA	- ERFC	- ERFC - KTA - Test des 5 éléments
Bilan de l'équilibre		- Get up and go test - appui monopodal - test double tâche - test des réactions parachutes	- TMM - items Tinetti - KTA	- observation	- TMM	- items Tinetti
Bilan post-chute		- Bilan maison	- Item désadaptation motrice			
Bilan fonctionnel d'autonomie et d'indépendance	- bilan ADL IADL - MIF		- Bilan de mise en situation de vie quotidienne	- bilan ADL IADL - Bilan de mise en situation de vie quotidienne	- indice de Bartel	

Figure 4 : L'évaluation gériatrique

Ergothérapeutes qui réalisent l'étape

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés réalise « l'entretien » (E1, ligne 132 ; E2, ligne 57 ; E3, ligne 172 ; E4, ligne 205 ; E5, ligne 75 ; E6, ligne 69). « Le bilan fonctionnel des membres supérieures » (E5, ligne 80-81 ; E6, ligne 74) est fait passer au patient par 33% ergothérapeutes de l'échantillon. « Le bilan musculaire, articulaire, des préhensions » (E6, ligne 74-75) et « des praxies » (E5, ligne 80) est conduit pour 17% des ergothérapeutes. L'ensemble de l'échantillon d'ergothérapeutes réalise un « bilan cognitif » (E1, ligne 95 ; E2, ligne 67 ; E3, ligne 140 ; E4, ligne 115 ; E5, ligne 79 ; E6 ligne 79). Seul 17% des ergothérapeutes ne font pas un bilan d'équilibre et un bilan fonctionnel d'autonomie et d'indépendance. Le « bilan post chute » (E3, ligne 124 ; E2, ligne 62) est mis en place pour 33% des ergothérapeutes.

IV.2 Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)

En ce qui concerne l'évaluation de la satisfaction de la personne âgée, deux courants apparaissent :

- 67% des ergothérapeutes réalisent « L'évaluation de la satisfaction de la personne âgée » (E3, ligne 154-155 ; E4, ligne 229-230 ; E5, ligne 188 ; E6, ligne 155) au cours de

l'entretien. Les « *mises en situation* » (E3, ligne 226) participent aussi à l'évaluation de la satisfaction.

- 33% des ergothérapeutes « *n'évaluent pas la satisfaction de la personne âgée dans ses occupations* » (E1, ligne 160 ; E2, ligne 124) sont à 33%.

Pour ce qui est du passage de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) :

- 33% des ergothérapeutes disent se baser dessus « *sans vraiment utiliser, les items de la MCRO* » (E3, ligne 154 ; E4, ligne 127) lors de l'entretien. 17% des ergothérapeutes interrogés utilisent « *les termes de la MCRO lors de la rédaction de la conclusion d'un compte rendu* » (E3 HDJ, ligne 147).

- 67% des ergothérapeutes ne « *font pas passer la MCRO* » (E1, ligne 102 ; E2, ligne 70) (E5, ligne 86 ; E6, ligne 87). Les ergothérapeutes interrogés l'expliquent par un « *manque de temps* » (E1, ligne 160 ; E2, ligne 70), de « *mise à disposition* » (E6, ligne 87), ou « *de connaissances* » (E5, ligne 86).

IV.3 Les étapes d'accompagnement

17% des ergothérapeutes (E3) évoquent tout d'abord, « *l'installation* » (E3, ligne 161).

33% des ergothérapeutes (E3, E1) mentionnent ensuite « *le premier levé s'il n'y a pas de kinésithérapeutes* » (E3, ligne 163-164 ; E1, ligne 105).

L'ensemble des ergothérapeutes mentionne « *l'entretien avec le patient* » (E5, ligne 75 ; E6, ligne 92 ; E3, ligne 172 ; E1, ligne 131) d'abord puis avec « *la famille par la suite permettant d'établir le mode de vie* » (E5, ligne 89 ; E6, ligne 96 ; E3, ligne 173). Il permet également de « *connaître et d'agir sur les causes* » (E4, ligne 143 ; E2, ligne 77) et sur les « *conséquences de chute* » (E4, ligne 147).

17% des ergothérapeutes (E6) évoquent la réalisation « *des bilans* » (E6, ligne 92).

67% des ergothérapeutes (E2, E3, E5, E6) parlent de « *rééducation* » (E2, ligne 81 ; E3, ligne 167 ; E5, ligne 97 ; E6, ligne 101), « *pluridisciplinaire* » (E4, ligne 149-150 ; E1, ligne 107 ; E3, ligne 163) de la personne âgée après une chute qui est axée sur « *du travail cognitif et du travail moteur* » (E5, ligne 103). « *Les principes de prise en charge sont : la revalorisation, la re-motivation* » (E5, ligne 94).

Parallèlement pour 67% des ergothérapeutes (E2, E4, E5, E6) il faudra aussi un « *accompagnement psychologique* » (E2, ligne 76 ; E4, ligne 149 ; E5, ligne 95 ; E6, ligne).

Pour finir, 67% des ergothérapeutes (E5, E2, E6, E4) évoquent la « *réadaptation* » (E5, ligne 101 ; E2, ligne 81). Elle est réalisée grâce à des « *mises en situation* » (E5, ligne 101 ; E2, ligne 82) permettant « *le choix d'aides techniques* » (E2, ligne 81 ; E3, ligne 169 ; E4, ligne 153 ; E6, ligne 101) appropriés lors des « *visites à domicile* » (E3, ligne 173).

IV.4 les ateliers de prévention des chutes

Sur les 6 ergothérapeutes interrogés, 50% des ergothérapeutes mettent en place des ateliers de prévention des chutes.

mise en place d'un atelier de prévention des chutes	E2 E5 E6
pas de mise en place d'un atelier de prévention des chutes	E1 E3 E4

Figure 5 : La répartition des ergothérapeutes interrogés en fonction de la participation à un atelier de prévention des chutes

IV.4.1 Les bénéfices des ateliers de prévention des chutes

Le graphique (Cf. figure 6) représente les bénéfices des ateliers de prévention des chutes. On voit que 83% des ergothérapeutes interrogés parlent d'une « *émulation de groupe* » (E1, ligne 113 ; E3, ligne 186 ; E6, ligne 111) qui comprend « *des échanges entre les patients* » (E5, ligne 110 ; E2, ligne 91).

67% de l'échantillon d'ergothérapeutes mentionne que les ateliers apportent une « *prise de conscience* » (E1, ligne 116-117 ; E4, ligne 172 ; E5, ligne 112 ; E6, ligne 112) des personnes âgées après leurs chutes.

50% des ergothérapeutes évoquent les bénéfices de « *cohésion de groupe* » (E4, ligne 171 ; E2, ligne 92 ; E3, ligne 190), de « *lien de socialisation* » (E3, ligne 189 ; E4, ligne 171 ; E5, ligne 113) et de « *reprise de confiance en soi* » (E1, ligne 118 ; E2, ligne 89 ; E4, ligne 169) lors des ateliers de prévention des chutes.

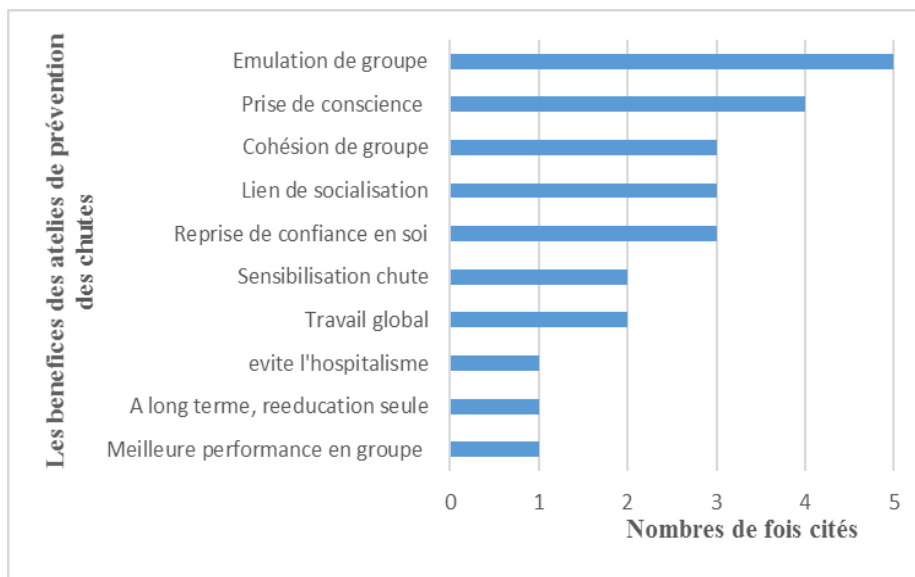


Figure 6 : Les bénéfices des ateliers de prévention des chutes

33% des ergothérapeutes rajoutent que les ateliers de prévention des chutes favorisent une « sensibilisation de la chute et des conséquences » (E1, ligne 115 ; E2, ligne 89) et un « travail global » (E4, ligne 170 ; E6, ligne 107) de « rééducation » (E3, ligne 182)

17% des ergothérapeutes trouvent que les ateliers « évitent l'hospitalisme » (E3, ligne 181), permettent « une rééducation seule sur du long terme » (E3, ligne 190) et donnent le plus souvent de « meilleures performances qu'en individuel » (E5, ligne 115).

IV.4.2 Les limites des ateliers de prévention des chutes

Le graphique (Cf. figure 7) représente les limites des ateliers de prévention des chutes.

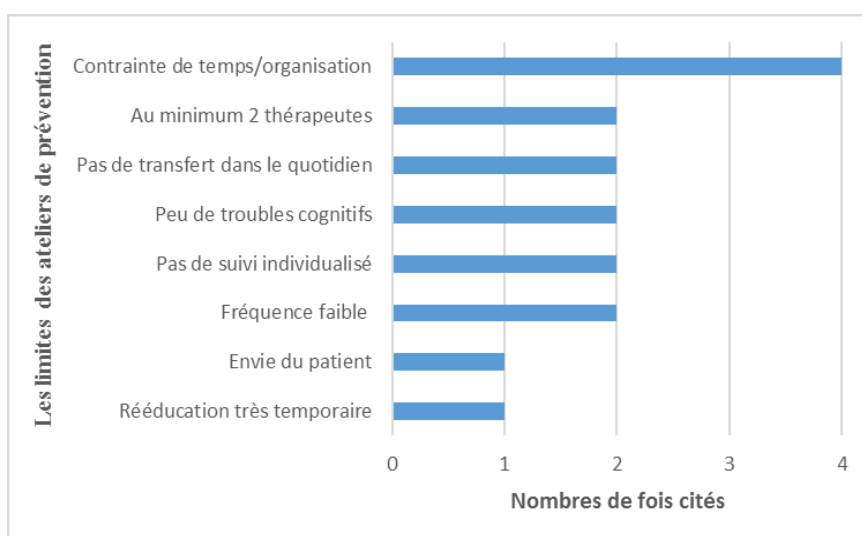


Figure 7 : Les limites des ateliers de prévention des chutes

La limite la plus importante qui apparaît représente les « *contraintes de temps, d'organisation et de mise en place* » (E4, ligne 176 ; E2, ligne 94 ; E5, ligne 132 ; E6, ligne 125) pour 67% des ergothérapeutes interrogés. Il vient ensuite pour 33% des ergothérapeutes le besoin d'un « *minimum de deux thérapeutes* » (E2, ligne 104 ; E4, ligne 177) pour faire ces ateliers, avec des patients ayant « *une bonne cohérence et un minimum de compréhension* » (E6, ligne 126 ; E4, ligne 181). Pour 33% des ergothérapeutes interrogés, les ateliers de prévention des chutes ne permettent ni un « *transfert dans le quotidien* » (E1, ligne 120 ; E2, ligne 99) « *ni un suivi individualisé* » (E5, ligne 121 ; E6, ligne 122) et leurs « *fréquences sont trop faibles* » (E6, ligne 118 ; E3, ligne 195). La « *rééducation est donc très temporaire* » (E3, ligne 192) pour 17% des ergothérapeutes interrogés. « *L'envie de participer* » (E6, ligne 125) de la personne âgée peut constituer un frein selon 17% des ergothérapeutes. Dans ce cas, le groupe « *reste sur la phase de conseils* » (E2, ligne 98). Il peut alors manquer la « *mise en pratique* » (E2, ligne 99-100).

IV.4.3 Les axes d'amélioration

Les ateliers de prévention des chutes (Cf. figure 8) pourraient être améliorés dans leur mise en place :

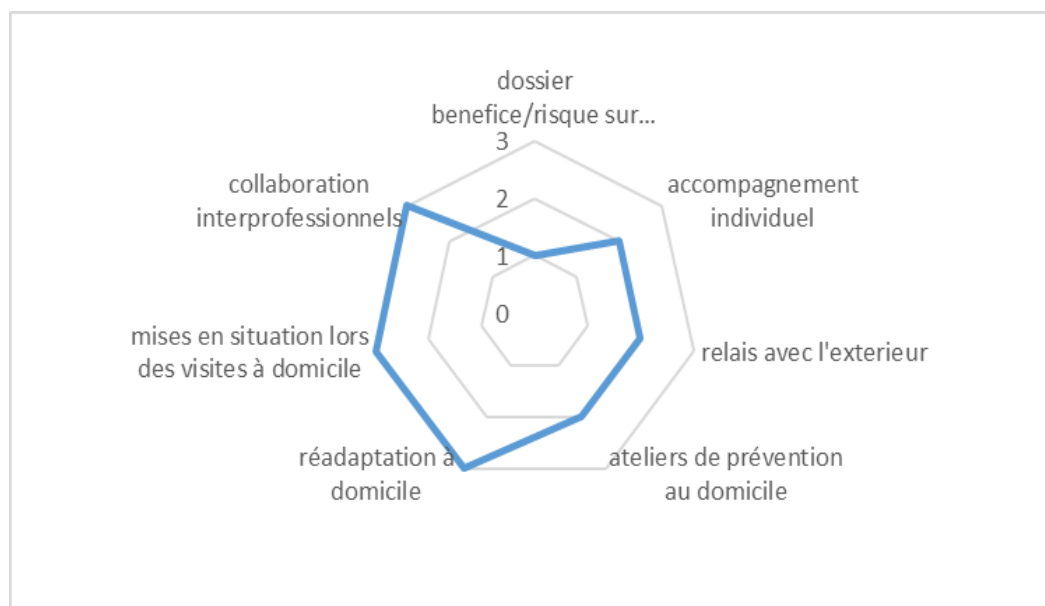


Figure 8 : Les axes d'amélioration pour les ateliers de prévention des chutes en fonction du nombre de fois cités

Selon 50% des ergothérapeutes, la « *collaboration avec d'autres professionnels* » (E2, ligne 211 ; E3, ligne 209 ; E4, ligne 196), les « *mises en situation lors des visites à domicile* » (E1, ligne 128-129 ; E2, ligne 106 ; E3, ligne 209) et « *la réadaptation au domicile* » (E3, ligne 193) qui comprend « *l'aménagement du domicile* » (E1, ligne 130) et « *les moyens de compensations* » (E5, ligne 149) donneraient plus de possibilités aux ateliers.

Pour 33% des ergothérapeutes il faut développer « *L'accompagnement individuel* » (E5, ligne 135 ; E6, ligne 130), les « *ateliers de prévention directement au domicile* » (E3, ligne 207 ; E5, ligne 143), et « *le relais avec l'extérieur* » (E2, ligne 104 ; E3, ligne 209 ; E4, ligne 187). L'approche d'un « *dossier présentant les bénéfices et les risques des ateliers de prévention* » (E4, ligne 184) permettraient de consolider les arguments en faveur d'une ouverture d'un atelier au sein de l'hôpital.

V. L'engagement dans les occupations de la personne âgée

V.1 l'évaluation des occupations

En pratique, deux tendances se dessinent :

- 67% des ergothérapeutes « *font une évaluation spécifique des occupations* » (E1, ligne 149 ; E2, ligne 115 ; E3, ligne 225 ; E4, ligne 204 ; E6, ligne) : Cette évaluation spécifique se déroule, tout d'abord, avec « *un entretien du patient* » (E3, ligne 226 ; E4, ligne 205 ; E6, ligne), puis de « *la famille* » (E4, ligne 208). Il y a ensuite « *un accompagnement individuel* » (E1, ligne 149 ; E2, ligne ; E3, ligne 225 ; E4, ligne 207) lors des « *mises en situation* » (E1, ligne 141 ; E3, ligne 226 ; E4, ligne 213 ; E6, ligne 151-152) « *des activités de soins personnels* » (E1, ligne 148 ; E4, ligne 214), à « *l'hôpital* » (E4, ligne 212) ou dans le cadre « *des visites à domicile* » (E4, ligne 224). « *L'évaluation se met en place avant chaque retour à domicile* » (E2, ligne 115).

- 17% des ergothérapeutes ne font « *pas d'évaluation spécifique des occupations* » (E5, ligne 160). En effet, « *selon l'étayage au domicile et la demande de l'équipe* » (E5, 161-163), il n'y a « *pas nécessairement besoin d'évaluer spécifiquement les occupations* » (E5, ligne 175). En cas de doute, les ergothérapeutes peuvent « *demander plus de précisions au aides-soignantes qui elles évaluent systématiquement les occupations* » (E5, ligne 169).

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés mentionne qu'idéalement, « *l'évaluation des occupations devrait être faites au domicile* » (E1, ligne 155 ; E2, ligne ; E3, ligne 230 ; E4, ligne 220 ; E5, ligne 178 ; E6, ligne 147) par « *des mises en situation* » (E5, ligne 184 ; E2, ligne 121), dans le cadre des visites à domicile (E1, ligne 156 ; E5, ligne 184). En effet, l'évaluation des occupations à l'hôpital ce n'est pas toujours très représentatif (E6, ligne 147-148). Cependant, il est compliqué d'aller au domicile pour des « *raisons d'organisation et de logistique* » (E6, ligne 149) les ergothérapeutes essaient de « *reproduire le domicile à l'hôpital, le plus fidèlement possible* » (E4, ligne 221) afin de déclencher « *une projection du patient* » (E3, 230-231).

V.2 la prise en compte du domicile

L'hôpital étant « *un environnement pas forcément adapté* » (E6, ligne 160-161) car loin des réalités du domicile, la prise en compte du domicile, par « *les visites* » (E1, ligne 166) (E5, ligne 198 ; E6, ligne 150) sur le lieu de vie des patients, « *permet un transfert des acquis* » (E2, ligne 128 ; E3, ligne 249 ; E5, ligne 194) au niveau « *des automatismes réels* » (E1, ligne 166). Pour ce faire, il est nécessaire d'établir une « *collaboration* » (E1, ligne 180) autour d'une « *discussion entre le thérapeute, la famille et le patient* » (E4, ligne 242). C'est à « *l'ergothérapeute de s'adapter au domicile du patient* » (E1, ligne 176 ; E3, ligne 250) par le maintien des « *habitudes de vie* » (E1, ligne 180 ; E5, ligne 197), dans une limite de sécurité.

4. Discussion

I. Interprétation des résultats

I.1 l'impact de la chute

La chute est « multifactorielle » (E2, ligne 8). En effet, les facteurs de risques de chute sont divers. Ils sont classés en 3 facteurs de chute : les facteurs liés à la personne, les facteurs liés à l'environnement et les facteurs liés à ses comportements (Fauchard & Le Cren, 2009).

Le contexte de chute révélant l'évènement traumatique peut être amené de deux manières différentes. D'une part, l'isolement de la personne âgée peut de manière « plus ou moins consciente » (E5) déclencher une chute pour que l'on s'occupe d'elle. D'autre part, il arrive de manière beaucoup plus fréquente que la chute entraîne des « traumatismes psychiques » (E1, E3). En effet, la valeur traumatique de la chute peut donner des répercussions psychologiques mais le facteur dépressif peut aussi bien se révéler par une chute (Le Borgne, 2014).

La personne âgée après une chute apparaît comme un individu fragile. La chute renvoie à une « prise de conscience de la fragilité » (E3, ligne 7) de la personne âgée. Les personnes âgées fragiles peuvent potentiellement développer ou aggraver leur dépendance lorsque surviennent des évènements telle qu'une chute (Béland & Michel, 2013).

Après une chute, on retrouve très souvent un traumatisme psychique marqué par des angoisses encore appelé « syndrome post chute » (E5). Le temps passé « au sol et les fractures ont des conséquences en termes de stress » (E3, ligne 10). L'appréhension de la chute est un facteur qui se surajoute et qui « favorise l'apparition d'une nouvelle chute » (E2). Il existe différents facteurs favorisant les appréhensions de la chute qui sont le nombre de chute, la gravité de la chute, le sexe féminin, le temps passé au sol (Gaxatte et al., 2011). Or, l'appréhension de la chute va avoir tendance à engendrer « une réduction

des activités » (E1, E5). On peut alors parler de perte occupationnelle (Townsend et al., 2013) qui a tendance à entraîner un impact négatif à plus ou moins longue échéance.

I.2 la collaboration entre l'ergothérapeute et la personne âgée

La collaboration entre l'ergothérapeute et la personne âgée passe par l'élaboration d'un projet de vie. Les attentes (E6) de la personne âgée sont importantes à prendre en compte. La connaissance des « occupations antérieures à la chute » (E1) (E4), « les habitudes de vie » (E2, E6), et « son environnement » (E6) sont nécessaires. En effet, il est important de préciser les activités significatives (E2) de la personne âgée afin de développer sa motivation (E4). Ces activités sont priorisées : 50% des ergothérapeutes mentionnent qu'ils favorisent « les activités basales » par rapport « aux activités de loisirs » (E1, E3, E2). La « collaboration entre le thérapeute et le patient » (E1, E4, E5) est nécessaire car elle « vise la promotion de l'occupation du patient qui peut être une personne, un groupe, un organisme » (Lievin, 2015). Le thérapeute convie le patient à participer en tant qu'acteur à la satisfaction de ses besoins et de ses attentes (Lievin, 2015).

33% des ergothérapeutes (E3, E5) soutiennent que le maintien de l'équilibre occupationnel chez la personne âgée se base sur une « collaboration ». Pour tendre vers cet équilibre, il est nécessaire au préalable d'avoir l'adhésion du patient (E4). L'équilibre occupationnel est un concept où l'on tend vers une harmonie idéale entre chaque catégorie d'occupation (loisirs, soins personnels et productifs) (Morel-Bracq et al., 2015). Cet équilibre permet à la personne et notamment à la personne âgée de s'engager dans les occupations. (Townsend et al., 2013).

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés réalise « l'entretien » (E1, E2, E3, E4, E5, E6). Même s'il y a des différences dans le choix du cadre conceptuel, l'importance du contexte de vie ou de l'environnement reste incontournable. La gériatrie est un domaine complexe liée aux histoires et habitudes de vie qui influencent la performance occupationnelle. (Margot-Cattin, 2009). Il est normal que l'évaluation tienne compte de la personne et de son entourage. Les renseignements sur son lieu d'habitation et son mode de vie sont déterminants en cas de retour au domicile. (Kalfat, 2009) Une auto-évaluation pendant l'entretien permet de préparer l'accompagnement par la discussion, la

reformulation et l'élaboration du projet de vie de la personne en concertation avec l'ergothérapeute et la famille (Caire, 2008). En effet la majorité des ergothérapeutes interrogés réalise l'évaluation de la satisfaction de la personne âgée sans passer par la MCRO mais par des demandes orales lors de l'entretien (E3, E4, E5, E6).

La pratique du modèle MCRO-P centrée sur la personne (Lievin, 2015) augmente la compliance et la satisfaction de la personne à la thérapie en apportant de meilleurs résultats fonctionnels (Margot-Cattin, 2009). Lors de l'entretien 33% des ergothérapeutes se basent sur les termes de la MCRO sans vraiment « utiliser les items » (E3, E4). En effet, beaucoup d'ergothérapeutes pratiquent leur métier sans être pourvu d'un modèle conceptuel de manière explicite. L'accompagnement d'une personne passe par une réflexion sur sa pratique. Ses choix de pratiques sont directement liés à la représentation sociale du thérapeute et de ce qu'il veut lui apprendre. Avant d'entreprendre un accompagnement, les modèles conceptuels permettent de donner une ligne directrice ; c'est pourquoi, il est important de les connaître. Ces modèles sont connus des ergothérapeutes dans leur formation mais leurs mises en place difficiles sur leurs lieux de travaux ont tendance à les déstabiliser. Les ergothérapeutes s'appuient alors sur leur identité et leur représentation pour choisir le modèle conceptuel (Platz, 2008).

I.3 La personne âgée au centre de la filière gériatrique

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés soutient qu'il s'inscrit dans une filière gériatrique. En effet, la filière de soins en gériatrie doit permettre un accompagnement médico-psycho-social, gradué, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique pour chaque personne âgée quel que soit son lieu de résidence (Circulaire 28 mars 2007). La filière gériatrique vise à répondre avec « souplesse aux problèmes médicaux et médico-sociaux posés par la personne âgée » (Bazerolles & Bourellis, 2009).

Il est important que l'ergothérapeute « travaille en lien dans le service » (E4) gériatrique. En effet l'ensemble des professionnels mentionne l'importance du travail en lien avec les professionnels de soin : « L'assistante sociale, le moniteur d'activité physique adapté, la neuropsychologue. » (Cf. figure 2). Les ergothérapeutes interrogés

révèlent des différences de compositions dans les équipes des différents services des hôpitaux (Cf. figure 2). Selon (Bazerolles & Bourellis, 2009), la liste des professionnels intervenants en gériatrie, n'est pas exhaustive, et les équipes sont très différentes selon les services. Cela oblige à mettre au clair le rôle et la complémentarité de chacun selon chaque service. L'ergothérapeute peut agir soit individuellement soit en binôme avec un autre professionnel sanitaire ou social. L'ergothérapeute qui travaille auprès de la personne âgée agit en relation avec l'équipe pluridisciplinaire. La coordination de chaque professionnel doit pouvoir être définie afin de connaître les rôles et les missions de chacun. « Peut-être plus que d'autres disciplines, la gériatrie nécessite une approche globale et interprofessionnelle » (Bazerolles & Bourellis, 2009). Après que les professionnels s'associent dans un projet commun, la transdisciplinarité peut favoriser une bonne santé mentale des personnes âgées et de leur famille (Personne, 2010).

Bien que les dispositifs de la filière gériatrique (ESAD, MAIA...) « soient connus en théorie » (E3 E4), il est « parfois compliqué de s'y retrouver pour les familles » (E4), d'ailleurs, il semble que les meilleurs interlocuteurs directs soient le binôme ergothérapeute - assistante sociale. 67% des ergothérapeutes sondés (E2,E5,E1,E4) soutiennent que l'ergothérapeute a un lien direct avec l'assistante sociale. Cette dernière se met en relation avec les réseaux de santé. Selon le site réseaux gérontologiques, les réseaux de santé sont un ensemble de professionnels réuni autour d'une personne âgée dépendante afin d'apporter une réponse appropriée aux besoins des personnes âgées désirants rester à leur domicile. Ils coordonnent l'accompagnement en permettant le maintien à domicile dans des conditions optimales. Les réseaux de santé sont parfois directement rattachés dans les hôpitaux et d'autres sont réparties hors des centres de soin. Au vu des éléments rapportés par les ergothérapeutes, la communication avec ces réseaux est facilitée par la proximité : si le réseau de santé est intégré dans l'hôpital, les échanges seront facilités. A l'inverse, plus le réseau est éloigné moins il y a « de retour » (E3).

I.4 La préparation du retour à domicile

Le choix de la sortie d'hospitalisation se fait en concertation avec « le médecin » (E3) et l'équipe pluridisciplinaire. Les retours sur les durées moyennes de séjour diffèrent d'un hôpital à l'autre, d'après les ergothérapeutes interrogés. En effet, la durée moyenne de séjour correspond « au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital »

(OCDE, 2013). Elle s'obtient « en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une année par le nombre des admissions ou sorties » (OCDE, 2013). Cela signifie donc que chaque hôpital a sa durée moyenne de séjour propre et change chaque année.

Les ergothérapeutes interrogés révèlent des différences de passation de bilans dans les différents hôpitaux. Les critères facilitant le choix de l'outil de mesure sont : la métrologie, la pertinence, et l'utilisation. L'évaluation est un outil de mesure créé par des personnes dans un contexte précis. En effet, les outils de mesure validés ou maisons reflètent le cadre de référence dans lequel il a été élaboré. L'évaluation en ergothérapie passe par la clarification des problématiques de la personne par la cotation et l'interprétation des bilans. Il faut donc s'intéresser aux liens entre les occupations de la personne dans son environnement avec une approche centrée sur la personne (Margot-Cattin, 2009).

Il existe des disparités entre les ergothérapeutes interrogés sur la mise en place des ateliers de prévention des chutes. 50% des ergothérapeutes les mettent en place dans leur service. Selon le stade de la chute de la personne âgée, l'accompagnement est différent. En effet, les services interrogés ne sont pas centrés sur les mêmes problématiques. Le processus d'action de l'ergothérapeute est dépendant du niveau de risque et de la personne âgée. On peut regrouper ces interventions en 2 plans d'actions lorsque la chute est survenue : un programme de prévention secondaire ou un programme de prévention tertiaire (Boyer & Bellemare, 2009). Le niveau de risque modéré est un programme de prévention secondaire en groupe destiné à des personnes âgées volontaires motivés et autonomes qui résident à domicile ou à l'hôpital après une ou plusieurs chutes. Les ateliers de préventions de chute permettent une resocialisation, une réassurance et une réappropriation de leur corps (Schoenenburg, Corteel, Pardessus, & Puisieux, 2015). La limite la plus importante représente les « contraintes de temps, d'organisation et de mise en place » (E4, E2, E5, E6). Pour 33% des ergothérapeutes interrogés, les ateliers de prévention des chutes ne permettent pas un « transfert dans le quotidien » (E1, E2) car leurs « fréquences sont trop faibles » (E6, E3). Les « ateliers de prévention directement au

domicile » (E3, E5), et « le relais avec l'extérieur » (E2, E3, E4) permettraient de pallier aux limites de ces ateliers.

Pour 33% des ergothérapeutes « l'accompagnement individuel » (E5, E6) doit être poursuivie en parallèle de l'atelier en groupe.

Le niveau de risque élevé est un programme de prévention tertiaire en individuel destiné à des personnes âgées fragiles ayant déjà chuté. Le programme de prévention tertiaire propose une rééducation en ergothérapie et/ou des moyens de compensation qui peut débiter par la projection d'un diaporama explicitant les facteurs de risques de chutes (Boyer & Bellemare, 2009). Le thérapeute passera par de la « valorisation et de l'encouragement » (E5) à travers un « accompagnement psychologique » (E5). L'ergothérapeute vise à augmenter la performance occupationnelle au niveau de la rééducation, réadaptation ou de la réinsertion (Margot-Cattin, 2009).

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés mentionne qu'idéalement, « l'évaluation des occupations devrait être faite au domicile » (E1, E2, E3, E4, E5, E6) par « des mises en situation » (E5, E2), dans le cadre des visites à domicile (E1, E5). L'hôpital étant « un environnement pas forcément adapté » (E6) car loin des réalités du domicile. La personne âgée pourra expérimenter sur son lieu de vie par des mises en situation de la vie quotidienne telles que la cuisine, ou le ménage...afin de réduire l'appréhension de la chute. Cela permettra aussi d'évaluer la double tâche et les stratégies de déplacements (Boyer & Bellemare, 2009). Ces évaluations en situation écologique lors des visites à domicile permettent de réadapter le patient dans ses activités de vie quotidienne (Blond, 2015).

50% des ergothérapeutes évoquent « la réadaptation au domicile » (E3) qui comprend « l'aménagement du domicile » (E1) et « les moyens de compensations » (E5). Elle pourrait pallier aux limites des ateliers de prévention des chutes. L'ergothérapeute après avoir préconisé divers moyens de compensations, doit s'assurer de l'acceptation de la personne âgée sur un aménagement du domicile, une restriction d'activité ou une suppléance par une aide technique. L'adjonction d'une aide technique ou l'aménagement du domicile peuvent réduire certains risques présents mais en fabriquer de nouveaux. Le

risque permet l'indépendance et constitue un facteur de l'expérience nécessaire à la prise de conscience de la personne (Kuhne, Bedin, Chappuis, 2015).

Un entretien avec « la famille par la suite permettra d'établir le mode de vie » (E5, E6, E3). Il convient de connaître les caractéristiques intrinsèques de la personne à travers un entretien avec « la personne qui la connaît le mieux ». Cet entretien permet de renseigner sur les problématiques physiques et sociales de l'environnement de la personne, ainsi que ses habitudes de vie, ses occupations, et ses rôles. L'entretien éclaire également les attentes quant à l'avenir de la personne âgée. (Kalfat, 2009)

Deux courants s'opposent quant à la place des aides humaines ou matériels : Cette discordance peut s'expliquer par les différences de services auxquels ils exercent. D'un côté, la poursuite par « des aides humaines ou matérielles peuvent aider à maintenir ses activités » (E4). De l'autre, « l'étayage professionnel » (E5) ne doit pas être trop conséquent car il peut être un frein à la reprise de certaines occupations. Les professionnels du domicile culpabilisent sur le fait que leur intervention peut ne pas inciter la personne à essayer de réaliser elle-même ses occupations ou qu'à contrario leur non intervention peut occasionner une prise de risque. Il faut privilégier les risques contrôlés car les expériences risquées de la personne âgée renforcent la confiance avec l'aidant. « On avance grâce aux risques ». En effet, la réussite stimule la volonté de la personne. (Kuhne, Bedin, Chappuis, 2015).

II. Retour sur la problématique et sur les hypothèses

La question de recherche cherchait à répondre à la question suivante : comment l'ergothérapeute peut intervenir sur les risques pris lors de la réalisation des occupations de la personne âgée après une chute à son domicile ? Autrement dit comment prendre en compte les risques potentiels de chute de la personne âgée dans son quotidien. L'hypothèse émise était que l'ergothérapeute intervient sur les risques pris lors de la réalisation des occupations de la personne âgée après une chute à son domicile dans le cadre des mises en situation écologique lors des visites au domicile. Grâce à cela, l'ergothérapeute pourrait alors voir le sens que prend chaque occupation dans le quotidien de la personne âgée.

Il n'y a pas assez d'éléments justifiant l'hypothèse. En effet, la moitié des ergothérapeutes interrogés vont dans le sens de l'hypothèse. De plus, pour se prononcer il faudrait interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes.

L'ergothérapeute réalise les mises en situation à l'hôpital mais il ne peut pas toujours les mettre en place au domicile pour des raisons de temps, d'organisation interne à la structure.

III. Intérêts et limites de la recherche

III.1 Intérêts

Cette recherche a permis de comprendre l'impact de la chute sur les occupations des personnes âgées, de comprendre le fonctionnement de la filière gériatrique permettant un retour au domicile. Il permet d'en apprendre davantage sur les possibilités et les limites des interventions des ergothérapeutes, au sein d'hôpitaux gériatriques, quant à la prévention des risques de chute.

Ce travail de recherche évoque l'ambivalence d'un accompagnement préventif de la chute à l'hôpital qui ne peut se séparer d'une prise de risque possible et inévitable de la personne âgée une fois au domicile. Or, cette prise de risque peut être bénéfique dans le sens où la personne retrouve un rôle social, une identité grâce à la reprise de ses occupations.

L'importance d'une filière gériatrique par un suivi interprofessionnel de la personne âgée après une chute permettant de faire le relais hôpital-domicile a été présentée.

Les entretiens avec les ergothérapeutes ont été enrichissants pour cette recherche. Les entretiens menés par téléphone, ont permis à l'investigateur de ne pas influencer les questions au fur et à mesure de leur déroulement. Des approches différentes selon le lieu de pratique et l'expérience dans ce domaine ont pu être recueillies. Ils ont été généreux dans l'apport de leur connaissance sur le sujet et notamment une fois l'entretien terminé.

III.2 Limites

En regard de la partie théorique, il a fallu du temps pour cibler d'avantage le sujet afin de ne garder que l'essentiel des informations nécessaires à la recherche. Un travail de synthétisation des informations sélectionnées s'est mis en place.

Pour l'approche méthodologique, une rencontre en face à face entre l'investigateur et l'ergothérapeute aurait sans doute pu apporter d'autres éléments. Il aurait été enrichissant de recruter un nombre plus important d'ergothérapeutes pour apporter davantage à cette recherche.

IV. Recherches futures,

Il serait intéressant d'évaluer le nombre et les modalités d'exercices des ergothérapeutes dans le cadre d'ateliers de prévention des chutes directement fait à domicile. Pour continuer cette recherche il est possible d'accès le travail sur le relais possible par les assurances/mutuelles des personnes âgées, ou les mairies mettant en place des ateliers de prevention des chutes afin de permettre un maintien à domicile. Cette recherche aurait pu se tourner davantage sur les nouvelles technologies à domicile.

Conclusion

La chute de la personne âgée est multifactorielle. On la définit selon trois facteurs de risque : les facteurs liés à la personne, les facteurs liés à l'environnement et les facteurs de comportement (Fauchard & Le Cren, 2009). La chute fait apparaître la personne âgée comme un individu fragile. Le traumatisme psychique révèle très souvent un syndrome post chute allant de la perte de l'élan vitale à une diminution des occupations.

La collaboration entre l'ergothérapeute et la personne âgée est basée sur une approche centrée sur le patient permettant d'augmenter la compliance et la satisfaction de la personne âgée en apportant des meilleurs résultats fonctionnels (Margot-Cattin, 2009). Cette collaboration permet de tendre vers un équilibre occupationnel difficile à obtenir entre chaque catégorie d'occupation (soins personnels, loisirs, productivité). Il est nécessaire de s'attarder sur l'entretien en priorisant les activités significatives pour la personne âgée afin d'élaborer un projet de vie. La MCRO est l'outil de choix pour se centrer sur les occupations ayant du sens pour la personne. En effet l'auto évaluation de la MCRO permet d'évaluer la satisfaction de chaque occupation.

La filière gériatrique répond « avec souplesse aux problèmes médicaux et médico-sociaux posés par la personne âgée » (Bazerolles & Bourellis, 2009). Il est important que le thérapeute travaille en lien avec le service par une approche transdisciplinaire. Le binôme Ergothérapeute et assistance sociale font le relais des informations aux différents réseaux de santé et à l'aidant. Le choix de la sortie d'hospitalisation passe par une durée moyenne de séjour variable entre chaque hôpital. L'outil de mesure de l'ergothérapeute dépend du critère de métrologie de pertinence et de son utilisation. Selon le stade de la chute de la personne âgée l'accompagnement va être différent. Pour un niveau de risque modéré un programme de prévention secondaire de groupe sera destiné à des personnes âgées volontaires motivées et autonome qui résident à domicile ou à l'hôpital après une ou plusieurs chutes (Boyer & Bellemare, 2009). Un niveau de risque élevé s'accompagnera d'un programme de prévention tertiaire en individuel destiné à des personnes âgées fragiles ayant déjà chutés. L'évaluation des occupations devra être faite au domicile pour réduire l'appréhension de la chute. L'évaluation en situation écologique lors des visites à

domicile permettront de réadapter le patient à ses activités de vie quotidienne. (Blond, 2015) l'adjonction d'une aide technique ou l'aménagement du domicile peuvent réduire certains risques présents mais en fabriquer de nouveaux. Il faut privilégier les risques contrôlés car les expériences réussies par la personne âgée vont favoriser la confiance avec les aidants et lui permettre de se resocialiser.

Les risques contrôlés de la personne âgée sont bénéfiques pour une reprise des occupations. Les mises en situation au domicile par l'ergothérapeute permettent d'encadrer la prise de risque de la personne âgée. En effet, le dialogue avec la personne âgée, la famille et les aides au domicile permettent de développer au mieux de nouvelles habitudes de vie.

Il est aussi intéressant de voir l'intérêt et les modalités de mises en place de nouvelles technologies telle qu'une caméra intelligente qui détecterait les comportements anormaux à domicile et les chutes. Le cryptage des images est une procédure stricte qui assure le respect de l'intimité de la personne. Au moindre signe, la camera enverrait une alerte à destination d'une plateforme confidentielle de vidéo-vigilance qui la répercuterait vers des aidants désignés si la chute est confirmée. Elle favoriserait ainsi la compréhension précise de la cause de la chute permettant d'adopter par les ergothérapeutes des stratégies de prévention encore plus ciblés.

Bibliographie

- Arfken, C. L., Lach, H. W., Birge, S. J., & Miller, J. P. (1994). The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *American Journal of Public Health, 84*(4), 565–570.
- Arrête du 23 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'ergothérapeute BO Santé – protection sociale –Solidarité n°/210/07 du 15 août 2010, 163-289. Consulté à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>
- Bazerolles, M-C. (2009). Les spécificités de l'intervention à domicile auprès des familles et des aidants. Dans Trouvé, E. (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (p. 63-83). Marseille : Solal.
- Bazerolles, M-C, Borellis (2009). La filière gérontologique et gériatrique : parcours de vie/parcours de soins. Dans Trouvé, E. (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (p. 39-62). Marseille : Solal.
- Béland, F., Michel, H. (2013). *La fragilité des personnes âgées : Définitions, controverses et perspectives d'action*. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Bloch, F. (2015). Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 15*(88), 188–190.
- Blond, H. (2015). La visite préalable au retour à domicile. *Soins Gérontologie, 20*(113), 20–22.
- Bouchez, A., Brunel P., Chalopin, M. (2015). La consultation en assise et positionnement. La place de l'ergothérapie dans l'évaluation pluridisciplinaire. *Le journal de l'orthopédie, 16*(58), 2671–2672.
- Boyer, M-N., Bellemare, L. (2009). La prévention des chutes et l'avancée en âge. Dans Trouvé, E. (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (p. 203-221). Marseille : Solal.
- Caire, J-M. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Marseille : Solal.
- Caire, J-M. (2008). Place de l'autoévaluation dans le processus de soin. Dans Caire, J.-M. (dir.), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités (172-177)*. Marseille : Solal.
- Circulaire n°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques - ministères des affaires sociales et de santé - Plan solidarité grand âge 2007-2012. Consulté à l'adresse : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
- De Stampa, M., Bagaragaza, E., Herr, M., Aegerter, P., Vedel, I., Bergman, H., & Ankri, J. (2014). Utilisation des services d'aide et de soins à domicile pour les personnes

- âgées en situations complexes : comparaison entre trois types de coordination gériatologique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 62(5), 315–322.
- De Jaeger, C. (2011). Les théories du vieillissement. *Médecine & Longévité*, 3(4), 153–154.
- De Jaeger, C. (2011). Physiologie du vieillissement. *EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation*, 7(2), 1–8.
- Ennuyer, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation* (Deuxième édition). Dunod
- Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées – recommandation de bonnes pratiques professionnelles - haute autorité de santé, 1-75. Consulté sur : <http://www.has-sante.fr>
- Fauchard, T., & Le Cren, F. (2009). Présentation du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). *Science & Sports*, 24(3–4), 152–159.
- Gaxatte, C., Nguyen, T., Chourabi, F., Salleron, J., Pardessus, V., Delabrière, I., Puisieux, F. (2011). Fear of falling as seen in the Multidisciplinary falls consultation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(4), 248–258.
- Jean, C., & Tobie, C. (2015). Sortie d'hospitalisation, le juste moment. *Soins Gériatologie*, 20(113), 17–19.
- Jeandel, C., & Vigouroux, P. (2009). La filière de soins gériatrique : un élément clé du « programme pour la gériatrie ». *Les cahiers de l'année gériatologique*, 1(3), 132–148.
- Kalfat, H. (2009). La démarche thérapeutique en ergothérapie, outils conceptuels, diagnostic et organisation du processus de soin. Dans Trouvé, E. (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (p. 85-97). Marseille : Solal.
- Kühne, N., Chappuis, M., Bedin M.G., (2013). Risques et promotion de la santé chez les personnes âgées vivant seules à domicile. *Revue en ergothérapie suisse*, janvier 13.
- Kühne, N., Chappuis, M., Bedin M.G., (2015). Risque et autonomie chez la personne âgée. Dans Morel-Bracq, M.-C, et al. (dir.) *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p. 165-175). Paris : De Boeck-Solal.
- Le Borgne, S. (2014). La chute chez la personne âgée : une modalité suicidaire ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 14(83), 285–289.
- Lievin, J.-C. (2015). *L'ergothérapie en action sociale : une approche multidimensionnelle des situations de handicap*. Paris : l'Harmattan.
- Mahamdia, R., Li Peng, C., Fernandes, A.-S., Issoulie, L., Baume, M., & Le Quintrec, J.-L. (2015). La filière orthogériatrique : une prise en charge d'avenir. *Soins Gériatologie*, 20(114), 22–25.
- Margot-Cattin, I. (2009). L'évaluation ergothérapique en gériatrie et gériatologie. Dans E. Trouvé (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (p. 181-190). Marseille : Solal.
- Mauzy-Zing, C., Navarre, É., Cathelin, O., Sainon, A., & Laudet, J. (2009). Projets de vie et projets de soins personnalisés dans les hôpitaux gériatologiques.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck : Solal.

- Morel-Bracq, M.-C., & Hernandez, H. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille : Bruxelles : Solal ; de Boeck.
- Morel-Bracq, M.-C., Offenstein, E., Quevillon, E., Riguet, K., Hernandez, et al. (2015). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?*. Paris : De Boeck-Solal.
- Mourey, F. (2009). Rééducation en gériatrie. *EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation*, 5(1), 1–10.
- OCDE. (2011). *Panorama de la santé 2011*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Personne, M. (2010). Le diagnostic transdisciplinaire. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie* (17), 334–337.
- Pin, S., Spini, D., Bodard, J., & Arwidson, P. (2015). Facteurs facilitant et entravant la participation des personnes âgées à des programmes de prévention des chutes : une revue de la littérature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 63(2), 105–118.
- Plan solidarité grand âge 2007-2012 présenté par Philippe BAS - Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes Handicapées et à la Famille, du 27 juin 2006, 1-39. Consulté à l'adresse :
En ligne : http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
- Platz, F. (2008). Comment les modèles influent sur notre pratique. Dans Caire, J.-M. (dir.), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Marseille : Solal. *Définitions, controverses et perspectives d'action* (p. 121-125). Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée - novembre 2005 – haute autorité de santé - Recommandations pour la pratique clinique, 1-11.
Consulté à l'adresse : <http://www.has-sante.fr>
- Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile- mai 2005 - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - référentiel de bonnes pratiques – 12 – 155.
Consulté sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- Ribes, G., & Poussin, M. (2014). Les enjeux de la résilience chez les personnes âgées. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 8(6), 592–598.
- Schoenenburg, S., Corteel, C., Pardessus, V., & Puisieux, F. (2015). L'atelier de relever du sol : une action préventive visant à lutter contre les complications des chutes chez le sujet âgé. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation En Médecine Physique et de Réadaptation*, 35(4), 227–232.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Deuxième édition). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Trouvé, É. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille : Solal.

Webographie :

- Banque de donnée en santé publique, *Kitchen Task Assessment*. En ligne : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/286442/>. Site récupéré le 15 février 2016
- Center for Innovative OT Solutions, *Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)*. En ligne : <http://www.innovativeotsolutions.com/content/amps/>. Site récupéré le 15 février 2016
- Cofemer, *index de Bartel*. En ligne : <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Barthel2.pdf>. Site récupéré 20 mai 2016
- France tv info, *Prévenir les chutes chez les seniors grâce à des caméras intelligentes*. En ligne : http://www.francetvinfo.fr/sante/senior/prevenir-les-chutes-chez-les-seniors-grace-a-des-cameras-intelligentes_1401691.html?platform=hootsuite. Site récupéré 19 mai 2016
- Institut national de la statistique et des études économiques, *population par âge*. En ligne : <http://www.insee.fr/>. Site récupéré le 4 décembre 2015.
- Larousse, *dictionnaire français*. En ligne : <http://www.larousse.fr/>. Site récupéré le 1^{er} janvier 2016
- Ministère des affaires sociales et de la santé, *les unités de soins de longue durée*. En ligne : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-usld-unites-de-soins-de-longue>. Site récupéré 20 mai 2016
- Organisation mondiale de la santé, *les chutes*. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>. Site récupéré le 28 décembre 2015
- Papidoc, *grilles d'Ylief*. En ligne : <http://papidoc.chic-cm.fr/28grillesdylied.html>. Site récupéré 20 mai 2016
- Réseaux gérontologiques, *qu'est-ce qu'un réseau ?* En ligne : <http://www.reseaux-gerontologiques.fr/category/definition-reseau-gerontologique>. Site récupéré 20 mai 2016

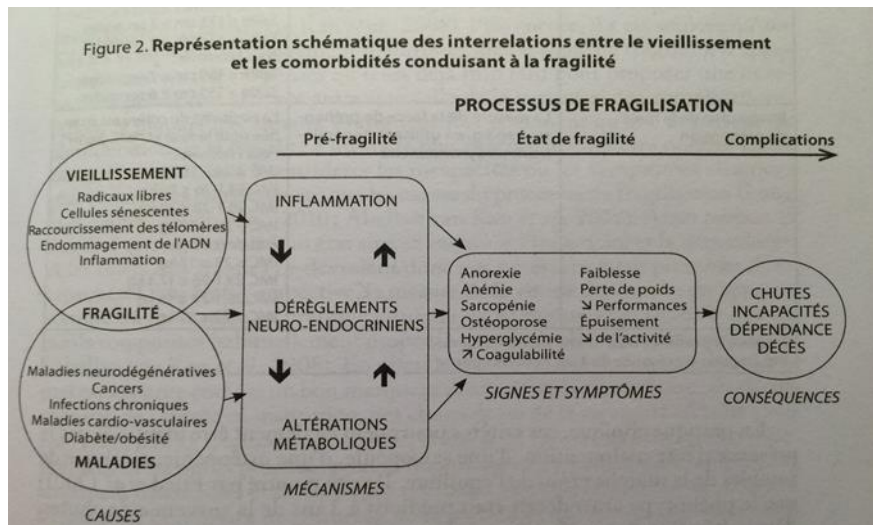
❖ Littérature grise :

- Cours Docteur GALLIN

Table des annexes

Annexes.....	51
Annexe I : la fragilité des personnes âgées.....	I
Annexe II : le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation MCRO-P	II
Annexe III : Guide d’entretien.....	III
Annexe IV : Grille d’analyse vierge	V
Annexe V : Mail de contact à destination des ergothérapeutes	X
Annexe VI : Formulaire d’information	XI
Annexe VII : Formulaire de consentement.....	XII
Annexe VIII : Entretien ergothérapeute 1 (E1)	XIII
Annexe IX : Entretien ergothérapeute 2 (E2)	XVIII
Annexe X : Entretien ergothérapeute 3 (E3)	XXII
Annexe XI : Entretien ergothérapeute 4 (E4)	XXIX
Annexe XII : Entretien ergothérapeute 5 (E5).....	XXXVI
Annexe XIII : Entretien ergothérapeute 6 (E6).....	XLII
Annexe XIV : grilles d’analyses.....	I

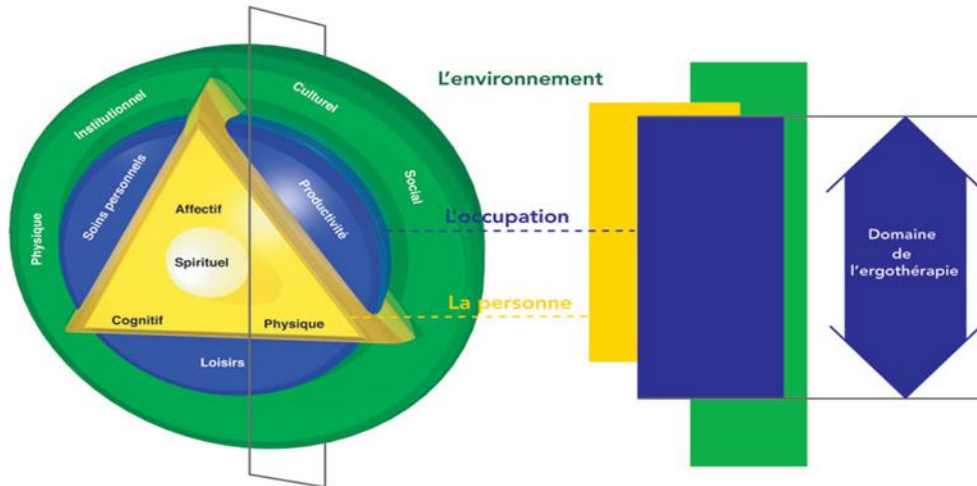
Annexe I : La fragilité des personnes âgées



Béland, F., Michel, H., Collectif, & Lautman, A. (2013). *La fragilité des personnes âgées : Définitions, controverses et perspectives d'action*. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Annexe II : Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation MCRO-P

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). *Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*, dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)

Morel-Bracq, M.-C., & Hernandez, H. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille : Bruxelles : Solal ; de Boeck.

Annexe III : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN ERGOTHERAPEUTE

La chute de la personne âgée

1. Quels sens donnez-vous à la chute de la personne âgée ?

Définition : On peut dire que l'équilibre occupationnel est un concept ou l'on sous-entend qu'il existe une harmonie idéale entre chaque catégorie d'occupation (loisirs, soins personnels et productif) pour un même individu.

2. Comment maintenir un équilibre occupationnel pour le patient âgé ayant fait une chute ?

Le retour au domicile

3. Votre intervention s'inscrit-elle dans une filière gériatrique ? oui non

4. S'inscrire dans une filière gériatrique vous paraît-il indispensable pour un retour au domicile ?

5. La durée moyenne de séjour est-elle un atout au retour au domicile ? oui non
Pouvez-vous justifier ?

6. Quelle serait pour vous les limites d'un maintien au domicile pour la personne âgée ayant fait une chute ?

L'intervention en ergothérapie

7. Quelles évaluations effectuez-vous en gériatrie, pour un patient ayant fait une chute ?

8. Utilisez-vous l'outil MCRO ?

9. Quels sont les principales étapes d'accompagnement pour un patient ayant fait une chute ?

10. Quels bénéfices et limites voyez-vous dans la mise en place d'atelier de prévention des chutes ?

11. Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur les limites des ateliers de prévention des chutes ?

Spécificité de l'ergothérapeute : permettre l'engagement de la personne âgée dans ses occupations

12. L'évaluation des occupations avant un retour au domicile, se déroule-t-elle ?

Définition : On peut dire que l'occupation regroupe un ensemble d'activité qui a une signification et une valeur propre pour la personne. On les classe en 3 catégories : loisirs, soins personnels et de productivité.

Si oui, par quel professionnel, dans quel environnement et par quel type d'accompagnement (collectif ou individuel) ?

13. Pour que cela soit plus signifiant, où et comment pourrait se dérouler l'évaluation des occupations avant un retour au domicile ?

14. Evaluer vous aussi la satisfaction de la personne âgée dans la réalisation des occupations ?

Si oui comment ?

15. La prise en compte du domicile, lors de l'évaluation des occupations, vous semble-t-elle plus propice à un transfert des acquis, pour la personne âgée ayant fait une chute ? oui non

Le professionnel ergothérapeute

16. Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?

17. Dans quelle structure travaillez-vous ?

18. Depuis combien de temps exercez-vous en gériatrie ?

19. Exercez-vous dans une équipe pluridisciplinaire ou seule ?

20. Avez-vous des formations complémentaires ? oui non

Si oui lesquels ?

21. Quel est votre temps de travail ?

Annexe IV : Grille d'analyse vierge

Grille d'analyse sur La chute de la personne âgée

	La relation entre la chute et le vieillissement	L'équilibre occupationnel de la personne âgée
Ergothérapeute 1		
Ergothérapeute 2		
Ergothérapeute 3		
Ergothérapeute 4		
Ergothérapeute 5		
Ergothérapeute 6		
consensus		
Non consensus		

Grille d'analyse sur le retour au domicile du patient chuteur

	Le retour à domicile du patient chuteur		
	Filière gériatrique	La durée moyenne de séjour	Limites du maintien à domicile
Ergothérapeute 1			
Ergothérapeute 2			
Ergothérapeute 3			
Ergothérapeute 4			
Ergothérapeute 5			
Ergothérapeute 6			
consensus			
Non consensus			

Grille d'analyse sur l'intervention en gériatrie par l'ergothérapeute

	L'intervention de l'ergothérapeute					
	L'évaluation gériatrique	MCRO	étapes d'accompagnement	Atelier de prévention des chutes		
				Bénéfice	Limite	Axe d'amélioration
Ergothérapeute 1						
Ergothérapeute 2						
Ergothérapeute 3						
Ergothérapeute 4						
Ergothérapeute 5						
Ergothérapeute 6						
Consensus						
Non consensus						

Grille d'analyse sur l'engagement dans les occupations de la personne âgée.

	Lien entre l'occupation et environnement		
	L'évaluation des occupations		La prise en compte du domicile
	En pratique	idéalement	
Ergothérapeute 1			
Ergothérapeute 2			
Ergothérapeute 3			
Ergothérapeute 4			
Ergothérapeute 5			
Ergothérapeute 6			
Consensus			
Non consensus			

Grille d'analyse sur les professionnels ergothérapeutes

	Année de diplôme	service	Expérience en gériatrie	équipe	Temps de travail	Formation complémentaire
Ergothérapeute 1						
Ergothérapeute 2						
Ergothérapeute 3						
Ergothérapeute 4						
Ergothérapeute 5						
Ergothérapeute 6						

Annexe V : Mail de contact à destination des ergothérapeutes

Bonjour,

Actuellement en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le retour à domicile de la personne âgée après une chute au domicile.

Dans le cadre de mon investigation, Je souhaiterai interroger par le biais d'un entretien (environ 30 min) des ergothérapeutes exerçant en hôpitaux gériatriques.

L'objectif de cette recherche est de voir sur le terrain l'approche de l'ergothérapeute quant aux risques pris par les personnes âgées lors de la réalisation de leurs occupations après une chute au domicile.

Seriez-vous intéressé pour participer à ma recherche ?

Je vous remercie de l'attention que vous avez portée à ma requête.

En cas d'accord de votre part, je vous recontacterai dans un deuxième temps afin d'organiser notre rencontre.

Cordialement,

Pauline Bayet

pauleengg@gmail.com

06 18 68 24 67

Etudiante en ergothérapie IFE Lyon

X

Annexe VI : Formulaire d'information

LETTRE D'INFORMATION A DESTINATION DES ERGOTHERAPEUTES POUR LA PARTICIPATION
A UNE ETUDE DE MEMOIRE

Les mises en situation par l'ergothérapeute, un facteur de réussite dans le retour à domicile ?

Madame, Monsieur,

Je vous invite à participer à une étude de recherche dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Cette lettre d'information vous donne les modalités de l'étude.

Je vous propose de prendre le temps de lire et comprendre ces informations, afin de me demander si besoin des explications pour clarifier des notions.

Problématique de recherche : Comment l'ergothérapeute peut intervenir sur les risques pris lors de la réalisation des occupations de la personne âgée après une chute à son domicile ?

Déroulement de l'étude :

Je cherche à obtenir des informations quantitatives en vue de valider ou non mon hypothèse. C'est pourquoi, j'ai décidé de faire un entretien directif à destination des ergothérapeutes en hôpitaux gériatriques. Les entretiens vont durer une trentaine de minutes et seront enregistrés de manière anonyme pour pouvoir les retranscrire.

Risques potentiels :

Il n'y a aucun risque pris dans cette étude

Confidentialité :

L'ensemble des données collectées pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle.

Seul la responsable de l'étude pourra avoir accès à ces informations. Les résultats publiés dans ce mémoire seront anonymisés.

Vous avez la possibilité d'accepter comme de refuser de collaborer à cette recherche.

Vous êtes libre à tout moment de stopper votre participation sans avoir à le justifier.

Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à lire cette information. Dans le cas où vous seriez en accord pour participer à cette étude, je vous propose de signer le formulaire de consentement ci-après, et de me le renvoyer par email.

Annexe VII : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE DE MEMOIRE

Les mises en situation par l'ergothérapeute, un facteur de réussite dans le retour à domicile ?

Je soussigné(e)..... (nom prénom), accepte de participer à l'étude Maintien au domicile de la personne âgée après une chute entraînant une hospitalisation.

Les objectifs et les modalités de cette recherche m'ont été clairement expliqués par Mme BAYET Pauline, étudiante en troisième année d'ergothérapie de l'institut de formation en ergothérapie de LYON.

J'ai lu et compris la fiche explicative qui m'a été remise.

J'accepte que les informations soient enregistrées et anonymisées après traitement de celles-ci par l'étudiante. Le secret médical sera respecté et mon anonymat sera préservé.

J'ai la liberté d'accepter ou de refuser ma participation, et je suis libre d'arrêter à tout moment mon engagement dans cette étude.

Après avoir lu l'ensemble des informations, j'accepte de manière libre et volontaire à participer à l'étude proposée, en cochant la case suivante.

J'accepte les modalités pour participer à cette recherche.

Fait àle

Annexe VIII : Entretien ergothérapeute 1 (E1)

1. P : **Quels sens donnez-vous à la chute de la personne âgée ?**
2. **Je l'entends dans le sens ou est-ce que se sont les répercussions**
3. **psychologiques qui entraînent la chute ou la chute qui entraînent les**
4. **répercussions psychologiques ?**
5. E1 : Moi je travaille en neuro-gériatrie donc forcément je gère surtout la chute qui
6. entraîne un traumatisme. En effet, dans notre service c'est l'accident vasculaire
7. cérébrale (AVC) qui entraîne la chute. Par exemple, j'ai vu une dame en
8. consultation à distance de son accident vasculaire cérébrale, elle avait tellement
9. peur de chuter qu'elle a réduit ses activités. On sait que dans ce sens-là, elle risque
10. de chuter parce qu'elle fait trop attention. Elle n'est plus dans des gestes
11. automatiques, et comme elle réfléchit à tout, à un moment donné, elle va tellement
12. se poser de questions qu'elle risque de chuter. Je pense que l'on peut avoir les 2
13. cas c'est-à-dire les répercussions psychologiques qui entraîne la chute et l'inverse.
14. Avec l'âge c'est souvent la première chute qui entraîne l'ensemble.
15. P : **D'accord**
16. P : **Comment maintenir un équilibre occupationnel pour le patient âgé ayant**
17. **fait une chute ?**
18. E1 : Qu'est-ce que vous entendez par équilibre occupationnel ?
19. P : **Pour moi l'équilibre occupationnel est un concept ou l'on sous-entend**
20. **qu'il existe une harmonie idéale entre chaque catégorie d'occupation (loisirs,**
21. **soins personnels et productif) pour un même individu.**
22. E1 : pour moi l'équilibre occupationnel c'est de pouvoir réaliser ses tâches
23. antérieures en continuant à garder son autonomie... Je pense que la prise en
24. charge hospitalière en pluridisciplinaire (psychomotricienne, kinésithérapeutes...)
25. est importante puisqu'on les remet en station debout. On se centre sur les
26. occupations antérieures de vie mais notre accompagnement va se limiter aux
27. activités de base en gériatrie.
28. P : **Vous ne voyez pas une intervention purement ergothérapeutique il faut ce se**
29. **soit en pluridisciplinarité ?**
30. E1 : L'hôpital permet de redonner l'élan mais une fois à domicile si on ne peut pas
31. les suivre et bien c'est compliqué. Je pense vraiment que pour redonner un
32. équilibre occupationnel, il faut un minimum de suivi. Pour cela, la prise en charge
33. à domicile est nécessaire.
34. P : **si je comprends bien vous priorisez selon le projet de vie ?**
35. E1 : À l'hôpital en structure hospitalière on ne peut prioriser que sur les activités
36. essentielles, de bases, enfin élémentaires.
37. P : **Votre intervention s'inscrit-elle dans une filière gériatrique ?**
38. E1 : Oui forcément... Enfin, vous entendez quoi par filière gériatrique ?
39. P : **L'instauration d'un réseau de santé.**
40. E1 : Après ce n'est pas nous qui avons forcément des contacts avec les réseaux de

41. santé de proximité au domicile. Il nous contacte de temps en temps mais ce n'est
42. pas forcément nous, c'est plus l'assistante sociale. Par contre, notre compte rendu
43. va faire le contact.

44. P : **D'accord.**

45. P : **S'inscrire dans une filière gériatrique vous parait- il indispensable pour**
46. **un retour au domicile ?**

47. E1 : Je pense que plus il y aura des liens plus le patient se sentira en sécurité,
48. moins perdu dans un système. Faire du lien me semble indispensable. Même
49. rentrer à la maison le patient sait que s'il y a un souci, les intervenants du domicile
50. peuvent rappeler les médecins de l'hôpital.

51. Souvent ils nous recontactent, on leur laisse le numéro, c'est régulièrement que les
52. patients nous téléphonent et disent par exemple "Je n'arrive pas à faire cela
53. comment je fais ?"

54. P : **Vous restez en contact après, si besoin ?**

55. E1 : Ce n'est pas légalisé mais on reste en contact après le retour au domicile du
56. patient. Bien évidemment, si on avait un intervenant ergothérapeute au domicile,
57. on passerait le relais, mais comme il n'y en a pas. Pour la chute il y en a très peu
58. d'ergothérapeute qui interviennent en libéral, voir pas que je connaisse et il faut
59. que le patient ait les moyens, j'ai rarement rencontré.

60. P : **La durée moyenne de séjour est-elle un atout au retour au domicile ?**
61. **Pouvez-vous justifier ?**

62. E1 : En gériatrie on est plutôt embêté car on a des durées moyennes de séjour
63. (DMS) très courtes qui sont de l'ordre en court séjour gériatrique (CSG) de 3
64. semaines, en moyen séjour c'est 2 mois. Nous en neurologie, on a un peu plus de
65. temps c'est à dire 3 mois. Sans parler de la neurologie : je pense que pour certains
66. patient chuteurs tout court sans pathologie neurologique derrière, une prise en
67. charge assez précoce rapide et pluridisciplinaire, permet de les remettre vite à
68. domicile. Si on pouvait avoir un suivi à la maison et refaire ce travail dans les
69. activités du quotidien, se serait bénéfique. Les durées moyennes influencent donc.
70. Après l'hospitalisation qui dure est souvent néfaste pour certains patients.

71. L'exemple d'un : patient si on le gardait ici à l'hôpital, il allait tomber alors que
72. chez lui il reprend tous ses automatismes et ça se passe bien. L'augmentation du
73. temps d'hospitalisation, le stress, l'hospitalisation fait que ce monsieur est perdu,
74. il va naviguer partout dans tous les étages, il va descendre par les escaliers, ce qui
75. ne fait pas du tout à la maison. Donc l'hôpital peut être facteur de chutes
76. lorsqu'on a une hospitalisation qui dure. C'est donc du cas par cas.

77. P : **Quelles sont les limites du maintien au domicile selon vous ?**

78. E1 : Pour moi les limites du maintien au domicile sont : le patient multi chuteur
79. avec hospitalisation à répétition pour raison médicale. C'est le bénéfice/risque. Il
80. vaut mieux agir en préventif. Les limites c'est aussi quand on sent que c'est trop
81. limité ou que le patient n'accepte pas les aides aux domiciles et qu'il se met en
82. danger. A partir de là ce n'est pas que du ressort de l'ergo. Autre cas de figure le

83. refus d'intervention des aides au domicile. Le patient qui est retrouvé tous les
84. jours par terre et qui refuse le matériel, le service de soin refuse de les prendre en
85. charge.

86. P : **Quelles évaluations effectuez-vous en gériatrie, pour un patient ayant fait
87. une chute ?**

88. E1 : on fait une mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) en neurologie pour
89. tous nos patients entrant et en sortant, et on regarde aussi au niveau cognitif.

90. Je fais passer un bilan d'autonomie classique en observation. En fonction des
91. déficiences, on va faire des préconisations de matériel avec prévention de chute si
92. besoin (téléalarme, téléphone alarme, conseil pour la baignoire...).

93. Puis on fait le bilan activities of daily living (ADL), bilan activities of daily living
94. (IADL), car c'est standardisé

95. Au niveau cognitif :

96. Je fais passer un bilan Equilibre et Vie Quotidienne (EVQ) sur la vie quotidienne.

97. On fait tout ce qui est "fabrice novels"

98. Des bilans maisons (bilan spécifique hôpital de jour (HDJ), et dans le service :

99. moteurs et cognitif) peuvent être fait.

100. P : Faites-vous passer la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

101. (MCRO) ?

102. E1 : non je ne fais pas passer la MCRO

103. P : **Quels sont les principales étapes d'accompagnement pour un patient**

104. **ayant fait une chute ?**

105. E1 : Une prise en charge précoce, avec un levé assez rapide si c'est possible,

106. dans la mesure où il n'y a pas de fracture et bien entendu, un travail

107. pluridisciplinaire.

108. P : **d'accord.**

109. P : **Quels bénéfices et limites voyez-vous dans la mise en place d'atelier de**

110. **prévention des chutes ?**

111. E1 : Je ne fais pas d'atelier de prévention des chutes c'est ma collègue qui les

112. fait.

113. Les bénéfices : l'émulation de groupe car le groupe est porteur aussi bien au

114. niveau de la parole échangée sur ce qui a été traumatisant concernant la chute,

115. et sur les conséquences de la chute, c'est-à-dire le caractère préventif. Le travail

116. de groupe permet chez certains patients de les faire progresser sur la prise de

117. consciences de leurs capacités (ex : je suis capable de me relever). Ils peuvent

118. alors reprendre confiance en eux.

119. Les limites :

120. L'atelier n'est pas réalisé vraiment dans le quotidien du patient après il y aura

121. forcément des limites, on ne peut pas tout parait : problème visuel (cataracte...),

122. l'entretien de ses pieds, (ongle pas fait, chaussures inadaptés). Ce n'est pas parce

123. que l'on fait un atelier de prévention des chutes que toutes les situations qui vont

124. entraîner une chute vont être arrangés.

125. P : **Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur les limites des ateliers**
126. **de prévention des chutes ?**
127. E1 : il peut y avoir, la visite à domicile (VAD) avec des conseils au patient et à la
128. famille aussi. La visite à domicile se déroule avec le patient au domicile et on le
129. remet en situation pour se centrer sur les activités élémentaires qu'il faisait avant.
130. En gériatrie c'est souvent la famille qui aménage le domicile, ce n'est pas
131. vraiment le patient qui peut faire toutes les démarches. Un entretien avec les
132. familles et le patient me semble indispensable pour expliquer tous les risques
133. de chutes et qui ne soit pas intrinsèques au patient.
134. P : **D'accord**
135. P : **L'évaluation spécifique des occupations avant un retour au domicile, se**
136. **déroule-t-elle ?**
137. **Pour moi l'occupation regroupe un ensemble d'activité qui a une**
138. **signification**
139. **et une valeur propre pour la personne. On les classe en 3 catégories : loisirs,**
140. **soins personnels et de productivité.**
141. E1 : l'évaluation des occupations de soins personnelles se faire par des mises en
142. situation à l'hôpital.
143. Par contre, l'évaluation des occupations de loisirs n'est pas réalisée, parce nous
144. on est dans le grand âge et j'avoue que l'on a peu de patient qui avait des
145. occupations autres. Là j'en ai eu mais en neurologie essentiellement.
146. P : **Si oui, par quel professionnel, dans quel environnement et par quel type**
147. **d'accompagnement (collectif ou individuel) ?**
148. E1 : L'évaluation des occupations de soins personnelles se fait par
149. l'ergothérapeute en individuel dans la chambre du patient. On a aussi une
150. baignoire où l'on va pouvoir tester les transferts et une cuisine thérapeutique
151. pour remettre le patient en situation.
152. P : **Pour que cela soit plus signifiant, où et comment pourrait se dérouler**
153. **l'évaluation des occupations avant un retour au domicile ?**
154. E1 : pour que cela soit plus signifiant, l'évaluation des occupations pourrait se
155. faire à domicile se serait beaucoup plus parlant.
156. La visite à domicile étant tellement chronophage, on fait plutôt ici à l'hôpital
157. avec nos moyens.
158. P : **Evaluer vous aussi la satisfaction de la personne âgée dans la réalisation**
159. **des occupations ?**
160. E1 : non peut être pas assez car on est limité par le temps. La satisfaction est
161. plutôt évaluée par les médecins.
162. P : **La prise en compte du domicile, lors de l'évaluation des occupations,**
163. **vous semble-t-elle plus propice à un transfert des acquis, pour la personne**
164. **âgée ayant fait une chute ?**
165. E1 : je ne sais pas si le fait d'aller au domicile permet un transfert des acquis en
166. tout cas, la visite à domicile permet de voir les automatismes réels.

167. Les patients ne rentrent jamais le lendemain de la visite à domicile et c'est à nous
168. après la visite à domicile à adapter notre façon de faire pour le faire vraiment
169. plus dans son automatisme à lui. En amont de la visite à domicile, on travaille à
170. l'Hôpital avec le patient car à domicile on est dans l'observation de ces
171. automatismes. Quand on revient à l'hôpital après la visite à domicile, moi je
172. retravaille avec le patient des situations : j'aménage le mobilier de telle sorte
173. qu'il ressemble au domicile du patient. Ex : la cuisine thérapeutique, je vais
174. changer la table de place, je vais mettre les assiettes différemment car c'est
175. comme cela chez lui.
176. C'est moi, ergothérapeute, qui vais m'adapter plus que ce que le patient va
177. s'adapter. En tout cas je vais essayer de respecter au maximum ses automatismes
178. à lui. En gériatrie, jamais je ne ferai changer le patient, j'aménagerais pour que ce
179. soit sécuritaire, mais je ne ferais pas changer ses habitudes pour ne pas le perdre
180. dans ses habitudes de vie. C'est une collaboration avec le patient, c'est un
181. contrat. Attention, s'il se met en danger je vais quand même intervenir : s'il
182. utilise l'escabeau, je vais lui demander de ne plus l'utiliser.
183. P : **Dans quelle structure travaillez-vous ?**
184. E1 : je travaille en neuro-gériatrie au sein d'un hôpital gériatrique
185. P : **Depuis combien de temps exercez-vous en gériatrie ?**
186. E1 : j'exerce en gériatrie depuis 24,5 ans
187. P : **Exercez-vous dans une équipe pluridisciplinaire ou seule ?**
188. E1 : oui, j'exerce dans une équipe pluridisciplinaire : kinésithérapeutes,
189. psychomotriciens orthophonistes, assistante social, neuropsychologues
190. Au sein du service, nous sommes 4 ergothérapeutes.
191. P : **Quel est votre temps de travail ?**
192. 80% neuro-gériatrie
193. 10% long séjour
194. P : **Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?**
195. E1 : je suis ergothérapeute depuis juin 1991
196. P : **Avez-vous des formations complémentaires ?**
197. La chute
198. L'aménagement
199. La visite à domicile
200. Les troubles de la déglutition
201. Formation GABA
202. Troubles neurodégénératifs
203. Troubles exécutifs

Annexe IX : Entretien ergothérapeute 2 (E2)

1. P : **Quels sens donnez-vous à la chute de la personne âgée ?**

2. E2 : C'est-à-dire ?

3. P : **Est-ce que, pour vous, c'est la valeur traumatique de la chute qui entraîne 4. des répercussions psychologiques ou l'inverse ?**

5. E2 : moi je pense que c'est les deux car si la personne âgée est là, c'est parce

6. qu'elle a chuté et comme elle a déjà chuté c'est un facteur aggravant dans le sens

7. où elle a de l'appréhension en plus qui favorise une nouvelle chute. C'est un cercle

8. vicieux. La chute pour moi elle est multifactorielle. J'avais classé les facteurs de

9. chute en 4 catégories : les facteurs sociodémographique (avancée en âge, isolé,

10. femme vis à vis de l'ostéoporose, ressources humains), facteurs

11. environnementaux (liés aux obstacles dans le domicile de la personne âgée. :

12. tapis, luminosité, encombrements au sol, danger de l'extérieur, animaux

13. domestiques), risque lié aux vieillissements(organe, fonte musculaire, sensoriel,

14. pathologie chronique ou aiguë), facteur de risque lié aux comportements (prise de

15. médicaments, pas utiliser d'aide technique alors qu'elle en a besoin, non port des

16. lunettes) tout ça je pense que c'est des prises de risques. Si déjà la personne a de

17. l'appréhension vis à vis d'une chute antérieure c'est déjà un facteur aggravant de

18. chute.

19. P : **Comment maintenir un équilibre occupationnel pour le patient âgé ayant**

20. **fait une chute ?**

21. **Pour moi l'équilibre occupationnel est un concept ou l'on sous-entend qu'il**

22. **existe une harmonie idéale entre chaque catégorie d'occupation (loisirs, soins**

23. **personnels et productif) pour un même individu.**

24. E2 : moi je commence toujours par leur faire un entretien, pour apprendre déjà à

25. connaître leurs habitudes de vie antérieures, c'est à dire comment ils faisaient dans

26. leurs activités élémentaires avant leur chute car des fois ils étaient complètement

27. autonomes. Bien entendu, je centre mon entretien sur ce qui était signifiant pour le

28. patient. Je prends en compte le projet de vie et les attentes de l'entourage aussi.

29. Pour tout ce qui est du loisir, je m'y attarde beaucoup moins dessus. Après

30. j'essaie de me mettre en contact avec l'entourage, pour faire du lien. J'ai fait une

31. fiche sur la prévention des chutes. Ce sont des conseils pour prévenir les risques

32. de chutes à domicile ou je présente les différentes aides techniques, les choses à

33. ne pas faire, et les activités à favoriser (l'activité physique adapté par exemple).

34. P : **D'accord**

35. P : **Votre intervention s'inscrit-elle dans une filière gériatrique ?**

36. E2 : oui, en effet, bien avant la sortie j'évalue la personne pour établir ce qu'elle a

37. besoin pour la sortie et en gros avec l'assistante sociale on s'organisait pour que le

38. jour de la sortie, toutes les aides au domicile soient déployées.
39. P : **S'inscrire dans une filière gériatrique vous paraît-il indispensable pour**
40. **un retour au domicile ?**
41. E2 : oui s'inscrire dans une filière gériatrique me paraît indispensable pour un
42. retour à domicile car cela permet un retour à domicile sécuritaire avec un suivi sur
43. du long terme.
44. P : **La durée moyenne de séjour est-elle un atout au retour au domicile ?**
45. **Pouvez-vous justifier ?**
46. E2 : je pense que ça peut être rassurant que les personnes restent à l'hôpital après
47. une chute pour qu'elles puissent regagner en autonomie. S'il n'y a pas de remise
48. en confiance est si elles sont renvoyées chez elle trop précocement ça peut être un
49. peu traumatisant je me dis donc pour moi la durée moyenne de séjour (DMS)
50. influence sur les conditions du retour au domicile.
51. P : **Pour vous, quelles seraient les limites du maintien au domicile :**
52. E2 : les limites du maintien au domicile seraient pour moi la mise en danger du
53. patient.
54. P : **Quelles évaluations effectuez-vous en gériatrie, pour un patient ayant fait**
55. **une chute ?**
56. E2 :
57. Tout d'abord, je réalise un entretien avec le patient. Il me permet d'avoir des
58. renseignements sur l'environnement social (vit seul ? enfant, marié ?),
59. l'environnement architectural (propriétaire ou locataire de la maison, plain-pied,
60. étage, accessibilité), et les habitudes de vie antérieures (aides techniques ou
61. humaines en place ? revendeurs...) du patient.
62. J'effectue un bilan maison post chute avec évaluation de l'autonomie (transfert,
63. déplacement, habillage, toilette, mise en situation écologique). J'évalue aussi
64. l'équilibre et selon les déficiences du patient je réalise les bilans suivants : le get
65. up and go test, l'appui unipodal, le test double tâche, le test des réactions
66. parachutes.
67. Pour ce qui est du cognitif, je fais passer le test du mini mental state (MMS).
68. P : **Utilisez-vous la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel**
69. **(MCRO) ?**
70. E2 : Non je n'utilise pas la MCRO simplement, par manque de temps.
71. P : **ok**
72. P : **Quels sont les principales étapes d'accompagnement pour un patient**
73. **ayant fait une chute ?**
74. E2 :
75. Pour moi les principales étapes d'accompagnement sont :
76. Un accompagnement psychologique qui permet de les mettre en confiance
77. Expliquer les différents facteurs de risques de chutes pour qu'ils puissent
78. identifier leur chute On essaye ensuite d'agir sur les facteurs qui peuvent être
79. dangereux pour eux et cela toujours avec de la réassurance avec usage d'aide

80. technique.
81. La rééducation et réadaptation avec choix des aides techniques les plus appropriés
82. Un temps d'évaluation en chambre lors de toilette afin de pouvoir donner des
83. conseils au fur et à mesure de l'activité.
84. P : **Quels bénéfices et limites voyez-vous dans la mise en place d'atelier de**
85. **prévention des chutes ?**
86. E2 :
87. Les bénéfices :
88. L'atelier permet de limiter le risque de chute à domicile en réacquérant de la
89. confiance en soi. Il sensibilise les personnes sur leurs propres risques de chute afin
90. de savoir sur quel facteur agir. L'activité de groupe c'est hyper intéressant car
91. chaque patient apporte sa vision, il y a des échanges entre les patients et une
92. cohésion de groupe.
93. Les limites :
94. Le relevé de la chute est parfois compliqué à mettre en place et n'est pas réalisable
95. pour certaine personne.
96. Pour le travail en groupe il faudrait travailler en collaboration soit avec une autre
97. ergothérapeute soit avec un autre professionnel. C'est compliqué d'animer le
98. groupe tout seul, je trouve. On reste beaucoup sur la phase de conseil et ce n'est
99. pas forcément mis en place au domicile par les patients. Il manque la mise en
100. pratique.
101. P : **Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur les limites des ateliers**
102. **de prévention des chutes ?**
103. E2 : L'ergothérapeute peut intervenir sur les limites des ateliers de prévention
104. des chutes par la collaboration avec d'autres professionnels. Il est aussi
105. important de les mettre en situation écologique, dans leur environnement. C'est
106. pourquoi, dans le cadre des visites à domicile, on fait des mises en situation pour
107. évaluer les risques de chutes.
108. Avec l'institution, c'est compliqué de faire cet atelier directement au domicile du
109. patient.
110. P : **L'évaluation des occupations avant un retour au domicile, se déroule-t**
111. **elle ?**
112. **Définition : Pour moi l'occupation regroupe un ensemble d'activité qui a**
113. **une signification et une valeur propre pour la personne. On les classe en 3**
114. **catégories : loisirs, soins personnels et de productivité.**
115. E2 : oui l'évaluation des occupations se fait avant le retour au domicile.
116. P : **Si oui, par quel professionnel, dans quel environnement et par quel type**
117. **d'accompagnement (collectif ou individuel) ?**
118. E2 : Avant chaque sortie de l'hôpital, l'ergothérapeute fait une évaluation
119. individuelle des occupations.
120. P : **Pour que cela soit plus signifiant, où et comment pourrait se dérouler**
121. **l'évaluation des occupations avant un retour au domicile ?**

121. E2 : il faudrait les mettre directement en situation à leur domicile.
122. P : **Evaluer vous aussi la satisfaction de la personne âgée dans la réalisation**
123. **des occupations ?**
124. E2 : non, je ne fais pas d'évaluation de la satisfaction de la personne âgée.
125. P : **La prise en compte du domicile, lors de l'évaluation des occupations,**
126. **vous semble-t-elle plus propice à un transfert des acquis, pour la personne**
127. **âgée ayant fait une chute ?**
128. E2 : oui la prise en compte du domicile me semble plus propice à un transfert des
129. acquis, pour la personne âgée ayant fait une chute
130. P : **Dans quelle structure travaillez-vous ?**
131. E2 : je travaille au sein de l'Hôpital SSR gériatrique et en parallèle en équipe
132. mobile extra hospitalière (lorsque l'on sent que les retours à domicile vont être
133. compliqué, l'ergothérapeute se rend avec l'équipe mobile chez lui 2 semaines
134. après le retour à domicile pour réévaluer).
135. P : **Depuis combien de temps exercez-vous en gériatrie ?**
136. E2 : j'exerce en gériatrie depuis 8 mois.
137. P : **Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?**
138. E2 : je suis ergothérapeute depuis juillet 2015.
139. P : **Exercez-vous dans une équipe pluridisciplinaire ou seule ?**
140. E2 : j'exerce dans une équipe pluridisciplinaire : kinésithérapeutes, médecin,
141. infirmière, Aide-soignante, orthophoniste, APA, Assistante sociale
142. L'hôpital est composé de deux ergothérapeutes.
143. P : **Avez-vous des formations complémentaires ?**
144. E2 : je suis en attente d'une formation sur la chute.
145. P : **Quel est votre temps de travail ?**
146. E2 : 50% soins de suite et de réadaptation, 50% équipe mobile de gériatrie extra
147. hospitalière.

Annexe X : Entretien ergothérapeute 3 (E3)

1. P : **Quels sens donnez-vous à la chute de la personne âgée ? Je l'entends dans**
2. **le sens ou est-ce que se sont les répercussions psychologiques qui entraînent la**
3. **chute ou la chute qui entraînent les répercussions psychologiques ?**
4. E3 : C'est vrai que les répercussions psychologiques peuvent entraîner la chute
5. mais c'est plus fréquemment la chute qui va entraîner des répercussions
6. psychologiques.
7. Souvent on a des personnes qui prennent conscience de leur fragilité quand elle
8. chute. La chute entraîne souvent une hospitalisation et parfois des fractures donc du
9. coup c'est un basculement dans leur vie je pense. Pour peu que le patient est eu une
10. fracture et qu'il soit donc resté trop longtemps au sol ça a des conséquences
11. concrètes en terme de rééducation et en terme de stress aussi. Lorsque les patients
12. en parlent, c'est un moment dont ils se souviennent car ils ont vécu un grand
13. stress.
14. P : **Comment maintenir un équilibre occupationnel pour le patient âgé ayant**
15. **fait une chute à son domicile ? est-ce que vous voulez que j'explique ce que**
16. **j'entends par équilibre occupationnel ?**
17. E3 : oui je veux bien.
18. P : **Pour moi l'équilibre occupationnel est un concept ou l'on sous-entend**
19. **qu'il existe une harmonie idéale entre chaque catégorie d'occupation (loisirs,**
20. **soins personnels et productif) pour un même individu.**
21. E3 : j'ai plus ou moins la préoccupation de tendre vers un équilibre occupationnel
22. selon mon lieu de pratique.
23. En Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), malheureusement, je suis assez peu
24. attentive à l'équilibre entre les occupations de loisirs et les occupations
25. fonctionnels (lié aux transferts, la cuisine. C'est aussi lié à la population très
26. dégradé qui est accueilli en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou là, ma
27. préoccupation dans ce service se sera vraiment juste de permettre le retour à
28. domicile dans des conditions de sécurité. Je m'attarde plus sur les activités basales
29. de la vie. Et je ne vais pas tellement m'attaché à des activités de loisirs par
30. exemple, c'est quelque chose que l'on aborde à peine.
31. En Hôpital De Jour (HDJ) par contre, l'élaboration d'un projet de vie en fait, il y a
32. une part de prévention des troubles psycho comportementaux qui font que les
33. activités de loisirs elles ont toutes leurs places et qu'effectivement il doit y avoir
34. un certain équilibre entre les activités instrumentales, les activités basales et les
35. activités de loisirs.
36. Cela fait partie d'une discussion vraiment ou on essaye de voir, si le fait d'être
37. monopoliser par les activités instrumentales est ce que ce n'est pas gênant
38. justement pour faire des activités de loisirs qui ouvre plus sur l'extérieur, est ce
39. que le fait de faire des activités instrumentales, ça peut être un point équilibrant
40. pour certaine personne qui en fait on beaucoup de plaisir à faire les activités

41. instrumentales.
42. On va évoquer avec le patient comment rétablir des activités de loisirs qui vont
43. ouvrir sur l'extérieur en remettant du lien social pour prévenir voire limiter les
44. troubles psycho- comportementaux.
45. **P : comment vous placez vous vis-à-vis du patient ?**
46. E3 : le patient tient une place centrale et je collabore avec lui
47. **P : Votre intervention s'inscrit-elle dans une filière gériatrique ?**
48. E3 : oui mais en fait on connaît théoriquement ces dispositifs : les maisons pour
49. l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les Equipes
50. Spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD), le service de soins infirmiers à
51. domicile (SSIAD). Bien entendu, on communique avec l'ensemble de ces
52. dispositifs autant que possible lors de la préparation du retour au domicile.
53. Malheureusement, Je trouve qu'il y a peu de retour et de collaboration. En effet,
54. on a peu d'information pratique sur la manière dont le retour à domicile se passe...
55. Disons que c'est une collaboration que l'on pourrait développer beaucoup plus.
56. On est quand même un hôpital ou il y a beaucoup de réseau. Par exemple, nous
57. sommes très en lien avec les équipes mobiles maladie Alzheimer (EMMA) qui
58. vont parfois au domicile, pour des patients qui ont des troubles du comportement
59. et du coup cela me permet de discuter avec eux et de leur adresser des patients à
60. cet effet. Par exemple, un patient que j'ai vu en Hôpital De Jour (HDJ), si je vois
61. qu'il a un problème de comportement ou une famille qui a du mal à gérer le
62. comportement de la personne, à ce moment-là soit je téléphone à l'équipes
63. mobiles maladie Alzheimer et je lui transfère le dossier soit j'en discute avec lui
64. au self. Dans ce cas de figure, comme c'est noté dans le compte rendu, l'équipe
65. mobile maladie Alzheimer peut être un peu plus attentive à cela. Avec les Equipes
66. Spécialisées Alzheimer à domicile(ESAD), et les maisons pour l'autonomie et
67. l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) je transmets des indications mais je
68. n'ai pas de retour, il y a peu de dialogue, et c'est bien dommage.
69. **P : S'inscrire dans une filière gériatrique vous paraît-il indispensable pour**
70. **un retour au domicile du patient chuteur ?**
71. E3 : c'est-à-dire la communication entre ces services ?
72. **P : oui est ce que la mise en place d'un réseau de santé dès la sortie de**
73. **l'hôpital du patient chuteur est indispensable pour un retour au domicile ?**
74. E3 : Oui mettre en place un réseau pour que le patient ait un relais au domicile est
75. indispensable La filière gériatrique avec la mise en place de réseaux de santé
76. permet un meilleur retour au domicile. Ce sont des choses que l'on doit
77. développer, qui commence à se faire quand même car il y a une communication
78. entre l'hôpital et les réseaux extérieurs. Cela doit encore s'améliorer et c'est
79. indispensable sinon les retours à domicile ça ne marche pas.
80. **P : La durée moyenne de séjour est-elle un atout au retour au domicile ?**
81. **Pouvez-vous justifier ?**
82. E3 : les impératifs de durée moyenne de séjour (DMS) oui clairement ça

83. influencent le retour au domicile. Clairement, il y a des retours à domicile très
84. rapide et donc très précaire. En effet lorsque la durée est trop courte on sait que
85. l'on va se retrouver face à une vérité un peu difficile à gérer pour permettre un
86. retour à domicile.

87. En fait, il y a des contraintes de durée de séjour et des médecins qui sont plus ou
88. moins sensibles à ces contraintes. En effet certains quelle que soit la situation
89. fonctionnelle et sociale font le retour au domicile au bout de 3 semaines par ce
90. que par exemple : une prothèse totale de hanche c'est 3 semaines environ et
91. d'autre moins d'accord qui concertent la famille pour voir ce qu'ils veulent faire
92. après car comme il est très dément, le retour à domicile ne sera pas possible.
93. En essayant d'inciter la famille à chercher un ehpad, on va garder le patient plus
94. longtemps.

95. Dans ce cas, c'est clair qu'il y a des patients qui deviennent plus dépendant car il
96. reste trop à l'hôpital.

97. Si le retour au domicile ne peut pas se faire, ce sont des patients qui vont rester
98. longtemps hospitalisé et devenir vite néfaste économiquement pour l'hôpital.
99. A la fois c'est un équilibre qui est difficile entre le fait de leurs faire prendre des
100. risques en les faisant retourner à domicile, et le fait qu'il soit plus dépendant
101. En effet, les risques à domicile (accidents domestiques...) sont vraiment réels
102. pour certain, qu'il y ait à nouveau une chute.

103. P : **D'accord**

104. P : **Quelles sont pour vous les limites du maintien au domicile :**

105. E3 : Les limites du maintien au domicile sont : la volonté du patient,
106. l'appréhension par rapport au risque de chute, l'absence d'entourage, Les
107. troubles cognitifs massif.

108. Par contre, il y en a qui chute régulièrement mais qui ont envie de retourner chez
109. eux et qui sont plus ou moins entouré. Dans ce cas ils rentrent chez eux.
110. En fait si le patient a des troubles cognitifs, un absence d'entourage ou s'il y a un
111. entourage, avec des trouble cognitifs (désorientation nuit/jour, trouble du
112. comportement, et déambulation) alors pas de maintien au domicile.

113. P : **Quelles évaluations effectuez-vous en gériatrie, pour un patient ayant fait**
114. **une chute ?**

115. E3 : J'utilise assez peu de bilan pour coter car je trouve que l'on n'arrive pas à
116. retirer quelque chose.

117. Globalement quand je rencontre une personne ou il y a un syndrome post chute
118. ou je ne suis pas sûre de la mobilité je fais le Test moteur minimum (TMM) pour
119. essayer de me rendre compte un peu comment je vais gérer le transfert, lever la
120. patiente (appeler une autre personne ? lève malade ?).

121. Je fais aussi des mobilisations au lit pour voir comment la personne se mobilise,
122. je vois si la personne n'est pas du tout mobilisable soit je choisis une lève
123. malade, soit j'appelle une 2eme personne. Voilà donc ça c'est le premier test.
124. Ensuite je ne fais pas vraiment de test sur le syndrome post chute mais j'essaye

125. de regarder les items d'un test sur la désadaptation psychomotrice, pour voir la
126. rétropulsion, au niveau du regard (regarde le plafond), est ce qu'il arrive à se
127. pencher y va-t-il des peurs associées ? est ce qu'il est capable de mettre ses pieds
128. en arrière. Ce n'est pas un bilan maison mais je l'utilise en bilan maison.
129. Pour l'équilibre, j'utilise le bilan Kitchen Task Assessment (KTA) ils évaluent
130. les fonctions cognitives, mais n'empêche que dans les déplacements, ça me
131. permet vraiment, d'observer la manière dont le patient se comporte avec une
132. charge, comment il se déplace, en tout cas c'est un de mes soucis d'évaluer, de
133. voir l'équilibre pendant ce test-là.
134. Et parfois j'utilise le Tinetti, pareille je ne le cote pas et je n'ai pas un regard très
135. analytique mais n'empêche que quand le patient marche, j'analyse un petit peu la
136. marche avec les items du Tinetti.
137. J'utilise aussi beaucoup le Kitchen Task Assessment (KTA) et de temps en
138. temps le bilan Equilibre et Vie Quotidienne (EVQ) pour évaluer les fonctions
139. exécutives.
140. Au niveau cognitif je fais aussi des bilans maisons aussi : par exemple des
141. activités telles que compter des sous, chercher un numéro de téléphone, organiser
142. un pilulier, remplir une feuille de renseignement, moi ça me permet de voir les
143. troubles exécutifs, et d'observer.
144. P : **Utilisez-vous la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel**
145. **(MCRO) ?**
146. E3 : je n'utilise pas la MCRO de manière littérale. Dans la rédaction de mes
147. conclusions à l'HDJ j'utilise essentiellement la conclusion de la MCRO et
148. notamment les items frein et force pour les activités occupationnelles. En effet,
149. voir dans ses occupations quelque chose qui apporte du sens à la vie, du bien
150. être, c'est spécifique au métier d'ergothérapeute.
151. Parfois, les gens ont un peu des difficultés à comprendre notre métier, c'est
152. pourquoi, j'utilise vraiment le terme activité occupationnelle de la MCRO pour
153. formuler ma conclusion. Mais je n'utilise pas l'évaluation chiffré du degré de
154. satisfaction de la MCRO. J'utilise le vocabulaire en fait. Dans l'entretien j'essaie
155. de cibler ce qui est porteur pour le patient. Mais ça je pense qu'on le fait tous en
156. fait. J'essaie de voir ce qui va toucher le patient pour essayer de se reposer
157. dessus soit pour la rééducation soit pour la réadaptation. Cela me permet de
158. pouvoir centrer ma prise en charge.
159. P : **Quels sont les principales étapes d'accompagnement pour un patient**
160. **ayant fait une chute ?**
161. E3 : D'abord, je regarde l'installation, quand il arrive, j'essaie de voir si l'équipe
162. va le lever tout de suite ou pas. Je veille à ce qu'il soit assez rapidement levé.
163. Éventuellement s'il n'y a pas de kinésithérapeute pour faire le premier levé, c'est
164. moi qui installe la patiente dans un fauteuil roulant afin d'éviter le syndrome post
165. chute. Éventuellement, s'il y a une fracture, avec un sans appuis, j'essaie de lui
166. rendre la possibilité de se mouvoir en mettant en place un fauteuil roulant adapté.

167. Ensuite, si besoin, je mets en place une rééducation du syndrome post chute
168. (transferts, et déambulations). Dans un même temps je mets en place des aides
169. techniques adaptés pour faciliter les transferts, et permettre l'utilisation de ces
170. aides techniques pour la rééducation (guidon, barre latérale de redressement).
171. Enfin, J'analyse les risques de chute au domicile, pour voir comment va se
172. passer le retour au domicile afin de pouvoir le préparer. L'entretien du patient, et
173. l'entretien avec la famille et idéalement la visite au domicile permet d'analyser
174. les risques de chute au domicile. Comme j'ai assez peu de temps, je n'arrive plus
175. à faire de visite à domicile.

**176. P : Quels bénéfices et limites voyez-vous dans la mise en place d'atelier de
177. prévention des chutes ?**

178. E3 : Je ne mets pas en place d'atelier de prevention des chutes.

179. Bénéfices :

180. Je pense que toute prise en charge de groupe mobilise le patient, et évite
181. l'hospitalisme. Le groupe permet une prise en charge stimulante qui du coup va
182. participer à la rééducation. En effet, l'hôpital, n'est pas un lieu très propice à la
183. rééducation au final. Les patients sont assez peu mobilisés à l'hôpital, il y a de la
184. rééducation mais il reste facilement dans leur chambre, en plus ils sont fatigués,
185. et donc il y a peu d'émulation de groupe dans leur chambre. Ce groupe permet
186. une émulation. De plus, il y a des patients qui en ayant fait connaissance dans le
187. groupe vont pouvoir se donner rendez-vous par la suite pour marcher ensemble
188. dans le couloir par exemple, et là il se rééduque, c'est ultra positif. Il se créer un
189. lien de socialisation. C'est une rééducation qu'ils font spontanément tout seul
190. et c'est ça que l'on souhaite mettre en place. On voit une cohésion de groupe.

191. Limites :

192. Je pense que si on se limite à de la rééducation l'effet est très temporaire et du
193. coup il faut vraiment miser sur un projet de vie et sur une réadaptation a domicile
194. ou l'activité soit continue.

195. Un atelier, c'est un temps ponctuel, 1 demi-heure/ 1h par semaine, cela ne va pas
196. révolutionner la vie du patient, c'est trop peu. Il ne s'agit pas de se donner bonne
197. conscience et de se dire je fais un atelier ça va changer les choses, pour moi ce
198. n'est pas vrai. Voilà il ne faut pas être trop prétentieux.

199. C'est plus la dynamique que le groupe impulse et comment ça va se traduire
200. dans le quotidien de la personne.

**201. P : Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur les limites des ateliers
202. de prévention des chutes ?**

203. E3 : ben en fait je pense que c'est un peu la fonction de l'ergothérapeute qui va
204. voir dans le quotidien de la personne, qu'est ce qui peut mettre en place dans la
205. vie quotidienne de la personne pour qu'il est une hygiène de vie qui stimule le
206. plus le patient

207. Voir pour mettre en place la même chose au domicile pour que le patient puisse
208. marcher le plus possible, avoir des exercice d'équilibre le plus possible.

209. Ça peut être par une visite à domicile ou par un relais avec des Equipes
210. Spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD).
211. Dans la théorie je préconise beaucoup les Equipes Spécialisées Alzheimer à
212. domicile (ESAD) j'espère que ça marche bien car on a peu de contact avec eux.
213. Pour moi c'est vraiment en agissant sur le lieu de vie de la personne que l'on
214. peut faire avancer les choses. Ce que je ne peux pas vraiment faire en fait, car ce
215. n'est pas toujours évident par rapport au contrainte de l'hôpital. On va très peu
216. au domicile mais vraiment par manque de temps.
217. P : **D'accord**
218. P : **L'évaluation des occupations avant un retour au domicile, se déroule-t**
219. **elle ?**
220. **Si oui, par quel professionnel, dans quel environnement et par quel type**
221. **d'accompagnement (collectif ou individuel) ?**
222. **Définition : Pour moi l'occupation regroupe un ensemble d'activité qui a**
223. **Une signification et une valeur propre pour la personne. On les classe en 3**
224. **catégories : loisirs, soins personnels et de productivité.**
225. E3 : oui, je fais une évaluation des occupations à l'hôpital en individuel via un
226. entretien et des mises en situation.
227. P : **Pour que cela soit plus signifiant, où et comment pourrait se dérouler**
228. **l'évaluation des occupations avant un retour au domicile ?**
229. E3 : pour que cela soit plus signifiant pour le patient je pense que ça devrait se
230. faire à domicile. En effet, cela permet vraiment de mettre le patient face à ses
231. difficultés, ses acquis, et c'est très concret pour le patient d'être à domicile. Il
232. peut se dire que pour s'installer devant sa télévision il va devoir passer par
233. différentes étapes, et de même pour faire sa toilette, pour aller au WC. Cela
234. permet de clarifier comment ça va se passer dans ses activités et comment ça va
235. se mettre en place au domicile.
236. P : **Evaluer vous aussi la satisfaction de la personne âgée dans la réalisation**
237. **des occupations ?**
238. E3 : j'évalue la satisfaction de la personne âgée non pas par un chiffre mais c'est
239. vrai que lorsque je les mets en situation, notamment en cuisine, je leur demande
240. oralement le degré de satisfaction. De même que quand je les interroge par
241. rapport aux activités instrumentales, je leurs demande vraiment leur satisfaction.
242. Par exemple : Est-ce que ça vous plait de faire le ménage ? qu'es ce que ça
243. représente pour vous ? est-ce que c'est une corvée, quelque chose qui structure
244. votre journée ? est-ce que vous aimez faire la cuisine ? Cela permet notamment
245. de clarifier la mise en place des aides pour ne pas dessaisir les patients.
246. P : **La prise en compte du domicile, lors de l'évaluation des occupations,**
247. **vous semble-t-elle plus propice à un transfert des acquis, pour la personne**
248. **âgée ayant fait une chute ?**
249. E3 : En fait, la prise en compte du domicile elle est indispensable car suivant les
250. contraintes ont va orienter la rééducation. On va pas faire monter des escaliers en

251. rééducation si elle n'a pas d'escalier à son domicile. Mais là j'ai une patiente qui
252. chute mais qui a de la moquette chez elle du coup quelle aide technique on va
253. choisir pour ces déplacements. J'en discute avec le kinésithérapeute car le cadre
254. de marche à deux roues c'est pas très adapté
255. Est ce qu'elle peut essayer un autre type de cadre de marche qui va mieux sur la
256. moquette. La prise en compte du domicile est vraiment un passage obligatoire.
257. P : **oui donc c'est vraiment s'adapter par rapport à son quotidien.**
258. P : **Dans quelle structure travaillez-vous ?**
259. E3 : je travaille en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en hôpital de jour
260. (HDJ) au sein de l'hôpital gériatrique.
261. P : **Depuis combien de temps exercez-vous en gériatrie ?**
262. E3 : j'exerce en gériatrie depuis 12 ans
263. P : **Exercez-vous dans une équipe pluridisciplinaire ou seule ?**
264. E3 : Oui, j'exerce dans une équipe pluridisciplinaire : kinésithérapeute,
265. orthophoniste, diététicien, assistante sociale, psychomotricien infirmière, aide
266. soignantes, médecin.
267. Au sein de l'hôpital nous sommes 8 ergothérapeutes
268. P : **Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?**
269. E3 : je suis ergothérapeute depuis 12 ans.
270. P : **Quel est votre temps de travail ?**
271. E3 : mon temps de travail est de 100% : 50% en Soins de Suite et de
272. Réadaptation
273. (SSR) et 50% en hôpital de jour (HDJ).
274. P : **Avez-vous des formations complémentaires ?**
275. E3 : Master de psycho
276. DU psychiatrie personne âgée

Annexe XI : Entretien ergothérapeute 4 (E4)

1. P : **Quels sens donnez-vous à la chute de la personne âgée ? est-ce que se**
2. **sont les répercussions psychologiques qui entraînent la chute ou la chute qui**
3. **entraînent des répercussions psychologiques ?**
4. E4 : Pour moi c'est les deux, il y a la chute et le contexte de chute aussi. En effet,
5. si la chute elle survient après un malaise ou d'une défaillance du corps en elle
6. même, ça peut être source d'angoisse pour la personne et après générer plus
7. d'inquiétude de peur de retomber derrière. Alors que si c'est juste une personne
8. qui a marché dans un trou sur le trottoir se sera différent, les répercussions
9. psychologiques seront différentes derrière. Pour moi c'est autant les
10. répercussions psychologiques qui vont entraîner la chute que la chute qui va
11. entraîner des répercussions psychologiques et ça va dépendre vraiment du
12. contexte de chute aussi.
13. P : **Comment maintenir un équilibre occupationnel pour le patient âgé ayant**
14. **fait une chute ?**
15. P : **Est-ce que vous voulez que j'explique le terme équilibre occupationnel ?**
16. E3 : oui je veux bien.
17. P : **Pour moi l'équilibre occupationnel est un concept ou l'on sous-entend**
18. **qu'il existe une harmonie idéale entre chaque catégorie d'occupation**
19. **(loisirs, soins personnels et productif) pour un même individu.**
20. E4 : Je vois avec la personne âgée quelles sont les occupations qui sont
21. importante pour elle. Je priorise les occupations qui lui sont nécessaires.
22. Par exemple : les loisirs : faire en sorte qu'il y ait soit des aides humaines ou
23. matérielles pour l'aider à maintenir ses activités.
24. Pour moi c'est primordial de se centrer sur l'importance des occupations
25. antérieures à la chute de la personne pour que son adhésion soit totale. Sinon
26. c'est vrai que c'est complexe. Et puis même j'imagine si on met en place une
27. aide humaine à domicile, déjà avoir accepté qu'elle intervienne chez soit ce n'est
28. pas toujours évident mais en plus si c'est pour quelque chose qui lui importe peu,
29. je pense que c'est encore moins pertinent. Pour moi il faut se centrer sur le
30. projet de vie, ses motivations, ce qu'elle aimait faire, et pourquoi, si elle peut
31. plus le faire, donner les raisons. C'est vraiment rentrer dans les activités et
32. l'analyser.
33. P : **Votre intervention s'inscrit-elle dans une filière gériatrique ?**
34. E4 : oui tout à fait car je travaille en court séjour gériatrique (CSG) de l'hôpital
35. gériatrique.
36. Nous sommes en lien avec les équipes intra et extra hospitalières.
37. Quand nous avons des patients ou le retour au domicile semble difficile, on va
38. interpellé l'équipe mobile extra hospitalier pour qu'elle aille voir au domicile.
39. On peut aussi interpellé les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD).

40. Par exemple en l'occurrence, là on a un patient qui vit seul à domicile qui est
41. dans une maison, qui est autonome, qui conduit et qui refuse les aides en place
42. alors que c'est une personne qui se met en danger et qui peut potentiellement
43. mettre en danger les autres. En effet, il a quand même des troubles cognitifs
44. avéré donc la conduite pour le coup c'est déconseillé. Comme on est en court
45. séjour, ce monsieur va partir, l'Assistante sociale et l'ergo ont mis en place des
46. aides avec la famille mais si ce monsieur les refuse à chaque fois, dans ce cas-là,
47. on va solliciter une équipe spécialisé Alzheimer (ESAD) pour quelle fasse ce
48. travaille sur du long court (3-4 mois) et essayer de faire accepter au monsieur les
49. aides à domicile. C'est un des axes de prise en charge pour l'ESAD ça permet de
50. faire un lien et c'est vraiment important.

51. Nous je sais que dans le service, on travaille énormément avec l'assistante, on a
52. les prescriptions médicales notamment pour le retour à domicile mais après nous
53. on fait une évaluation basique on utilise bilan activities of daily living (ADL),
54. bilan activities of daily living (IADL) de base puis après des mises en situation
55. pour faire des évaluations plus personnalisés. On définit après des préconisations
56. ou l'assistante sociale va se baser derrière pour mettre les aides. On travaille déjà
57. en lien dans le service et après avec les autres équipes qui existent à l'extérieur
58. c'est vraiment du cas par cas.

59. P : **S'inscrire dans une filière gériatrique vous paraît-il indispensable pour
60. un retour au domicile ?**

61. E4 : Pour moi oui, s'inscrire dans une filière gériatrique me paraît indispensable
62. après ça va être un peu du cas par cas selon le patient. En effet, si le patient n'a
63. pas de désadaptation psychomotrice et qu'elle a pas peur de retomber avec un
64. appartement adapté et que tout va bien, on va pas forcément faire le lien avec les
65. équipes du réseau. C'est vraiment du cas par cas si on sent qu'il y a une nécessité
66. de faire beaucoup de lien avec les services avec tel ou tel patient. Par contre,
67. l'entourage est primordial. S'il n'y a pas d'entourage ça peut être aussi bien la
68. maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les
69. Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), ou le Centre
70. communal d'action sociale (CCAS).

71. La filière gériatrique est indispensable mais parfois c'est compliqué de s'y
72. retrouver entre toutes les équipes d'accompagnements qui existent. Il y a
73. beaucoup de structures qui ont été créé autour des personnes âgées pour favoriser
74. le retour au domicile et des fois c'est compliqué surtout pour les familles. C'est
75. bien de pouvoir les conseillers avec l'Assistante sociale.

76. P : **D'accord.**

77. P : **La durée moyenne de séjour est-elle un atout au retour au domicile ?**

78. **Pouvez-vous justifier ?**

79. E4 : la durée moyenne de séjour va influencer le retour au domicile. Si la
80. personne reste longtemps alitée ça ne va pas être très bon parce que malgré tout
81. même s'il y a des prises en charges kinésithérapiques ou autres, c'est jamais bon

XXX

82. quand on est une personne âgée de rester alitée longtemps.

83. P : **ça peut être un facteur de dépendance ?**

84. E4 : Tout à fait, la longueur de l'hospitalisation c'est un facteur de dépendance

85. disons qu'après les personnes âgées ont une fonte musculaire assez rapide et

86. elles peuvent donc très vite perdre l'autonomie. De plus, une personne avec des

87. troubles cognitifs peut perdre rapidement ses repères, ce n'est pas forcément bon.

88. Plus le retour à domicile est rapide mieux s'est pour la personne dans la limite

89. des possibilités médicale et autre bien sûr.

90. P : **quelles sont pour vous, les limites d'un maintien au domicile pour le**

91. **patient chuteur ?**

92. E4 : Pour moi, la plus grande limite d'un maintien à domicile c'est la non

93. sécurité. La volonté de la personne influence aussi. En effet, si la personne veut

94. rester à domicile dans tous les cas elle restera à domicile. Attention si vraiment

95. elle veut rester à domicile et que pour nous ça ne nous paraît pas sécuritaire,

96. qu'elle se met en danger elle ou les autres, (troubles cognitifs trop massif,

97. conduite) on stoppera le maintien au domicile.

98. Une personne qui peut plus préparer ses repas et qui ne mange pas c'est aussi,

99. pour moi, une mise en danger. En effet, elle ne peut pas subvenir à ses besoins

100. élémentaires et ou l'environnement (marche.), et n'est pas capable d'alerter si

101. elle chute. Ce sont des choses qui sont importantes pour vivre chez soi. Il est

102. indispensable de prendre en compte l'environnement social (famille ou non) ou

103. voir avec la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

104. (MAIA). Et faire en sorte qu'elle soit acceptée.

105. P : **Quelles évaluations effectuez-vous en gériatrie, pour un patient ayant fait**

106. **une chute ?**

107. E4 : nous c'est assez défini l'ergothérapeute va plutôt questionner le patient sur

108. son quotidien, l'autonomie, et on va les mettre en situation durant les transferts

109. par exemple.

110. Les kinésithérapeutes vont plutôt faire tout ce qui est lié à l'équilibre : Tinetti,

111. test de la marche. Ces évaluations ne vont donc pas être refait par

112. l'ergothérapeute pour ne pas que ce soit redondant. L'ergothérapeute va plutôt

113. faire faire quelques pas au patient pour avoir une idée de l'équilibre mais

114. rapidement grâce à de l'observation.

115. Sur le plan cognitif : l'ergothérapeute va faire passer en majorité le bilan de la

116. bec 96. Selon le patient je pourrais faire passer plutôt le mini mental state

117. (MMS), ou le Test d'Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC), ou le

118. Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

119. On est en train de mettre en place, le KTA pour pouvoir coter le besoin en aide et

120. vraiment l'appliquer au quotidien du patient.

121. On a aussi un bilan plus sur des mises en situation : on a une liste de course et on

122. fait remplir un chèque, on fait utiliser un téléphone.

123. P : **D'accord**

124. P : **Utilisez-vous la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel**
125. **(MCRO) ?**

126. E4 : non on ne la fait pas passer, je l'ai souvent en tête, on se base sur les items

127. de la MCRO sans vraiment l'utiliser. Comme je disais au début on se base sur

128. l'entretien et notamment sur les activités du patient.

129. C'est le modèle de pratique que l'on a un peu en tête.

130. C'est un peu long la MCRO et un peu compliqué à faire passer en gériatrie et en

131. hôpital surtout lorsqu'ils sont un peu désorientés.

132. Ce bilan permet de donner une cotation. Ce qui est bien avec la MCRO c'est

133. d'avoir un suivi aussi et d'avoir une base de travail quand on fait le bilan et de

134. voir après quelque semaine si la satisfaction a évolué ou non mais comme nous

135. on n'est pas trop dans ce suivi-là, c'est moins pertinent.

136. P : **Quels sont les principales étapes d'accompagnement pour un patient**
137. **ayant fait une chute ?**

138. E4 : De quel point de vue parce qu'il y a le côté médical, psychologique ?

139. P : **De tous les points de vue.**

140. E4 : Pour moi il y a différents points de vue : le côté médical, psychologique, et

141. la reprise de confiance, puis ensuite mettre des aides en place c'est très varié.

142. Tout d'abord, il faut connaître la cause de la chute sur le versant médical ou

143. environnemental et en fonction pouvoir agir a posteriori sur la cause de la chute.

144. En l'occurrence si c'est environnemental pouvoir soit proposé de l'aménagement

145. du logement, ou des aides techniques.

146. Pour moi je pense que c'est important de pouvoir donner une solution à la cause

147. de la chute et après bien sûr agir sur les conséquences de la chute. Celles-ci

148. peuvent être physiques(fracture), psychologique (peur de retomber, reprendre

149. confiance en soi et dans les déplacements) à la fois avec un suivi psychologique

150. mais aussi kinesthésique et ergothérapique ou autres selon les professionnels

151. disponibles dans le service.

152. Dans la même idée de reprise de confiance, il est important de proposer des aides

153. techniques (déambulateur), l'aider pour les transferts (guidon de transferts).

154. Je sais qu'une personne qui a une désadaptation psychomotrice et qui n'arrive

155. pas à se lever seule (position assise à debout) le fait d'avoir une aide matérielle

156. est plus rassurante que d'avoir une aide physique. C'est pourquoi les guidons de

157. transfert peuvent être bien adaptés pour aider la personne à se lever toute seule et

158. du coup pour reprendre confiance. Ça peut être un bon compromis du coup. Pour

159. résumé il faut agir sur les causes et les conséquences de la chute.

160. P : **Quels bénéfices et limites voyez-vous dans la mise en place d'atelier de**
161. **prévention des chutes ?**

162. E4 : Je ne mets pas en place des ateliers de prévention des chutes. C'est plus en

163. SSR gériatrique. Nous en court séjour gériatrique, on n'a pas le temps c'est

164. vraiment plus axé sur la préparation du retour à domicile. Il n'y a pas

165. spécialement d'évaluation écologique au domicile.

166. Moi je trouve que c'est très intéressant de faire des ateliers car je vois plus de
167. bénéfice que de limite.
168. Les bénéfiques :
169. Pour moi, le groupe permet une reprise de confiance, en douceur, avec un travail
170. moteur global. La personne peut ainsi développer son équilibre. Il y a vraiment
171. un esprit de partage, de socialisation et de cohésion de groupe. Ils se rendent
172. compte qu'ils ne sont pas les seuls à avoir peur. Dès qu'il y a une possibilité de
173. participer au groupe il faut le faire.
174. Les limites :
175. Ce n'est pas toujours évident de mettre en place ces groupes à cause de
176. contraintes de temps, d'organisation. La direction qui priorise une prise en
177. charge en charge individuelle. Je pense qu'il faut au moins deux thérapeutes
178. après tout dépend de la taille du groupe mais plutôt des thérapeutes de domaine
179. différents car c'est plus intéressant. A mon avis, un binôme ergothérapeute –
180. psychomotricien pourrait être pertinent pour ce genre d'atelier. Il faut tout de
181. même des patients avec une bonne cohérence et un minimum de compréhension.
182. P : **Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur les limites des ateliers**
183. **de prévention des chutes ?**
184. E4 : Pour moi, on pourrait par exemple monter un dossier pour exposer à la
185. hiérarchie les bénéfices importants d'un tel atelier. Cela permettrait de faire
186. changer le regard de ces ateliers de prévention des chutes. Il y a aussi des relais à
187. l'extérieur qui sont des associations mettant en place des ateliers de prévention
188. des chutes ("ciel bleu" par exemple).
189. Il faut aussi que le patient soit relativement autonome pour pouvoir se rendre à
190. l'atelier mais selon les cas ça peut être rassurant pour la personne de ne pas être
191. lâché comme ça à domicile.
192. Nous les patients qui rentrent à domicile c'est qu'ils en sont capables sinon
193. elles vont en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Du coup, c'est vrai que
194. l'on se pose moins la question de prévention de chute. Dans le cas où la personne
195. rentre est qu'il reste des petites choses on met plus souvent en place des séances
196. de kinésithérapeute en libérale.
197. P : **L'évaluation des occupations avant un retour au domicile, se déroule-t-**
198. **elle ?**
199. **Définition : Pour moi l'occupation regroupe un ensemble d'activité qui a**
200. **une signification et une valeur propre pour la personne. On les classe en 3**
201. **catégories : loisirs, soins personnels et de productivité.**
202. P : **Si oui, par quel professionnel, dans quel environnement et par quel type**
203. **d'accompagnement (collectif ou individuel) ?**
204. E4 : L'évaluation des occupations avant un retour au domicile est réalisée par
205. entretien puis ensuite je fais le bilan activities of daily living (ADL), bilan
206. activities of daily living (IADL) pour une référence.
207. Je fais aussi un interrogatoire dans la chambre du patient des occupations, des

208. loisirs et avec la famille si elle est là. On appelle toujours la famille pour avoir
209. confirmation ou non des propos.
210. Même si la personne est cohérente et n'a pas de problème cognitif, il y a des
211. choses peut être ou la personne n'y a pas penser et la famille a souvent un autre
212. regard. Puis le contexte de l'hôpital fait que parfois elle est désemparée.
213. On va faire des mises en situations mais c'est plus dans le but de l'évaluation des
214. activités de soins personnels mais pas de loisirs.
215. En moyenne on garde les patients en cours séjour : de 1 à 2 semaines et après ils
216. vont en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) même s'il y a de moins en
217. moins de place.
218. P : **Pour que cela soit plus signifiant, où et comment pourrait se dérouler**
219. **l'évaluation des occupations avant un retour au domicile ?**
220. E4 : à domicile, là où a lieux ses occupations, d'ailleurs c'est rarement possible
221. en l'occurrence pour nous on essaye au maximum de reproduire l'environnement
222. tel qu'il est connu par la personne mais c'est vrai que ça reste un biais important.
223. On se réfère à ce que nous dit la personne et l'entourage. Dans notre service on
224. ne fait pas vraiment de visite à domicile alors qu'il y aurait besoin pour certaines
225. personnes c'est pour ça que l'on passe le relais aux équipes mobiles de gériatrie
226. (EMG).
227. P : **Evaluer vous aussi la satisfaction de la personne âgée dans la réalisation**
228. **des occupations ?**
229. E4 : Oui j'évalue la satisfaction de la personne âgée toujours lors de
230. l'interrogatoire selon ce que nous dit la personne si elle trouve une différence par
231. rapport à avant, et si elle y voit un intérêt.
232. Par exemple pour ses activités de loisirs : je lui demande comment ça se passe, et
233. pourquoi ? en essayant de creuser par des questions un peu plus précise sur le
234. ressenti de la personne mais ça reste de l'interrogatoire et du ressenti. Il n'y a pas
235. de cotation spécifique.
236. P : **La prise en compte du domicile, lors de l'évaluation des occupations,**
237. **vous semble-t-elle plus propice à un transfert des acquis, pour la personne**
238. **âgée ayant fait une chute ?**
239. E4 : oui c'est vrai, que lorsque l'on fait quelque chose avec elle à l'hôpital, on lui
240. explique pour qu'elle puisse se projeter au domicile et comprendre ce qu'elle fait
241. et ensuite intégrer ce qu'elle fait. Pour moi c'est vraiment dans la discussion
242. verbale avec le patient et sa famille.
243. P : **Dans quelle structure travaillez-vous ?**
244. E4 : je travaille à mi-temps dans un hôpital gériatrique
245. P : **Depuis combien de temps exercez-vous en gériatrie ?**
246. E4 : j'exerce en gériatrie depuis septembre 2015
247. P : **Exercez-vous dans une équipe pluridisciplinaire ou seule ?**
248. E4 : je suis dans une équipe pluridisciplinaire avec des kinésithérapeutes, des
249. ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des assistantes

250. sociales, des équipes soignantes un médecin et un cadre.
251. Dans le service nous sommes 2 ergothérapeutes à mi-temps (0.80 etp) en
252. gériatrie court séjour essentiellement (pas de visite à domicile, mais on sollicite
253. les équipes mobiles (intra et extra mobiles) quand on a besoin de faire une visite
254. à domicile, quand c'est vraiment une grosse problématique on essaie de le faire
255. nous.
256. Les équipes mobiles de gériatrie réalisent les évaluations avant le retour au
257. domicile ou l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées
258. dépendantes (EHPAD) des patients dans les différents services de l'hôpital qui
259. ont demandé et qui n'ont pas ergothérapeute.
260. P : **Quel est votre temps de travail ?**
261. E4 : mi-temps en court séjour gériatrique (CSG)
262. P : **Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?**
263. E4 : je suis ergothérapeute depuis juin 2015.
264. P : **Avez-vous des formations complémentaires ?**
265. E4 : formation orthèse,
266. Expérience : auxiliaire de vie pendant des années

Annexe XII : Entretien ergothérapeute 5 (E5)

1. P : **Quels sens donnez-vous à la chute de la personne âgée ?**
2. **Je l'entends dans le sens ou est-ce que c'est la chute qui va entraîner des**
3. **répercussions psychologiques ou est-ce que c'est les répercussions**
4. **psychologiques qui vont entraîner la chute ?**
5. E5 : moi je pense que c'est les deux c'est-à-dire que la chute peut entraîner des
6. répercussions psychologiques et les répercussions psychologiques peuvent
7. entraîner la chute. Une personne qui peut être bien psychologiquement mais avec
8. des troubles de l'équilibre ou de l'hypotension peut tout à fait chuter. On voit après
9. chez certains patients des syndromes post chute qui apparaissent. Ce sont des
10. angoisses pour se mettre debout, reprendre ses activités, et rester seul à la maison.
11. Mais on a aussi l'inverse dans le sens ou on a des patients relativement seul à
12. domicile, isolé qui ont peu de lien social. On a eu le cas de plusieurs qui ont du
13. coup chuté c'est là où s'est un peu nuancé car on a des patients qui ont fait plus ou
14. moins exprès en tombant d'eux même, tout ça pour être pris en charge en fait. Les
15. deux peuvent exister.
16. P : **Comment maintenir un équilibre occupationnel pour le patient âgé ayant**
17. **fait une chute à son domicile ?**
18. **Définition : Pour moi l'équilibre occupationnel est un concept ou l'on sous-**
19. **entend qu'il existe une harmonie idéale entre chaque catégorie d'occupation**
20. **(loisirs, soins personnels et productif) pour un même individu.**
21. E5 : C'est comment maintenir les activités de la personne ?
22. P : **oui c'est ça. Je parle des occupations de loisirs, soins personnels et de**
23. **productivité.**
24. E5 : Tout d'abord, cela passe par un accompagnement psychologique. Comme j'ai
25. dit après la chute, il y a des angoisses, une perte de motivation, d'envie. Dans les
26. séances on va privilégier la valorisation, l'encouragement dans nos principes de
27. prise en charge. On va diminuer l'angoisse lié à la station debout et petit à petit
28. moi je pense que c'est par des mises en situation en montrant à la personne quelle
29. est capable de faire des choses. Après je trouve que cela a des limites avec la
30. personne âgée car lorsqu'elle va rentrer au domicile il va y avoir un étayage
31. professionnel plus important. La personne âgée pourra donc s'y reposer dessus en
32. faisant faire aux aidants certaines occupations. Et certaines personnes âgées disent
33. qu'elles ne font plus grand chose mais que ça leurs convient. On a de tout mais
34. même si nous on veut recréer une dynamique, on sait pertinemment que au
35. domicile, la personne elle sera limité dans ses activités car c'est les aidants qui
36. vont faire la plupart des choses.
37. P : **Votre intervention s'inscrit-elle dans une filière gériatrique ?**
38. E3 : c'est-à-dire ?
39. P : **L'ensemble des intervenants autour d'une personne âgée coordonne leurs**
40. **actions au sein d'un réseau de santé pour faire le relais entre l'hôpital et le**

XXXVI

41. **domicile.**

42. E5 : oui pour moi notre intervention s'inscrit complètement dans une filière
43. gériatrique. On est vraiment en lien avec les professionnels des réseaux de santé
44. du domicile. Surtout que nous, au sein de l'hôpital on a un réseau de santé
45. gérontologique qui permet de faire un relais entre le domicile et l'hôpital. C'est à
46. dire que dès que l'on a une personne qui fait partie de ce réseau on peut faire une
47. visite à domicile en présence de ces professionnels. Dès que le patient sort de
48. l'hospitalisation, moi régulièrement, je mets des mots au réseau pour informés ces
49. professionnels de santé sur les capacités incapacités et ils me font des retours.
50. Ce réseau permet donc de mieux encadrer le retour au domicile

51. P : **S'inscrire dans une filière gériatrique vous paraît-il indispensable pour
52. un retour au domicile ?**

53. E5 : Tout à fait, selon moi il est indispensable pour un retour au domicile de
54. s'inscrire dans une filière gériatrique. Même pour les personnes qui ne sont pas
55. inscrite dans le réseau de santé, car ce n'est pas systématique. De toute les façons,
56. on est toujours en lien avec l'assistante sociale qui elle est en relation directe avec
57. les permanences du domicile. C'est comme cela que l'on se transmet les
58. informations sans cela notre intervention n'a pas vraiment de sens.

59. P : **La durée moyenne de séjour est-elle un atout au retour au domicile ?**

60. E5 : Moi je pense que la durée moyenne de séjour influence le retour au domicile
61. car pour les patients qui restent plus longtemps hospitalisé, on a vraiment le temps
62. de tout balayer, que ce soit les versants de la rééducation, de la réadaptation, et
63. d'aller au domicile avec des mises en situation. Cela permet vraiment de cibler là
64. où il reste des difficultés et de mettre en confiance la personne. Les séjours longs
65. préparent mieux le retour au domicile je trouve.

66. Sur des séjours plus court on n'a pas le temps de tout balayer et du coup je pense
67. qu'il y a des choses ou l'on passe à côté.

68. P : **les limites d'un maintien au domicile :**

69. E5 : Selon moi, l'état psychologique est une limite au maintien au domicile. Ce
70. sont les gens qui sont trop angoissé qui ont du mal a supporté la solitude et du
71. coup qui diminuent leur autonomie. Au contraire de l'état fonctionnel qui peut
72. être pallié par du matériel, ou des aides humaines.

73. P : **Quelles évaluations effectuez-vous en gériatrie, pour un patient ayant fait
74. une chute ?**

75. E5 : Tout d'abord, je fais un entretien avec le patient pour connaître ses habitudes
76. de vie.

77. J'évalue aussi l'équilibre avec le test moteur minimum (TMM) cela permet de
78. voir la mobilité de la personne que ce soit assis/debout/couché. Pour ce qui est du
79. cognitif, je fais un bilan rapide des fonction cognitive (ERFC) et souvent en
80. fonction des résultats je peux faire un bilan des praxies, un bilan fonctionnel des
81. membres supérieurs, et un indice de Bartel qui est un bilan des activités de vie
82. quotidienne, très succinct mais rapide et globale à faire passer. L'indice de Bartel

83. me permet d'avoir une vision globale de l'indépendance de la personne.

84. P : **Faites-vous passer la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel**

85. **(MCRO) ?**

86. E5 : non je n'utilise pas la grille de la MCRO car je ne la connais pas assez.

87. P : **Quels sont les principales étapes d'accompagnement pour un patient**

88. **ayant fait une chute ?**

89. E5 : Il faut d'abord apprendre à connaître la personne, son mode de vie, afin

90. d'établir son projet de vie. Je collabore avec le patient, c'est à dire que j'essaie de

91. rendre au maximum la personne actrice de sa rééducation sinon ça n'a pas de sens.

92. Puis je rencontre la famille pour avoir aussi leur point de vue, leurs inquiétudes et

93. en savoir un peu plus sur son environnement.

94. Pour moi mes principes de prise en charge sont la mise en confiance, la

95. revalorisation, la re motivation dans l'accompagnement car c'est un public plutôt

96. affaiblit.

97. Ensuite j'attaque la rééducation à proprement parler en travaillant les fonctions

98. déficitaires mais plus au niveau moteur dans un premier temps pour que la

99. personne, dans le service avec les soignants, elle retrouve une certaine

100. indépendance. Une fois que cela est acquis

101. Je vois la réadaptation par des mises en situation en chambre : toilette ou en

102. milieu écologique à savoir, la cuisine...

103. A ce moment-là, j'inclus un travail cognitif et moteur pour être au plus près des

104. situations qu'elle rencontrera à domicile.

105. P : **Quels bénéfices et limites voyez-vous dans la mise en place d'atelier de**

106. **prévention des chutes ?**

107. E5 : Je mets en place des ateliers de prévention des chutes.

108. Les bénéfices :

109. La présence du groupe est très porteur car ce sont plusieurs personnes qui ont

110. rencontrer la même problématique. Ils peuvent alors s'identifier les uns aux

111. autres en partageant leurs expériences et leurs inquiétudes. La personne se rend

112. alors compte qu'elle n'est pas seul dans cette situation. Avec le groupe, la

113. personne âgée va pouvoir retrouver un lien social.

114. Le peu de groupe qui sont fait ici en rééducation, on constate que souvent les

115. personnes ont des meilleures performances pendant le groupe qu'en prise en

116. charge individuelle.

117. Limites :

118. L'atelier en groupe de prevention des chutes ne fait pas de cas par cas donc ça

119. reste de la prise en charge globale sans forcément s'attarder sur des

120. problématiques personnelles.

121. C'est à dire que ça correspond à tout le monde sans être personnalisé. C'est

122. difficile en groupe de personnalisé et de faire en fonction de chacun. Il y a des

123. modalités comme le relevé du sol qui ne sont pas très adapté en pratique pour la

124. personne âgée. Le relevé de sol en théorie il est très bien mais en pratique les

XXXVIII

125. personnes âgées elles ont souvent des problématiques physiques et fonctionnelles
126. qui font que le relevé de chute même en décomposant les étapes c'est très
127. compliqué à réaliser seul. Déjà qu'en pratique, il me semble qu'en rééducation
128. avec des soignants pour aider le patient âgé à se relever c'est compliqué. C'est
129. bien de montrer les étapes à faire pour se relever pour peut être rassuré la
130. personne mais dans le fond moi il me semble qu'en pratique seul, après une
131. chute au sol, avec tout l'impact psychologique que cela entraîne ça me paraît
132. compliqué.

133. P : **Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur les limites des ateliers**
134. **de prévention des chutes ?**

135. E5 : Pour moi, cela passe par des prises en charge en individuel pour vraiment
136. s'adapter à la problématique de la personne.

137. Dans un groupe de prévention des chutes on peut avoir des personnes qui
138. présentent des bonnes capacités de marche, d'équilibre mais qui ont des
139. problématiques qui font quelles peuvent chuter mais c'est gens-là en soit le
140. relever du sol ils pourront l'effectuer. Pour autant, des patients qui ont des
141. périmètres de marche plus réduits, des difficultés fonctionnelles à la marche, la
142. séance individuelle va leur permettre de bien trouver une aide technique à la
143. marche qui leur corresponde, et de reprendre cette utilisation dans leur quotidien.
144. Et par contre au niveau du relevé de chute même si les patients ne veulent pas
145. forcément réaliser le relevé du sol en groupe, ça va être plus détaillé les étapes
146. des actions à réaliser quand la personne chute. C'est-à-dire, voir si la personne
147. n'a pas de blessure arriver à se calmer, essayer de s'asseoir contre un mur,
148. prévenir par la téléalarme et attendre le plus calmement possible les secours. Ça
149. va être plus des moyens de compensations sans trouver une solution à la chute.

150. P : **si je comprends bien ça va être différentes solutions et la personne va**
151. **pouvoir piocher en fonction de sa situation.**

152. E5 : oui c'est cela et en fonction de ses possibilités.

153. P : **Avant un retour au domicile, réalisez-vous une évaluation spécifique des**
154. **occupations ?**

155. **Définition : Pour moi l'occupation regroupe un ensemble d'activité qui a**
156. **une signification et une valeur propre pour la personne. On les classe en 3**
157. **catégories : loisirs, soins personnels et de productivité.**

158. **Si oui, par quel professionnel, dans quel environnement et par quel type**
159. **d'accompagnement (collectif ou individuel) ?**

160. E5 : non je ne réalise pas systématiquement une évaluation spécifique des
161. occupations, je peux le faire si l'équipe se pose la question de quel type d'aide
162. on doit mettre à la personne pour le domicile. En effet, on a très souvent une idée
163. des activités qui sont réalisées par la personne, avec l'étayage au domicile, on est
164. en contact avec les professionnels qui eux nous explique comment se déroule les
165. activités que se soins personnels, de loisirs et de productivité. C'est
166. l'ergothérapeute qui est au courant de ce genre de chose ou les médecins qui

167. savent comment se débrouille la personne mais eux ont une idée beaucoup plus
168. générale et nous si on veut des précisions là on va aller questionner les
169. professionnels de santé. Après cela peut être aussi les aides-soignants qui vont
170. nous expliquer comment se déroule la toilette, les soins personnels ici à l'hôpital,
171. cela peut nous donner des indications.
172. S'il n'y avait pas d'étayage professionnel ou peu d'aide à domicile, donc là, oui
173. je vais évaluer en fait dans quelles activités la personne a besoin d'un
174. accompagnement mais pour les personnes qui ont déjà un gros étayage, qui ont
175. un aidant à la maison, non je ne le fais pas forcément.
176. P : **Pour que cela soit plus signifiant, où et comment pourrait se dérouler**
177. **l'évaluation des occupations avant un retour au domicile ?**
178. E5 : L'idéal c'est d'évaluer au domicile. Ce que l'on rencontre souvent chez la
179. personne âgée c'est que si on l'évalue dans un milieu qui n'est pas le sien, moi il
180. me semble que même si ça donne une idée générale, c'est quand même pas très
181. probant dans le sens où, le fait que se soit pas son environnement, cela peut la
182. perturber. L'idéal pour moi c'est d'aller au domicile, avec la personne.
183. L'observer dans son milieu.
184. L'idéal se serait faire une visite à domicile et mettre la personne en situation en
185. fonction de l'activité que l'on veut évaluer.
186. P : **Evaluer vous aussi la satisfaction de la personne âgée dans la réalisation**
187. **des occupations ?**
188. E5 : j'évalue la satisfaction de la personne âgée mais pas de manière formelle.
189. Durant mon entretien, je demande si la personne est satisfaite de sa situation au
190. domicile, et s'il y a des choses qu'elle aimerait améliorer ou pas.
191. P : **La prise en compte du domicile, lors de l'évaluation des occupations,**
192. **vous semble-t-elle plus propice à un transfert des acquis, pour la personne**
193. **âgée ayant fait une chute ?**
194. E5 : Oui dans la mesure où si on ne tient pas du tout compte des conditions du
195. domicile, la personne elle va certes apprendre des choses mais si elle peut pas les
196. mettre en application au domicile ça n'a aucun intérêt en fait.
197. Pour moi cela ne sert à rien de modifier les habitudes de vie lors des activités si
198. on sait pertinemment qu'au domicile c'est infaisable. C'est pourquoi, les visites à
199. domicile me semblent indispensable pour avoir la réalité du terrain. Ces visites
200. avec les mises en situations durent en moyenne une demi-journée (3h).
201. P : **Depuis combien de temps exercez-vous en gériatrie ?**
202. E5 : j'exerce en gériatrie depuis 6 mois.
203. P : **Dans quelle structure travaillez-vous ?**
204. E5 : je travaille dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en
205. hôpital gériatrique.
206. P : **Exercez-vous dans une équipe pluridisciplinaire ou seule ?**
207. E5 : J'exerce dans une équipe pluridisciplinaire composé : le moniteur d'activités
208. physiques adaptés, de psychomotriciens, d'assistantes sociales, de psychologue,

209. d'infirmiers, de médecin, de neuropsychologues, de kinésithérapeutes, et
210. d'orthophonistes.
211. Nous sommes 4 ergothérapeutes au sein de l'hôpital.
212. P : **Quel est votre temps de travail ?**
213. E5 : je travaille à 100%.
214. P : **Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?**
215. E5 : je suis ergothérapeute depuis juin 2015.
216. P : **Avez-vous des formations complémentaires ?**
217. E5 : formation "être formateur occasionnel"

Annexe XIII : Entretien ergothérapeute 6 (E6)

1. **P : Quels sens donnez-vous à la chute de la personne âgée ?**
2. **Je l'entends dans le sens ou est-ce que se sont les répercussions psychologiques**
3. **qui entraînent la chute ou la chute qui entraînent les répercussions**
4. **psychologiques ?**
5. E6 : je pense que c'est les deux, c'est-à-dire que à la fois les répercussions
6. psychologiques peuvent entraîner une chute mais la chute peut aussi entraîner des
7. répercussions psychologiques.
8. **P : Comment maintenir un équilibre occupationnel pour le patient âgé ayant**
9. **fait une chute ? Pour moi l'équilibre occupationnel est un concept ou l'on**
10. **sous-entend qu'il existe une harmonie idéale entre chaque catégorie**
11. **d'occupation (loisirs, soins personnels et productif) pour un même individu.**
12. E6 : Je réfléchis... En gros c'est comment on tient compte des habitudes de vie ?
13. **P : oui, ça en fait partie.**
14. Dès que le patient arrive on la voit en bilan pour faire un entretien afin de
15. connaître son environnement et ses habitudes de vie. Il permet aussi de savoir
16. davantage sur ce qui est important pour lui en terme de rééducation et de
17. réadaptation. Cela permet d'orienter l'accompagnement en fonction de ses
18. attentes. On va lui demander ses projets en terme de travaille en rééducation. Il est
19. important de voir avec lui ce qu'il veut maintenir comme capacité et c'est sur cela
20. que l'on va axer notre rééducation. S'il me dit que ce qui est important pour lui
21. c'est de savoir faire sa toilette on va s'axer sur ça mais après ça peut être
22. complètement autre chose.
23. **P : Donc si je résume vous priorisez en fonction des attentes du patient.**
24. E6 : oui
25. **P : Votre intervention s'inscrit-elle dans une filière gériatrique ?**
26. E6 : Juste pour que l'on soit d'accord filière gériatrique tu veux dire prise en
27. charge gériatrique ?
28. **P : Oui c'est ça, c'est-à-dire l'ensemble du réseau de santé qui se met en place**
29. **autour du patient rentrant au domicile que ce soit les équipes mobiles**
30. **gériatrique et les relais avec le domicile.**
31. E6 : Mon intervention s'inscrit dans une filière gériatrique. On est en lien avec le
32. réseau de santé de l'hôpital. Je peux faire les visites avec les équipes mobiles.
33. **P : S'inscrire dans une filière gériatrique vous paraît- il indispensable pour**
34. **un retour au domicile ?**
35. E6 : Oui cela me paraît vraiment important les équipes mobiles en gériatrie. Cela
36. permet de faire un relais avec le domicile parce qu'effectivement il peut y avoir
37. un suivi après l'hôpital. Pour nous en service de soin de suite et de réadaptation
38. (SSR) la personne vient à l'hôpital, on fait la rééducation et après elle repart. Du

39. fait qu'il y ait le réseau de santé à l'hôpital avec les équipes mobiles, on a
40. l'impression qu'il y a plus de cohérence dans les retours au domicile. Il y a déjà un
41. lien qui se crée entre le patient et le réseau dès l'hôpital.
42. P : **La durée moyenne de séjour est-elle un atout au retour au domicile ?**
43. **Pouvez-vous justifier ?**
44. E6 : Pour moi, plus la parole de l'ergothérapeute va être prise en compte, plus
45. la rééducation va être poussée moins il y aura de chance que les gens retombent au
46. domicile. Les visites à domicile peuvent être avec le réseau de santé de l'hôpital.
47. On voit beaucoup de patients qui reviennent. Ce sont souvent des personnes qui
48. vont revenir parce que les gens qui chutent sont appelé à rechuter.
49. Plus on va faire de choses en terme de visite à domicile ou de réadaptation dans la
50. vie quotidienne moins il y a de chance que la chute se reproduise.
51. Pour moi il y a un facteur de dépendance selon la durée du séjour.
52. P : **Quelles sont pour vous les limites d'un maintien au domicile ?**
53. E6 : Il y en a plusieurs :
54. Pour moi, les patients qui ont beaucoup de troubles cognitifs sont limités dans le
55. maintien au domicile.
56. Pour ceux qui ont beaucoup de difficultés motrices, ça dépend des aides en fait :
57. Si ce sont des patients peu autonomes, la condition pour qu'il y ait maintien au
58. domicile, c'est d'avoir un plan d'aide à domicile conséquent et un gros étayage
59. familial.
60. Il y a aussi l'environnement du domicile en lui-même qui conditionne le maintien
61. au domicile.
62. Par exemple quelqu'un qui va être en fauteuil ou qui va avoir beaucoup de
63. troubles de l'équilibre et qui a une maison à trois étages le retour à domicile ne
64. pourra pas se faire.
65. Il y a aussi des situations où le patient refuse ou bien n'a pas la place pour le
66. matériel préconisé par l'hôpital alors qu'il en aurait besoin.
67. P : **Quelles évaluations effectuez-vous en gériatrie pour un patient ayant fait**
68. **une chute ?**
69. E6 : On commence par un entretien pour faire la connaissance de la personne et
70. son projet. Il renseigne sur sa profession, ses loisirs, qu'est-ce qu'il est important
71. pour elle, son mode de vie, les éventuelles aides à domicile, la description de son
72. domicile. Il permet aussi de savoir
73. Ses capacités antérieures en matière d'autonomie.
74. Puis on fait un bilan des membres supérieurs, un bilan articulaire, musculaire, un
75. bilan des préhensions et un bilan fonctionnel. On évalue enfin les transferts en
76. chambre.
77. On fait ensuite un bilan d'équilibre de marche le Tinetti, C'est le seul qui est
78. validé.
79. On peut faire un bilan cognitif de type évaluation rapide des fonctions
80. cognitives (ERFC) ou le test des 5 éléments mais nous globalement on le fait peu.

81. Si on a besoin de plus d'éléments au niveau cognitif on va le faire plutôt en
82. situation avec le KTA. On a souvent déjà une idée avec l'entretien de ce qu'il faut
83. creuser ou pas au niveau cognitif et dans ce cas-là c'est surtout les
84. neuropsychologues qui le font.
85. P : **Faites-vous passer la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel**
86. **(MCRO) ?**
87. E6 : En fait, on ne l'a pas la MCRO.
88. J'ai regardé pour l'acheter avec mes supérieurs mais je trouve que cela serait
89. hyper intéressant d'utiliser la MCRO.
90. P : **Quels sont les principales étapes d'accompagnement pour un patient**
91. **ayant fait une chute ?**
92. E6 : Tout d'abord nous faisons un entretien puis des bilans. Les bilans sont très
93. importants car ils conditionnent notre prise en charge. La relation de confiance est
94. indispensable également surtout pour des personnes qui ont des syndromes post-
95. chute.
96. Je peux faire ensuite un lien avec la famille quand je les vois, sinon j'attends
97. d'avoir vu avec le patient comment il est en essayant de le mettre debout On va y
98. aller progressivement, d'abord se pencher en avant après essayer de se mettre
99. debout avec un guidon de transfert éventuellement pour diminuer le syndrome
100. post chute et après on fera un lien avec la famille mais une fois que je l'aurai vu.
101. Puis je fais la rééducation. Je mets en place les aides techniques à la marche
102. pendant le bilan par exemple.
103. P : **Quelles bénéfices et limites voyez-vous dans la mise en place d'atelier de**
104. **prévention des chutes ?**
105. E6 : Je mets en place un atelier de prévention des chutes une fois par semaine.
106. Les bénéfices :
107. L'atelier permet de travailler l'équilibre et montre les techniques de relevé du sol.
108. C'est positif quand ils arrivent à échanger, mais ce n'est pas toujours le cas
109. S'ils peuvent échanger sur la chute, sur ce qu'ils ont ressentis c'est bénéfique. Le
110. fait aussi de se sentir moins seuls, et de voir comment les autres ont pu évoluer
111. avec leur syndrome post chute. Le groupe permet de créer une émulation. Une
112. prise de conscience peut apparaître. C'est intéressant par le fait que ce n'est pas
113. forcément des patients que l'on voit en individuel. En effet, parfois c'est
114. le moniteur d'activités physiques adaptés qui les voit et non l'ergothérapeute.
115. Le groupe permet donc de connaître des patients que l'on ne connaissait pas et
116. que les médecins ne nous auraient pas prescrits.
117. Les limites :
118. Dans la limite ou ce n'est qu'une fois par semaine ; donc pour des gens qui
119. restent
120. peu à l'hôpital, ils ne peuvent pas toujours y participer.
121. Ce sont des exercices en groupe donc le suivi ne peut pas vraiment être
122. individualisé et on ne suit pas chacun comme on le ferait en individuel.

123. Pour le relevé du sol, il n'y a qu'une personne qui a le temps de passer et encore
124. pas tout le temps. Quelquefois c'est nous qui montrons et on ne les met pas en
125. situation par limite de temps ou d'envie des patients donc ça peut être un frein.
126. Il y a pas mal de gens qui ont des troubles cognitifs et qui ont du mal à se
127. rappeler et à s'approprier la technique.

128. P : **Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur les limites des ateliers ?**

129. E6 : l'atelier permet de se rendre compte de certaines difficultés et de pouvoir
130. reprendre certaines choses qu'on a vu en groupe en individuel. Le but c'est de
131. pouvoir faire un lien entre l'individuel et le groupe. Quand je vois les difficultés
132. de groupe, je peux les mettre en situation en chambre par exemple.

133. P : **L'évaluation spécifique des occupations avant un retour au domicile, se**
134. **déroule-t-elle ?**

135. **Pour moi l'occupation regroupe un ensemble d'activité qui a une**
136. **signification et une valeur propre pour la personne. On les classe en 3**
137. **catégories : loisirs, soins personnels et de productivité.**

138. E6 : Pour moi on fait une évaluation des occupations. On a fait souvent une
139. évaluation au début par l'entretien. Par exemple à la toilette, on lui demande
140. comment il prend sa toilette, comment il fait le transfert dans le lit. Voilà de
141. toute manière on fait des mises en situation tout au long de son hospitalisation
142. pour voir l'évolution. Par exemple, on fait des toilettes évaluatives directement
143. en chambre à l'hôpital.

144. P : **Pour que cela soit plus signifiant, où et comment pourrait se dérouler**
145. **l'évaluation des occupations avant un retour au domicile ?**

146. E6 : Pour que ce soit plus signifiant, pour moi, l'évaluation des occupations doit
147. se faire à domicile car certaines personnes nous disent : chez moi ce n'est pas du
148. tout comme ça.

149. C'est mieux à domicile mais c'est compliqué en terme de logistique et
150. d'organisation. Quand je fais des visites à domicile qui peuvent aller au
151. maximum à une heure et demi, il m'arrive très souvent de faire des mises en
152. situation.

153. P : **Evaluer vous aussi la satisfaction de la personne âgée dans la réalisation**
154. **des occupations ?**

155. E6 : On demande leur satisfaction dans leurs activités mais on n'évalue pas de
156. manière chiffré. C'est juste dans la relation.

157. P : **La prise en compte du domicile lors de l'évaluation des activités vous**
158. **semble-t-elle plus propice à un transfert des acquis pour la personne âgée**
159. **ayant fait une chute ?**

160. E6 : Oui, cela me permet de voir, dans un environnement qui n'est pas forcément
161. adapté comme celui de l'hôpital, comment il se débrouille.

162. P : **Depuis combien de temps exercez-vous en gériatrie ?**

163. E6 : j'exerce en gériatrie depuis deux ans et demi

164. P : **Dans quelle structure travaillez-vous ?**

165. E6 : j'exerce en service de soin de suite et de réadaptation (SSR) au sein de
166. l'hôpital gériatrique.
167. P : **Exercez-vous dans une équipe pluridisciplinaire ?**
168. E6 : Oui, j'exerce dans une équipe pluridisciplinaire composé : le moniteur
169. d'activités physiques adaptés, de psychomotriciens, d'assistantes sociales, de
170. psychologue, d'infirmiers, de médecin, de neuropsychologues, de
171. kinésithérapeutes, et d'orthophonistes.
172. Nous sommes 4 ergothérapeutes au sein de l'hôpital.
173. P : **Quel est votre temps de travail ?**
174. E6 : je travaille à temps plein
175. P : **Depuis combien de temps possédez-vous votre diplôme d'ergothérapeute**
176. ?
177. E6 : je suis ergothérapeute depuis 9 ans.
178. P : **Est-ce que vous avez eu des formations complémentaires ?**
179. E6 : En pédiatrie et une formation à la manutention

Annexe XIV : grilles d'analyses

Grille 1 : La chute de la personne âgée,

	La relation entre la chute et le vieillissement	L'équilibre occupationnel de la personne âgée
Ergothérapeute 1	<p>« En neuro-gériatrie, je gère surtout la chute qui entraîne un traumatisme » l'accident vasculaire cérébrale (AVC) qui entraîne la chute. « Tellement peur de chuter qu'elle a réduit ses activités ». « Elle risque de chuter parce qu'elle fait trop attention. Elle n'est plus dans des gestes automatiques ». « On peut avoir les 2 cas c'est-à-dire les répercussions psychologiques qui entraîne la chute et l'inverse. »</p> <p>« Avec l'âge c'est souvent la première chute qui entraîne l'ensemble. »</p>	<p>« L'équilibre occupationnel c'est de pouvoir réaliser ses tâches antérieures en continuant à garder son autonomie... » « la prise en charge hospitalière en pluridisciplinaire (psychomotricienne, kinésithérapeutes...) est importante »</p> <p>« On se centre sur les occupations antérieures de vie mais notre accompagnement va se limiter aux activités de base (élémentaires/essentiels) en gériatrie. »</p> <p>« L'hôpital permet de redonner l'élan mais une fois à domicile si on ne peut pas les suivre. »</p> <p>« Pour redonner un équilibre occupationnel, il faut un minimum de suivi. Pour cela, la prise en charge à domicile est nécessaire. »</p>
Ergothérapeute 2	<p>« C'est les deux » c'est-à-dire les répercussions psychologiques qui entraîne la chute et l'inverse.</p> <p>« Si déjà la personne a de l'appréhension vis à vis d'une chute antérieure c'est déjà un facteur aggravant de chute. » « Qui favorise une nouvelle chute » « C'est un cercle vicieux. » « La chute...est multifactorielle. »</p> <p>« les facteurs de chute en 4 catégories : les facteurs sociodémographique (avancée en âge, isolé, femme vis à vis de l'ostéoporose, ressources humains), facteurs environnementaux (liés aux obstacles dans le domicile de la personne âgée. : tapis, luminosité, encombrements au sol, danger de l'extérieur, animaux domestiques), risque lié aux vieillissements(organe, fonte musculaire, sensoriel, pathologie chronique ou aiguë), facteur de</p>	<p>« Commence par...connaître leurs habitudes de vie antérieures, « comment ils faisaient dans leurs activités élémentaires avant leur chute »</p> <p>« Je centre mon entretien sur ce qui était signifiant pour le patient. »</p> <p>« Je prends en compte le projet de vie et les attentes de l'entourage aussi. »</p> <p>« Loisir, je m'y attarde beaucoup moins dessus. »</p> <p>« Mettre en contact avec l'entourage, pour faire du lien. »</p> <p>« Fiche sur la prévention des chutes...à domicile : présente les différentes aides techniques, les choses à ne pas faire, et les activités à favoriser (l'activité physique adapté par exemple) »</p>

	<p>risque lié aux comportements (prise de médicaments, pas utiliser d'aide technique alors qu'elle en a besoin, non port des lunettes) « tout ça ..c'est des prises de risques »</p>	
Ergothérapeute 3	<p>« Les répercussions psychologiques peuvent entraîner la chute mais c'est plus fréquemment la chute qui va entraîner des répercussions psychologiques. » « Souvent...des personnes prennent conscience de leur fragilité quand elle chute. » « La chute entraîne souvent une hospitalisation et parfois des fractures » « donc c'est un basculement dans leur vie » « Pour peu que le patient est eu une fracture et qu'il soit donc resté trop longtemps au sol ça a des conséquences en terme de rééducation et en terme de stress » «les patients en parlent, ...se souviennent »</p>	<p>« Préoccupation de tendre vers un équilibre occupationnel selon mon lieu de pratique. » « En Soins de Suite et de Réadaptation (SSR),... je suis assez peu attentive à l'équilibre entre les occupations de loisirs et les occupations fonctionnels (lié aux transferts, la cuisine.) » « C'est...lié à la population très dégradé qui est accueilli en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : ma préoccupation ... juste de permettre le retour à domicile dans des conditions de sécurité. » « Je m'attarde plus sur les activités basales de la vie. » « On aborde à peine... les activités de loisirs » « En Hôpital De Jour (HDJ) par contre, l'élaboration d'un projet de vie » « prévention des troubles psycho comportementaux qui font que les activités de loisirs ...ont leurs places » « effectivement il doit y avoir un certain équilibre entre les activités instrumentales, les activités basales et les activités de loisirs » « Discussion ou on essaye de voir, si le fait d'être monopoliser par les activités instrumentales ..ce n'est pas gênant pour faire des activités de loisirs» « le fait de faire des activités instrumentales, ça peut être un point équilibrant pour certaine personne qui en fait on beaucoup de plaisir à faire » « Évoquer avec le patient comment rétablir des activités de loisirs qui vont ouvrir sur l'extérieur en remettant du lien social pour prévenir voire limiter les troubles psycho-comportementaux. » « le patient place centrale et je collabore avec lui »</p>
Ergothérapeute 4	<p>« Pour moi c'est les deux, » « Pour moi c'est autant les répercussions psychologiques qui vont entraîner la chute que la chute qui va entraîner des répercussions psychologiques » « il y a la chute et le contexte de chute » Selon le contexte « les répercussions psychologiques</p>	<p>« Vois avec la personne âgée ...les occupations qui sont importante pour elle... » « Je priorise les occupations qui lui son nécessaire. » « Faire en sorte qu'il y ait soit des aides humaines ou matérielles pour l'aider à maintenir ses activités » « Se centrer sur l'importance des occupations antérieures à la chute de la personne pour que son adhésion soit totale. »</p>

	seront différentes derrière. »	« Il faut se centrer sur le projet de vie, ses motivations, ce qu'elle aimait faire, et pourquoi, si elle peut plus le faire, donner les raisons. » « Rentrer dans les activités et l'analyser. »
Ergothérapeute 5	« C'est les deux c'est-à-dire que la chute peut entraîner des répercussions psychologiques et les répercussions psychologiques peuvent entraîner la chute. » « Une personne ...bien psychologiquement mais avec des troubles de l'équilibre...peut ..chuter. » « On voit après chez certains patients des syndromes post chute ...des angoisses pour se mettre debout, reprendre ses activités, et rester seul à la maison. » « On a aussi l'inverse dans le sens ou on a des patients relativement seul à domicile, isolé qui ont peu de lien social ..qui ont fait plus ou moins exprès en tombant d'eux même, tout ça pour être pris en charge »	« Établir son projet de vie. » Je collabore avec le patient, c'est à dire que j'essaie de rendre au maximum la personne actrice» « Accompagnement psychologique : après la chute, il y a des angoisses, une perte de motivation, d'envie. » « Dans les séances on va privilégier la valorisation, l'encouragement dans nos principes de prise en charge. » On va « diminuer l'angoisse : par des mises en situation en montrant à la personne quelle est capable de faire des choses. » « Cela a des limites avec la personne âgée car lorsqu'elle va rentrer au domicile il va y avoir un étayage professionnel plus important : elle pourra donc s'y reposer dessus en faisant faire aux aidants certaines occupations. » « Certaines personnes âgées disent qu'elles ne font plus grand chose mais que ça leurs convient. » « on sait pertinemment que au domicile, la personne elle sera limité dans ses activités car c'est les aidants qui vont faire la plupart des choses. »
Ergothérapeute 6	« je pense que c'est les deux, c'est-à-dire que à la fois les répercussions psychologiques peuvent entraîner une chute mais la chute peut aussi entrainent des répercussions psychologiques. »	« Connaître son environnement et ses habitudes de vie. » Il permet aussi de savoir davantage sur ce qui est important pour lui en terme de rééducation et de réadaptation. « Orienter l'accompagnement en fonction de ses attentes. » « Demander ses projets en terme de travaille en rééducation. » « Voir avec lui ce qu'il veut maintenir comme capacité et c'est sur cela que l'on va axer notre rééducation. »
Consensus	- les répercussions psychologiques vont entrainer la chute mais la chute peut entrainer des répercussions psychologiques (E1 E2 E3 E4 E5 E6) - l'appréhension de la chute facteur aggravant (E1 E2) - réduction des activités (E1 E5) - plus souvent la chute qui entraine des traumatismes psychiques. (E1 E3)	- se centrer sur les occupations antérieures de vie (E4 E1). - connaitre les habitudes de vie antérieures (E2 E6) - s'attachent aux activités basales, élémentaires (E1, E2, E3 SSR) - se centrer sur le projet de vie (E2 E3 HDJ E4 E5) - les activités de loisirs ont leur place dans la prevention des troubles psycho

		comportementaux (E2 E3). - collabore avec le patient (E3 HDJ E5)
Non consensus	<p>E2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - multifactorielle avec des facteurs de risques. - prise de risque - l'appréhension favorise une nouvelle chute <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise de conscience de la fragilité - le temps au sol et s'il y a fracture cela a des conséquences <p>E4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - différencier chute du contexte de chute - Selon le contexte les répercussions psychologiques sont différentes <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - syndrome post chute - repli chez soi - personne isolée veut être prise en charge 	<p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'équilibre occupationnel : réaliser ses tâches antérieures en gardant son autonomie. - pluridisciplinarité. - une prise en charge au domicile <p>E2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - signifiant pour le patient - attentes de l'entourage - activités de loisirs : fiche de prévention à domicile ou discussion <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - selon les lieux de pratiques. - lien social - SSR : retour à domicile dans les conditions de sécurité - HDJ : équilibre occupationnel. Je collabore - SSR : peu d'équilibre occupationnel <p>E4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prioriser ses occupations pour la motiver - aide humaines ou matériel aide à maintenir ses activités - Rentrer dans chaque activité <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - frein à la reprise des occupations : étayage professionnel - Accompagnement psychologique en post chute - mises en situations diminue l'angoisse - Principe de prise en charge : valoriser et encourager <p>E6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaître l'environnement - attentes du patients en terme de capacité à maintenir

Grille d'analyse 2 : Le retour au domicile du patient chuteur

Le retour à domicile du patient chuteur			
	Filière gériatrique	La durée moyenne de séjour	Limites du maintien au domicile
Ergothérapeute 1	<p>« ce n'est pas nous qui avons forcément des contacts avec les réseaux de santé de proximité au domicile. »</p> <p>« contacte de temps en temps mais ...c'est plus l'assistante sociale. Par contre, notre compte rendu va faire le contact. »</p> <p>« Plus il y aura des liens plus le patient se sentira en sécurité « Faire du lien me semble indispensable »</p> <p>« à la maison le patient sait que s'il y a un souci, les intervenants du domicile peuvent rappeler les médecins de l'hôpital. » « Ce n'est pas légalisé mais on reste en contact après le retour au domicile du patient. » « Si on avait un intervenant ergothérapeute au domicile, on passerait le relais, mais comme il n'y en a pas. »</p> <p>« Pour la chute, très peu d'ergothérapeute qui interviennent en libéral, et il faut que le patient ait les moyens, j'ai rarement rencontré. »</p>	<p>« En gériatrie ..on a des durées moyennes de séjour (DMS) très courtes » « en neurologie, on a un peu plus de temps c'est à dire 3 mois. »</p> <p>« Pour certains patient chuteurs tout court sans pathologie neurologique derrière, une prise en charge assez précoce rapide et pluridisciplinaire, permet de les remettre vite à domicile. »</p> <p>« Après l'hospitalisation qui dure est souvent néfaste pour certains patients. Chez lui il peut reprendre tous ses automatismes et ça se passe bien. »</p> <p>« L'augmentation du temps d'hospitalisation, le stress, l'hospitalisation »</p> <p>« L'hôpital peut être facteur de chutes lorsqu'on a une hospitalisation qui dure »</p> <p>« C'est donc du cas par cas. »</p>	<p>« Le patient multi chuteur avec hospitalisation à répétition pour raison médicale. »</p> <p>« C'est le bénéfice/risque. »</p> <p>« Il vaut mieux agir en préventif. »</p> <p>« On sent que c'est trop limité (tombe tous les jours) ou que le patient n'accepte pas les aides aux domiciles et qu'il se met en danger. »</p> <p>« le refus d'intervention des aides au domicile. »</p>
Ergothérapeute 2	<p>« avec l'assistante sociale on s'organisait pour que le jour de la sortie, toutes les aides au domicile soient déployées. » « oui s'inscrire dans une filière gériatrique me paraît indispensable pour un retour à domicile car cela permet un retour à domicile</p>	<p>« ça peut être rassurant que les personnes restent à l'hôpital après une chute pour qu'elles puissent regagner en autonomie. »</p> <p>« S'il n'y a pas de remise en confiance</p>	<p>« la mise en danger du patient. »</p>

v

	sécuritaire avec un suivi sur du long terme »	est si elles sont renvoyées chez elle trop précocement ça peut être un peu traumatisant » « pour moi les durée moyenne de séjour (DMS) influence sur les conditions du retour au domicile. »	
Ergothérapeute 3	« on connaît théoriquement ces dispositifs : (maia), (esad), (ssiad) » « Bien entendu, on communique avec l'ensemble de ces dispositifs autant que possible lors de la préparation du retour au domicile. » « il y a peu de retour et de collaboration. : on a peu d'information pratique sur la manière dont le retour à domicile se passe... » « c'est une collaboration que l'on pourrait développer beaucoup plus. » « On est quand même un hôpital ou il y a beaucoup de réseau. : les équipes mobiles maladie Alzheimer (EMMA) qui vont parfois au domicile, : cela me permet de discuter avec eux et de leur adresser des patients à cet effet. » « c'est noté dans le compte rendu », « Avec les Equipes Spécialisées Alzheimer à domicile(esad), et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (maia) je transmet des indications mais je n'ai pas de retour » « Oui mettre en place un réseau pour que le patient ait un relais au domicile est indispensable pour permettre un meilleur retour au domicile. » « choses que l'on doit développer : qui commence : il y a une communication entre l'hôpital et les réseaux extérieurs. « Cela doit encore s'améliorer et c'est	« les impératifs de durée moyenne de séjour (DMS) oui clairement ça influencent le retour au domicile. » « il y a des retours à domicile très rapide et donc très précaire : face à une vérité un peu difficile à gérer pour permettre un retour à domicile. » « des contraintes de durée de séjour et des médecins qui sont plus ou moins sensibles : certains quelque soit la situation fonctionnelle et sociale font le retour au domicile au bout de 3 semaines par ce que par une pth c'est 3 semaines environ et d'autre moins d'accord qui concertent la famille pour voir ce qu'ils veulent faire après » « Dans ce cas, c'est clair qu'il y a des patients qui deviennent plus dépendant car il reste trop à l'hôpital. » « Si le retour au domicile ne peut pas se faire, ce sont des patients qui vont rester longtemps dans le service et qui vont alors couler de l'argent. » « équilibre difficile entre le fait de leurs	« la volonté du patient, l'appréhension par rapport au risque de chute, l'absence d'entourage, Les troubles cognitifs massifs. » « si le patient a des troubles cognitifs, un absence d'entourage ou s'il y a un entourage, avec des trouble cognitifs (désorientation nuit/jour, trouble du comportement, et déambulation) alors pas de maintien au domicile. »

	indispensable sinon les retours à domicile ça ne marche pas. »	faire prendre des risques en les faisant retourner à domicile, et le fait qu'il soit plus dépendant » « les risques à domicile sont vraiment réels pour certain, qu'il y ait à nouveau une chute. »	
Ergothérapeute 4	« Nous sommes en lien avec les équipes intra et extra hospitalières. » « Quand nous avons des patients ou le retour au domicile semble difficile, on va interpeller l'équipe mobile extra hospitalier pour qu'elle aille voir au domicile. » « L'Assistante sociale et l'ergo ont mis en place des aides avec la famille » « solliciter une équipe spécialisé Alzheimer (ESAD) pour quelle fasse ce travaille sur du long court » « On travaille déjà en lien dans le service et après avec les autres équipes qui existent à l'extérieur c'est vraiment du cas par cas. » « Pour moi oui, s'inscrire dans une filière gériatrique me paraît indispensable « on va pas forcément faire le lien avec les équipes du reseaux » (patient va bien) « Par contre, l'entourage est primordial. » « S'il n'y a pas d'entourage ça peut être aussi bien la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (maia), les Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), ou le Centre communal d'action sociale (CCAS). » « La filière gériatrique est indispensable mais parfois c'est compliqué de s'y retrouver entre toutes les	« La durée moyenne de séjour va influencer le retour au domicile. » « Si la personne reste longtemps : ce n'est jamais bon quand on est une personne âgée de rester alitée longtemps. » « Tout à fait, la longueur de l'hospitalisation c'est un facteur de dépendance : fonte musculaire assez rapide et elles peuvent donc très vite perdre l'autonomie. » « une personne avec des troubles cognitifs peut perdre rapidement ses repères, ce n'est pas forcément bon. » « Plus le retour à domicile est rapide mieux s'est pour la personne dans la limite des possibilités médicale et autre bien sûr. »	« la plus grande limite d'un maintien à domicile c'est la non sécurité. » « volonté de la personne influence aussi ». « si vraiment elle veut rester à domicile et que pour nous ça ne nous paraît pas sécuritaire, qu'elle se met en danger elle ou les autres, (troubles cognitifs trop massif, conduite) on stoppera le maintien au domicile. » « Une personne qui peut plus ...subvenir à ses besoins élémentaires et ou l'environnement (marche.), et n'est pas capable d'alerter si elle chute. » « Ce sont des choses qui sont importantes pour vivre chez soi. » « Il est indispensable de prendre en compte l'environnement social ou voir avec (MAIA). Et faire en sorte qu'elle soit accepté. »

	équipes d'accompagnements qui existent. » « c'est compliqué surtout pour les familles. C'est bien de pouvoir les conseillers avec l'Assistante sociale. »		
Ergothérapeute 5	<p>« oui notre intervention s'inscrit complètement dans une filière gériatrique. » « On est vraiment en lien avec les professionnels des réseaux de santé du domicile. » « au sein de l'hôpital on a un réseau de santé gérontologique qui permet de faire un relais entre le domicile et l'hôpital. » « dès que l'on a une personne qui fait partie de se réseau on peut faire une visite à domicile en présence de ces professionnels. » « moi régulièrement, je mets des mots au réseau pour informés ces professionnels de santé sur les capacités incapacités et ils me font des retours. » « ce reseau permet donc de mieux de encadrer le retour au domicile »</p> <p>« selon moi il est indispensable pour un retour au domicile de s'inscrire dans une filière gériatrique. »</p> <p>« Même pour les personnes qui ne sont pas inscrite dans le réseau de santé, car ce n'est pas systématique. »</p> <p>« on est toujours en lien avec l'assistante sociale qui elle est en relation directe avec les permanences du domicile. » « C'est comme cela que l'on se transmet les informations sans cela notre intervention n'a pas vraiment de sens. »</p>	<p>« je pense que la durée moyenne de séjour influence le retour au domicile »</p> <p>« les patients qui restent plus longtemps hospitalisé, on a vraiment le temps de tout balayer, que ce soit les versants de la rééducation, de la réadaptation, et d'aller au domicile avec des mises en situation. » « Cela permet vraiment de cibler là où il reste des difficultés et de mettre en confiance la personne. »</p> <p>« Les séjours longs préparent mieux le retour au domicile »</p> <p>« Sur des séjours plus court on n'a pas le temps de tout balayer et du coup je pense qu'il y a des choses ou l'on passe à côté. »</p>	<p>« l'état psychologique est une limite au maintien au domicile. » « ceux du mal a supporté la solitude et du coup qui diminuent leur autonomie. »</p> <p>« Au contraire de l'état fonctionnel qui peut être pallié par du matériel, ou des aides humaines. »</p>
Ergothérapeute 6	<p>« Oui mon intervention s'inscrit dans une filière gériatrique car on est en lien avec le réseau de santé de l'hôpital. »</p> <p>« cela me paraît vraiment important les équipes</p>	<p>« plus la parole de l'ergothérapeute va être prise en compte, plus la rééducation va être poussée moins Il y aura de chance que les gens retombent au domicile. »</p>	<p>« les patients qui ont beaucoup de troubles cognitifs sont limités dans le maintien au domicile. »</p> <p>« Pour ceux qui ont beaucoup de difficultés</p>

	<p>mobiles en gériatrie. Cela permet de faire un relais avec le domicile parce qu'effectivement il peut y avoir un suivi après l'hôpital. »</p> <p>« Du fait qu'il y ait le réseau de santé à l'hôpital avec les équipes mobiles, on a l'impression qu'il y a plus de cohérence dans les retours au domicile. Il y a déjà un lien qui se crée entre le patient et le réseau dès l'hôpital. »</p>	<p>« On voit beaucoup de patients qui reviennent »</p> <p>« Plus on va faire de choses en terme de visite à domicile ou de réadaptation dans la vie quotidienne moins il y a de chance que la chute se reproduise. »</p> <p>« Pour moi il y a un facteur de dépendance selon la durée du séjour. »</p>	<p>motrices, ça dépend des aides en fait : Si ce sont des patients peu autonomes, la condition pour qu'il y ait maintien au domicile, c'est d'avoir un plan d'aide à domicile conséquent et un gros étayage familial.</p> <p>Il y a aussi l'environnement du domicile en lui-même qui conditionne le maintien au domicile. »</p> <p>« Il y a aussi des situations où le patient refuse ou bien n'a pas la place pour le matériel préconisé par l'hôpital alors qu'il en aurait besoin. »</p>
Consensus	<ul style="list-style-type: none"> - inscrit dans une filière gériatrique (E1, E2, E3, E4 E5, E6) - indispensable de s'y inscrire (E2, E4, E5) - réseau de santé au sein de l'hôpital (E5 E6) - Assistante sociale et l'ergothérapeute donnent aides en lien avec la famille (E2) (E4) 	<ul style="list-style-type: none"> - La durée moyenne de séjour influence le retour au domicile (E1, E2, E3, E4, E5, E6) - pathologie neurologique : plus la rééducation pluridisciplinaire et le retour à domicile sont rapide mieux c'est (E4 et E1) 	<p>Limites du maintien au domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - volonté du patient (E3 et E4) - troubles cognitifs importants (E6, E3) - mise en danger patient/autrui (E1 E2 E4) - environnement du domicile (E6 E4) - n'accepte pas aides au domicile (E1 et E6) <p>Moyens pour pallier : patient avec problème fonctionnel ou moteurs (E5 et E6)</p>
Non consensus	<p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire des liens - pas en contact direct avec réseaux de santé, le compte rendu fait le contact. - assistante sociale en lien avec réseaux - Plus il y a lien plus patient se sent sûr - reste en contact avec patient après le retour car pas d'ergothérapeute au domicile <p>E2 :</p>	<p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - durées moyenne de séjours très courtes. en neurologie plus longues - du cas par cas. - l'hospitalisation dure = facteur de chute <p>E2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rassurant de rester à l'hôpital. - réacquiescer de l'autonomie. - renvoyer le patient trop tôt = 	<p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - refus d'intervention des aides - Le patient multi chuteur - Prévention = Bénéfice/risque <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - appréhension risque de chute - absence d'entourage <p>E4 :</p>

	<p>- pour un retour plus sécuritaire, suivi sur du long terme</p> <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de réseau de santé, pas de retour à domicile - Le réseau de santé relais au domicile pour meilleur retour - dispositifs connus en théorie - collaboration à développer encore - pas de retour sur l'après retour <p>E4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en lien avec les équipes mobiles - Solliciter d'autres organismes - en lien dans le service et l'extérieur - Entourage (famille ou structures) - du cas par cas. - familles s'y retrouve pas - rôle de conseil <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - visite à domicile avec le réseau - encadre mieux le retour - lien direct avec l'assistante sociale <p>E6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - plus de cohérence - lien entre le patient et le réseau dès l'hospitalisation. 	<p>traumatisant.</p> <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - durées moyennes de séjours à l'appréciation du médecin - retours à domicile trop rapide précaire - séjours longs dépendance chez le patient et néfaste économiquement - équilibre difficile entre prendre le risque ou devenir dépendant <p>E4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - alitement long est néfaste - longueur de l'hospitalisation facteur de dépendance et risque de perte d'autonomie. <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - séjours longs prépare mieux le retour à domicile. - temps mettre toutes les aides <p>E6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - plus la rééducation est poussée moins il y a de chute - Plus temps dans la vie quotidienne = moins de chute 	<p>- plus subvenir besoins élémentaires</p> <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'état psychologique baisse l'autonomie - Pour pallier : aides techniques <p>E6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour pallier : gros plan d'aide au domicile et un étayage familial
--	---	--	---

Grille d'analyse 3 : L'intervention en gériatrie par l'ergothérapeute.

	L'intervention de l'ergothérapeute					
	L'évaluation gériatrique	MCRO (satisfaction + outil d'évaluation)	étapes d'accompagnement	Atelier de prévention des chutes		
				Bénéfice	Limites	Axe d'amélioration
Ergothérapeute 1	« mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) en neurologie» « préconisations de matériel avec prévention de chute si besoin Puis « bilan activities of daily living (ADL), bilan activities of daily living (IADL) » « niveau cognitif : Je fais passer un bilan Equilibre et Vie Quotidienne (EVQ) sur la vie quotidienne. Des bilans maisons » « un entretien avec le patient »	« je ne fais pas passer la MCRO » Evaluation satisfaction du patient.. « pas assez fait car on est limité par le temps. La satisfaction est plutôt évaluée par les médecins. »	« prise en charge précoce, avec un levé assez rapide si c'est possible, dans la mesure où il n'y a pas de fracture et bien entendu, un travail pluridisciplinaire. »	« L'émulation de groupe .. : le groupe est porteur .. au niveau de la parole échangée ..concernant la chute et les conséquences de la chute, « caractère préventif. » « prise de consciences de leurs capacités» « reprendre confiance »	« pas réalisé dans le quotidien du patient » « on ne peut pas tout parait »	« la visite à domicile : on remet le patient en situation pour se centrer sur les activités élémentaires qu'il faisait avant. » « souvent la famille qui aménage le domicile, ». « Un entretien avec les familles... pour donner des conseils et ..expliquer tous les risques de chutes »
Ergothérapeute 2	« Tout d'abord entretien avec le patient : sur l'environnement social, architectural et les habitudes de vie antérieures. »	« je n'utilise pas la MCRO simplement, par manque de temps. » « je ne fais pas d'évaluation de la	« Un accompagnement psychologique qui permet de les mettre en confiance » « Expliquer les	« limite le risque de chute à domicile en réacquérant..con fiance en soi. »	« Le relevé de la chute est parfois compliqué à mettre en place et n'est pas réalisable pour	la collaboration avec d'autres professionnels. « mettre en situation écologique, dans leur environnement :

	<p>« bilan maison post chute avec évaluation de l'autonomie ».</p> <p>« J'évalue l'équilibre et selon les déficiences du patient je réalise les bilans suivants : le get up and go test, l'appui unipodal, le test double tâche, le test des réactions parachutes. »</p> <p>« Pour ce qui est du cognitif, je fais passer le test du mini mental state (MMS). » »</p>	satisfaction de la personne âgée. »	<p>différents facteurs de risques de chutes pour qu'ils puissent identifier leur chute »</p> <p>« agir sur les facteurs qui peuvent être dangereux pour eux et cela toujours avec de la réassurance avec usage d'aide technique. »</p> <p>« Rééducation et réadaptation avec choix des aides techniques les plus appropriés »</p> <p>« Un temps d'évaluation en » situation « afin de pouvoir donner des conseils au fur et à mesure de l'activité. »</p>	<p>« sensibilise...s ur leurs propres risques de chute afin de savoir sur quel facteur agir . »</p> <p>« Échanges entre les patients et une cohésion de groupe. »</p>	<p>certaine personne. »</p> <p>« Faudrait travailler en collaboration avec un autre professionnel : Complicé d'animer le groupe seul, »</p> <p>« reste beaucoup sur la phase de conseil et ce n'est pas forcément mis en place au domicile »</p> <p>« manque la mise en pratique. »</p> <p>« Avec l'institution, .. Complicé de faire cet atelier directement au domicile du patient. »</p>	visites à domicile, on fait des mises en situation pour évaluer les risques de chutes. »
Ergothérapeute 3	<p>« L'entretien du patient »</p> <p>« Quand je rencontre une personne ou il y a un syndrome post chute ... je fais le Test moteur minimum (TMM) »</p> <p>« Ensuite j'essaye de regarder les items d'un test sur la désadaptation psychomotrice. Pour</p>	<p>« n'utilise pas la MCRO de manière littérale. » « Dans la rédaction de mes conclusions à l'HDJ « pas l'évaluation chiffré du degré de satisfaction de la MCRO. J'utilise le vocabulaire de la</p>	<p>« l'installation, « voir l'équipe »</p> <p>« Éventuellement si pas de kinésithérapeute pour faire le premier levé, »c'est l'ergothérapeute qui le fait « afin d'éviter le syndrome post chute »</p> <p>« si besoin, je mets en</p>	<p>« C'est plus la dynamique du groupe »</p> <p>« comment ça va se traduire dans le quotidien de la personne. »</p> <p>« Évite l'hospitalisme. »</p>	<p>« si on se limite à de la rééducation l'effet est très temporaire »</p> <p>« atelier, temps ponctuel : ne révolutionne pas la vie du patient »</p>	<p>« miser sur un projet de vie et sur une réadaptation a domicile »</p> <p>« ben en fait « voir dans le quotidien de la personne, qu'est ce qui peut être mis en place dans la vie quotidienne de la personne pour</p>

	<p>l'équilibre, j'utilise le bilan Kitchen Task Assessment (KTA) ils évaluent les fonctions cognitives.</p> <p>Et parfois j'utilise j'analyse un petit peu la marche avec les items du Tinetti. De temps en temps j'utilise le bilan Equilibre et Vie Quotidienne (EVQ) pour évaluer les fonctions exécutives.</p> <p>Au niveau cognitif je fais aussi des bilans maisons aussi dans les situations de vie..,</p>	<p>MCRO en fait.. pour formuler ma conclusion. » « Dans l'entretien j'essaie de cibler ce qui est porteur pour le patient et j'évalue la satisfaction de la personne âgée » (pas par un chiffre) lors des mises en situation »</p>	<p>place une rééducation du syndrome post chute Dans un même temps je mets en place des aides techniques adaptés ... et permettre l'utilisation de ces aides techniques pour la rééducation » L'entretien du patient, et l'entretien avec la famille et idéalement la visite au domicile permet d'analyser les risques de chute au domicile...pour préparer le retour. »</p>	<p>« Participe à la rééducation. » « Émulation. » « lien de socialisation. « une rééducation qu'ils font spontanément tout seul » « cohésion de groupe »</p>		<p>qu'il est une hygiène de vie qui stimule le plus le patient »</p> <p>« mettre en place la même chose au domicile : marcher , avoir des exercices d'équilibre" »</p> <p>« par une visite à domicile ou par un relais »</p> <p>« en agissant sur le lieu de vie de la personne »</p>
Ergothérapeute 4	<p>E4 : « On se base sur l'entretien » « l'ergothérapeute va questionner le patient sur son quotidien. » « L'ergothérapeute va plutôt faire faire quelques pas pour voir l'équilibre grâce à l'observation. Sur le plan cognitif : le bilan de bec 96. Selon le patient je pourrais faire passer plutôt le mini mental state (mms), ou</p>	<p>« ne la fait pas passer, je l'ai souvent en tête, on se base sur les items de la MCRO sans vraiment l'utiliser. » « se base sur l'entretien et notamment sur les activités du patient. » « long la MCRO et compliqué à faire</p>	<p>« Connaitre la cause de la chute sur le versant médical ou environnemental et en fonction pouvoir agir a posteriori sur la cause de la chute » et après bien sur agir sur les conséquences de la chute » « ..suivi psychologique ...selon les professionnels disponibles dans le</p>	<p>« Reprise de confiance », « un travail moteur global. » « Développer son équilibre » « esprit de partage, de socialisation et de cohésion de groupe. » « se rendent comptent qu'ils</p>	<p>« pas toujours évident à mettre en place : à cause de contraintes de temps, d'organisation. » La direction priorise l'individuel. « il faut au moins deux thérapeutes (domaine différent) après tout dépend de la taille du groupe » « patients avec une bonne</p>	<p>« faire changer le regard de ces ateliers de prévention : monter un dossier pour exposer à la hiérarchie les bénéfiques » « des relais à l'extérieur qui sont des associations mettant en place des ateliers de prevention des chutes » « ça peut être rassurant pour la personne de ne</p>

	<p>le Test d'Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC), ou le Montreal Cognitive Assessment (MoCA). »</p> <p>On est en train de mettre en place, le KTA pour pouvoir coter le besoin en aide et vraiment l'appliquer au quotidien du patient.</p> <p>On a aussi un bilan plus sur des mises en situation. on utilise bilan activities of daily living (ADL), bilan activities of daily living (IADL) de base puis après des mises en situation pour faire des évaluations plus personnalisés.</p>	<p>passer en gériatrie et en hôpital »</p> <p>« j'évalue la satisfaction de la personne âgée lors de l'interrogatoire. « c'est plus du ressenti »</p> <p>« pas de cotation »</p>	<p>service.</p> <p>« reprise de confiance, ... proposer des aides techniques... » « Pour résumé il faut agir sur les causes et les conséquences de la chute. »</p>	<p>ne sont pas les seul »</p>	<p>cohérence et un minimum de compréhension. »</p>	<p>pas être lâché au domicile » « met...en place des séances de kinésithérapeute en libérale. »</p>
Ergothérapeute 5	<p>Tout d'abord, je fais un entretien avec le patient pour connaître ses habitudes de vie.</p> <p>J'évalue l'équilibre avec le test moteur minimum (TMM). Pour ce qui est du cognitif, bilan rapide des fonction cognitive (ERFC) et souvent en fonction des</p>	<p>« n'utilise pas la grille de la MCRO car je ne la connais pas assez. »</p> <p>« J'évalue la satisfaction de la personne âgée mais pas de manière formelle : durant mon entretien »</p>	<p>« apprendre à connaître la personne, son mode de vie, « rencontre la famille ..en savoir un peu plus sur son environnement. »</p> <p>« mise en confiance, la revalorisation, la re motivation dans l'accompagnement »</p>	<p>« S'identifier les uns aux autres »</p> <p>« se rend compte qu'elle n'est pas seul »</p> <p>« Avec le groupe, elle va pouvoir retrouver un lien social. »</p>	<p>« ne fait pas de cas par cas donc ça reste de la prise en charge globale »</p> <p>« difficile en groupe de personnalisé » «Le relevé de sol en théorie très bien mais en pratique elles ont souvent des</p>	<p>« des prises en charge en individuel pour vraiment s'adapter à la problématique de la personne. »</p> <p>« reprendre cette utilisation dans leur quotidien. » « pour le relever du sol ...Ça va être plus des moyens</p>

	<p>résultats je peux faire un bilan des praxies, un bilan fonctionnel des membres supérieurs, et un indice de bartel qui me permet d'avoir une vision globale de l'indépendance de la personne.</p>		<p>« j'attaque la rééducation : en travaillant les fonctions déficitaires » « Je vois la réadaptation par des mises en situation » « en milieu écologique » « j'inclus un travail cognitif et moteur pour être au plus près des situations qu'elle rencontrera à domicile. »</p>	<p>« souvent les personnes ont des meilleures performances pendant le groupe qu'en prise en charge individuelle. »</p>	<p>problématiques physiques /fonctionnelles qui font que c'est très compliqué à réaliser seul. » « Déjà qu'en pratique, il me semble qu'en rééducation avec des soignants pour aider le patient âgé à se relever c'est compliqué. »</p>	<p>de compensations sans trouver une solution à la chute. »</p>
Ergothérapeute 6	<p>On commence par « un entretien pour faire la connaissance de la personne et son projet : renseigner son mode de vie antérieurs. » Il permet de savoir son autonomie. » »</p> <p>Puis on fait un bilan des membres supérieurs, un bilan articulaire, musculaire, un bilan des préhensions et un bilan fonctionnel. On fait ensuite un bilan d'équilibre de marche le tinetti, C'est le seul qui est validé. »</p> <p>« On peut faire un bilan</p>	<p>« on ne l'a pas la MCRO. »</p> <p>« demande leur satisfaction dans leurs activités mais on n'évalue pas de manière chiffré. »</p> <p>« juste dans la relation. »</p>	<p>« entretien puis des bilans. » « La relation de confiance est indispensable également surtout pour des personnes qui ont des syndromes post-chute. »</p> <p>« lien avec la famille »</p> <p>« progressivement »</p> <p>« reeducation »</p> <p>« mets en place les aides techniques »</p>	<p>« Travailler l'équilibre et montre les techniques de relevé du sol. »</p> <p>« C'est positif quand ils échangent »,</p> <p>« se sentir moins seuls, et de voir comment les autres ont pu évoluer avec leur syndrome post chute. »</p> <p>« créer une</p>	<p>« Une fois par semaine ; donc pour des gens qui restent peu à l'hôpital, peuvent pas ..y participer. »</p> <p>« le suivi .. pas vraiment individualisé »</p> <p>« Pour le relevé du sol, il n'y a qu'une personne qui a le temps de passer »</p> <p>« limite de temps ou d'envie des patients donc ça peut être un</p>	<p>« se rendre compte de certaines difficultés et de pouvoir reprendre en individuel » « Le but c'est de pouvoir faire un lien entre l'individuel et le groupe »</p>

	cognitif de type évaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC) ou le test des 5 éléments mais nous globalement on le fait peu. Si on a besoin de plus d'éléments au niveau cognitif on va le faire plutôt en situation avec le KTA. »			émulation »	frein. » « de gens qui ont des troubles cognitifs qui ont du mal à se rappeler et à s'approprier la technique. »	
Consensus	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien patient (E2, E3, E4, E5, E6, E1) - Bilan fonctionnel des membres supérieurs (E5 E6) - Bilan cognitif : EVQ (E1 E3), MMS (E2 E4), ERFC (E4 E5 E6), KTA (E4 E3 E6) - Bilan d'équilibre TMM (E5 E3), items du Tinetti (E3 E6), - Bilan post chute (E3 E2) - Bilan fonctionnel d'autonomie et d'indépendance (E6 E1 E5), bilan ADL IADL (E1 E4), - Bilan de mise en situation : 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluation satisfaction : entretien (E3 E4 E5 E6) - E1 E2 E4 passe pas MCRO par manque de temps - E3 et E4 se base sur les items de la MCRO : l'entretien - E5 et E6 ne font pas la MCRO 	<ul style="list-style-type: none"> - Premier levé si pas de kinésithérapeute (E3 E1) - Entretien patient puis famille : mode de vie (E5 E6 E3) -Connaitre et agir sur causes de chute (E4 E2) - Pluridisciplinaire (E4 E1 E3) - Rééducation (E2 E3 E5 E6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Émulation (E1, E3, E6) - Confiance en soi (E1, E2, E4) - Prise de conscience (E4 E5 E6) - Sensibilise sur chutes, et conséquences (E1 E2) - Echange entre patients (E5 E6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrainte temps/organisation (E4 E2 E5 E6) - Relevé du sol : difficulté durée, mise en place (E5 E6 E2) - faible fréquence (E6 E3) - Pas individualisé (E5 E6) - peu de trouble cognitif (E6 E4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement individuelle (E5 E6) - Mise en situation lors des visites à domicile (E1 E2 E3) Mettre en place ces ateliers au domicile (E3 E5) Collaboration interprofessionnels (E2 E3 E4) Relais avec l'extérieur

	maison (E3 E4)		<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement psychologique (E2 E4 E5 E6) - Réadaptation (E5 E2) <ul style="list-style-type: none"> • choix d'aides techniques (E2 E3 E4 E6) • mise en situation (E5 E2) 	<p>E2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lien de socialisation (E3 E4 E5) - Cohésion de groupe (E4 E2 E3) - Travail global (E4 E6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas forcément transféré à domicile (E1 E2) - Collaboration interprofessionnel(E2 E4) 	rassurant
Non consensus	<p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préconisation du matériel - Bilan cognitif : maison - bilan fonctionnel d'autonomie et d'indépendance : MIF <p>E2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bilan d'équilibre : get up and go, appui monopodal, test double tâche, test des réactions parachute - bilan post chute : maison <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan de l'équilibre : KTA - bilan post chute : item test désadaptation <p>E4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan cognitif : bec 96, MoCA - bilan d'équilibre : 	<p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecin mesure la satisfaction <p>E2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas d'évaluation de la satisfaction <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation de la satisfaction : mises en situations - HDJ : utilise termes MCRO = conclusion du compte rendu. <p>E4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - MCRO compliqué en gériatrie <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - passe pas MCRO 	<p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installation - Visite à domicile <p>E4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agir sur conséquences de chute <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - revalorisation re motivation - Travail cognitif - Travail moteur <p>E6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilans 	<p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise de conscience sur capacités <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transfert quotidien du patient -Evite l'hospitalisme -Participe à la rééducation -Long terme rééducation seul <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - meilleure performance en groupe qu'en individuel 	<p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne peut pas tout parait <p>E2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - reste sur la phase de conseil - Manque la mise en pratique - Compliqué de faire atelier au domicile du patient avec l'institution <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - effet de la rééducation très temporaire <p>E6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - relevé du sol : envie patient 	<p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aménagement du domicile - Entretien avec la famille <p>E3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - projet de vie et réadaptation à domicile - Relais avec l'extérieur pour faire les visites à domicile <p>E4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - construction d'un dossier bénéfice/risque - Relais avec l'extérieur pour les ateliers <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - moyen de

	<p>observation</p> <p>E5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan des praxies - bilan fonctionnel d'autonomie et d'indépendance : indice de bartel <p>E6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bilan articulaire - bilan musculaire - bilan préhension - Bilan cognitif : test des 5 éléments E6 	<p>par méconnaissance</p> <p>E6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - passe pas la MCRO car pas à disposition 				<p>compensation</p>
--	---	---	--	--	--	---------------------

Grille 4 : L'engagement dans les occupations de la personne âgée

	Lien entre l'occupation et environnement		
	L'évaluation des occupations		La prise en compte du domicile
	En pratique	idéalement	
Ergothérapeute 1	<p>« L'évaluation des occupations de soins personnelles se faire par des mises en situation à l'hôpital. » « L'évaluation des occupations de loisirs n'est pas réalisée : peu de patient qui avait des occupations autres. » « J'en ai eu mais en neurologie »</p> <p>« L'évaluation des occupations de soins personnelles se fait par l'ergothérapeute en individuel dans la chambre du patient. »</p> <p>« pour remettre le patient en situation : une baignoire et une cuisine thérapeutique »</p>	<p>« L'évaluation des occupations pourrait se faire à domicile se serait beaucoup plus parlant. »</p> <p>« La visite à domicile étant tellement chronophage »</p>	<p>« Je ne sais pas si le fait d'aller au domicile permet un transfert des acquis en tout cas, la visite à domicile permet de voir les automatismes réels. »</p> <p>« C'est à nous après la visite à domicile à adapter notre façon de faire pour le faire vraiment plus dans son automatisme a lui. »</p> <p>" En amont de la visite et quand on revient à l'hôpital après la visite à domicile, moi je retravaille avec le patient des situations »</p> <p>« j'aménage le mobilier de telle sorte qu'il ressemble au domicile du patient. »</p> <p>« ergothérapeute, qui vais m'adapter plus que ce que le patient va s'adapter » « je vais respecter au maximum ses automatismes à lui. » « En gériatrie, jamais je ne ferai changer le patient, j'aménagerais pour que ce soit sécuritaire, mais je ne ferais pas changer ses habitudes » « C'est une collaboration avec le patient, c'est un contrat »</p>

Ergothérapeute 2	« Avant chaque sortie de l'hôpital, l'ergothérapeute fait une évaluation individuelle des occupations. »	« Il faudrait les mettre directement en situation à leur domicile. »	« oui la prise en compte du domicile me semble plus propice à un transfert des acquis, pour la personne âgée ayant fait une chute »
Ergothérapeute 3	« je fais une évaluation des occupations à l'hôpital en individuel via un entretien et des mises en situation »	« Je pense que ça devrait se faire à domicile. » « c'est très concret pour le patient d'être à domicile. » « Cela permet de clarifier comment ça va se passer dans ses activités et comment ça va se mettre en place au domicile. »	« La prise en compte du domicile est vraiment un passage obligatoire. » « car suivant les contraintes du domicile ont va orienter la rééducation » et le choix des aide technique
Ergothérapeute 4	« L'évaluation des occupations est réalisée par entretien puis ensuite je fais des bilans » indépendance. « Interrogatoire dans la chambre du patient des occupations, avec la famille » « On va faire des mises en situations mais c'est plus dans le but de l'évaluation des activités de soins personnels mais pas de loisirs. » « On ne fait pas vraiment de visite à domicile alors qu'il y aurait besoin pour certaines personnes » « on passe le relais aux équipes mobiles de gériatrie (EMG). »	« à domicile, là où a lieux ses occupations, c'est rarement possible pour nous on essaye au maximum de reproduire l'environnement tel qu'il est connu par la personne mais c'est vrai que ça reste un biais important. »	« C'est vrai, que lorsque l'on fait quelque chose avec elle a l'hôpital, on lui explique pour qu'elle puisse se projeter au domicile et comprendre ce qu'elle fait et ensuite intégrer ce qu'elle fait. » « Pour moi c'est vraiment dans la discussion verbale avec le patient et sa famille. »

Ergothérapeute 5	<p>« Je ne réalise pas systématiquement une évaluation spécifique des occupations, je peux le faire si l'équipe se pose la question de quel type d'aide on doit mettre à la personne pour le domicile. » « On a très souvent une idée des activités qui sont réalisé par la personne, avec l'étayage au domicile : nous explique comment se déroule les activités que se soins personnels, de loisirs et de productivité. » « si on veut des précisions là on va aller questionner les professionnels de santé. » « Cela peut être aussi les aides-soignants qui vont nous expliquer comment se déroule la toilette, les soins personnels ici à l'hôpital » « S'il n'y avait pas d'étayage professionnel je vais évaluer en fait dans quelles activités la personne a besoin d'un accompagnement »</p>	<p>« L'idéal c'est d'évaluer au domicile. » « si on l'évalue dans un milieu qui n'est pas le sien, moi il me semble que même si ça donne une idée générale, c'est quand même pas très probant cela peut la perturber. » « L'idéal c'est d'aller au domicile, avec la personne. L'observer dans son milieu. » « Faire une visite à domicile et mettre la personne en situation en fonction de l'activité que l'on veut évaluer »</p>	<p>« Oui dans la mesure ou si on ne tient pas du tout compte des conditions du domicile, la personne elle va certes apprendre des choses mais si elle peut pas les mettre en application au domicile ça n'a aucun intérêt en fait. » « Cela ne sert à rien de modifier les habitudes de vie lors des activités si on sait qu'au domicile c'est infaisable. » « Les visites à domicile me semblent indispensable pour avoir la réalité du terrain. » « Ces visites avec les mises en situations durent en moyenne une demi-journée (3h). »</p>
Ergothérapeute 6	« on fait une évaluation des occupations». On a fait une	« L'évaluation des occupations doit se faire à	« Oui, cela permet de voir, dans un environnement qui n'est pas forcément adapté comme celui de

	évaluation au début par l'entretien. « On fait des mises en situation tout au long de son hospitalisation pour voir l'évolution. »	domicile car certaines personnes nous disent : chez moi ce n'est pas du tout comme ça. » « C'est mieux à domicile mais c'est compliqué en terme de logistique et d'organisation. »	l'hôpital, comment il se débrouille » « Quand je fais des visites à domicile qui peuvent aller au maximum à une heure et demi, il m'arrive très souvent de faire des mises en situation. »
Consensus	<p>- L'évaluation des occupations par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entretien patient (E3 E4 E6 E4) • Individuel patient (E1 E2 E3 E4) • Mises en situation (E1 E3 E4 E6) • Analyse activités soins personnels (E1 E4) <p>- Pas une évaluation spécifique (E5)</p>	<p>- Evaluation des occupations à domicile :</p> <p>(E1 E2 E3 E4 E5 E6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par des mises en situation (E5 E2) • Dans le cadre des visites au domicile (E1 E5) 	<p>- La prise en compte du domicile = transfert des acquis (E2 E3 E5)</p> <p>- Par les visites à domicile (E1 E5 E6)</p> <p>- pas modifier habitudes du patient (E1 E5)</p> <p>- S'adapter au domicile du patient pour orienter la situation (sécurité). (E1 E3)</p>
Non consensus	<p>E2 :</p> <p>- évaluation avant chaque retour</p> <p>E4 :</p> <p>- Evaluation entretien famille - l'évaluation des occupations : bilans d'indépendance - Visite domicile EMG</p> <p>E5 :</p> <p>- Selon l'étayage au domicile et la demande de l'équipe</p>	<p>E3 :</p> <p>- projection patient</p> <p>E4 :</p> <p>- reproduire à l'hôpital plus fidèlement</p> <p>E5 :</p> <p>- évaluer à l'hôpital pas probant</p> <p>E6 :</p> <p>- Compliqué d'aller à domicile : organisation</p>	<p>E1 :</p> <p>- collaboration avec patient - Visite à domicile : automatismes réels</p> <p>E4 :</p> <p>- discussion famille/patient (projection)</p> <p>E6 :</p> <p>- l'hôpital un environnement pas toujours très adapté</p>

	- L'évaluation des occupations aides-soignantes	/logistique	
--	--	-------------	--

Grille d'analyse 4 : professionnels ergothérapeutes en hôpitaux gériatriques

	Année de diplôme	Expérience en gériatrie	équipe	Temps de travail par service	Formation complémentaires
Ergothérapeute 1	Juin 1991	24,5 ans	Équipe pluridisciplinaire : kinésithérapeutes, psychomotriciens orthophonistes, assistante social, neuropsychologues Au sein du service, nous sommes 4 ergothérapeutes.	- 80% neuro-gériatrie - 10% long séjour	La chute L'aménagement La visite à domicile Les troubles de la déglutition Formation GABA Troubles neurodégénératifs Troubles exécutifs
Ergothérapeute 2	juillet 2015	8 mois	Équipe pluridisciplinaire : kinésithérapeutes, médecin, infirmière, Aide-soignante, orthophoniste, APA, Assistante sociale Nous sommes 2 ergothérapeutes.	- 50% soins de suite et de réadaptation, - 50% équipe mobile de gériatrie extra hospitalière.	je suis en attente d'une formation sur la chute
Ergothérapeute 3	Juin 2004	12 ans	Kinésithérapeute, orthophoniste, diététicien, assistante sociale, psychomotricien infirmière, aide soignantes, médecin. Au sein de l'hôpital nous sommes 8 ergothérapeutes	- 50% en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et - 50% en hôpital de jour (HDJ).	Master de psycho DU psychiatrie personne âgée

Ergothérapeute 4	Juin 2015.	- depuis 6 mois (septembre 2015)	Équipe pluridisciplinaire avec des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des assistantes sociales, des équipes soignantes un médecin et un cadre. Dans le service nous sommes 2 ergothérapeutes à mi-temps	- 50% en court séjour gériatrique (CSG)	Formation orthèse, Expérience : Auxiliaire de vie pendant des années
Ergothérapeute 5	Juin 2015	- depuis 6 mois.	Équipe pluridisciplinaire composé : APA, de psychomotriciens, d'assistantes sociales, de psychologue, d'infirmiers, de médecin, de neuropsychologues, de kinésithérapeutes, et d'orthophonistes. Nous sommes 4 ergothérapeutes au sein de l'hôpital.	- 100% en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	Formation "être formateur occasionnel"
Ergothérapeute 6	Juin 2007	- depuis 2 ans et demi	Équipe pluridisciplinaire composé : APA, de psychomotriciens, d'assistantes sociales, de psychologue, d'infirmiers, de médecin, de neuropsychologues, de kinésithérapeutes, et d'orthophonistes. Nous sommes 4 ergothérapeutes au sein de l'hôpital.	- 100% en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	En pédiatrie et une formation à la manutention

Titre : les mises en situation par l'ergothérapeute, un facteur de réussite dans le retour au domicile ?

*Accompagnement dans la reprise des occupations de la personne âgée après une chute
selon le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation*

Introduction : La chute est un événement grave qui impacte l'équilibre occupationnel. Les répercussions peuvent être tant physiques que psychologiques. L'ergothérapeute doit favoriser l'engagement de la personne âgée dans ses occupations pour permettre le retour au domicile de la personne âgée après une chute.

Problématique : On peut alors s'interroger sur le terrain : Comment l'ergothérapeute peut intervenir sur les risques pris lors de la réalisation des occupations de la personne âgée après une chute à son domicile ?

Hypothèse : L'ergothérapeute peut intervenir sur les risques pris lors de la réalisation des occupations de la personne âgée après une chute dans son milieu de vie dans le cadre des mises en situation écologique lors des visites à domicile.

Méthode : L'enquête a été réalisée en utilisant des entretiens, construits à partir de la partie théorique. Les ergothérapeutes interrogés travaillent en hôpitaux gériatriques. 6 entretiens d'ergothérapeutes issus de différents services ont été recueillis.

Résultats : L'ergothérapeute doit d'abord tendre vers une transdisciplinarité avec le service pour répondre à la complexité de la personne âgée. La filière gériatrique répond aux problématiques des personnes âgées en permettant le retour à domicile. La collaboration ergothérapeute/personne âgée doit reposer sur une approche centrée sur le patient. En effet, elle augmente la compliance, la satisfaction et apporte de meilleurs résultats fonctionnels à la personne âgée. Par les échanges, la famille et les aides humaines au domicile doivent respecter les besoins de la personne âgée, pour faciliter le développement de nouvelles habitudes de vie.

Conclusion : La prise en compte des comportements à risques passe par l'acceptation de la personne âgée dans l'aménagement du domicile, et la mise en place d'aides techniques.

Les mises en situation permettent un encadrement de la prise de risque. En effet, la prise de risque contrôlée est alors bénéfique pour une reprise des occupations par la personne âgée car elle favorise la resocialisation. De nouvelles technologies telles qu'une caméra intelligente détecterait les comportements anormaux pour faciliter à l'ergothérapeute l'adoption de stratégies de prévention de la chute encore plus ciblées.

Mots clés : ergothérapeute - mise en situation écologique - visite à domicile - chute - maintien à domicile - Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)

Title: Ecological assessment by the occupational therapist, a successful factor in the return to one's home?

*After a fall, accompaniment of an elderly person toward the recovery of everyday occupations
based on the Canadian model of occupational performance and participation*

Introduction: Falling is a serious event. It impacts the occupational balance. The impact can be either or both physical and psychological. In order to allow his/her return home after a fall, the occupational therapist must promote the involvement of the elderly in his/her occupational life.

Problematic: Looking at the fieldwork, one can only wonder: after a fall in his/her home, how can an occupational therapist address the risks that are taken during the realization of an elderly person's occupation?

Hypothesis: During home visits and as part of an ecological assessment, the occupational therapist can address the risks that are taken during the realization of an elderly person's occupation after a fall in his/her home.

Method: The investigation was conducted using an interview and build from reviewed literature. Occupational therapists work in geriatric hospitals. In order to reflect this situation, six interviews of occupational therapists, from different services, were collected.

Results: In order to meet the complexity of the elderly state, an occupational therapist should always call for trans-disciplinary with the service where he/she works. The geriatric sector responds to the elderly persons' specific problems by allowing them to return to their homes. The collaboration between occupational therapist and elderly person should be based on a patient-centered approach. Indeed, this type of collaboration increases the compliance and the satisfaction of the patient. Furthermore, it brings better functional outcomes with the elderly persons. Using word and physical exchanges, family and home care services should respect the needs of the elderly person, in order to facilitate the development of new habits.

Conclusion: The acceptance by the elderly person of the new adjustments in this/her home is a key factor in order to allow the home care services to evaluate the risks, the risk-taking behaviors and the implementation of technical aids.

The ecological assessment provides a risk-taking framework. Furthermore, the controlled risk-taking is then very much beneficial to the elderly person; it allows her to an occupational resumption because it promotes re-socialization. New technologies, such as smart camera, are able to detect abnormal behaviors. They could facilitate the occupational therapist's work, by allowing him/her to adopt even more focused prevention strategies for elderly fall.

Key words: Occupational therapy - ecological assessment - home visit - fall - maintaining a home - Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP-E)