

**Institut Limousin de FORMation  
aux MÉtiers de la Réadaptation  
Ergothérapie**

**L'apport de l'ergothérapie dans les prises en soin aiguës des  
personnes âgées chuteuses à domicile :  
la collaboration avec les services de secours**

Mémoire présenté et soutenu par  
**FRAYSSINOUS Chloé**

En juin 2020



**Mémoire dirigé par  
LAVIGNE Cassandre**  
Ergothérapeute Diplômée d'État  
Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement

## Remerciements

---

*La réalisation de ce mémoire signe la fin de mes études, après de nombreux mois de travail, il est important de remercier toutes les personnes qui m'ont permis de réaliser ce mémoire de fin d'études et qui m'ont accompagnée.*

*Ainsi, je tiens à remercier :*

*Madame Cassandra LAVIGNE, ma directrice de mémoire, pour son écoute, ses conseils, sa bienveillance, le temps qu'elle m'a consacré, de m'avoir soutenue dans mes réflexions et de son accompagnement sans faille tout le long de la rédaction de ce mémoire ;*

*L'équipe pédagogique de la filière Ergothérapie de l'Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation de Limoges pour leur accompagnement durant ces trois années. Mais également l'ensemble des intervenants qui m'ont permis d'acquérir les compétences nécessaires à la rédaction de ce travail de fin d'études.*

*Monsieur Toffin pour son suivi et ses conseils quant aux problématiques rencontrées durant la rédaction de mon mémoire ;*

*Les ergothérapeutes ayant participé aux focus groupes pour s'être intéressés à mon étude et pour m'avoir consacré du temps, sans eux je n'aurais pas pu réaliser ce travail ;*

*Mes amies de promotion : Chloé, Manon, Hanna, Gwénaëlle, Esther, Élise avec qui j'ai passé trois merveilleuses années et remerciement particulier à Elodie, mon binôme, pour m'avoir supporté et épaulé durant ces années d'études ;*

*Laura et Clara, des amies extérieures à la promotion, pour leur relecture bienveillante et constructive de mon mémoire de fin d'études ;*

*Marion et Nina, mes amies de longue date pour leur soutien ainsi que leur réconfort durant toute la durée de mes études ;*

*Les membres de l'UNAEF avec qui je travaille sur de nombreux projets depuis maintenant presque deux ans et avec qui j'ai énormément appris. Motivés, ambitieux et passionnés, ces belles personnes sont devenues de véritables amis, je ne les remercierai jamais assez ;*

*Ma famille, et particulièrement ma mère et mon beau-père qui m'ont toujours soutenue dans mes projets et accompagnée vers la réussite ;*

*Pour finir, je remercie Guillaume, mon chéri, pour ses conseils, son réconfort, son écoute, sa patience et son soutien durant ces 3 années d'étude.*

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Charte anti-plagiat

---

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

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

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

**Je, soussignée FRAYSSINOUS Chloé**

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA  
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

**Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.**

**Fait à LIMOGES, Le vendredi 29 mai 2020**

**Suivi de la signature.**



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

# Vérification de l'anonymat

---

**Mémoire DE Ergothérapeute**  
**Session de juin 2020**  
**Attestation de vérification d'anonymat**

Je soussignée FRAYSSINOUS Chloé  
Étudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à :LIMOGES

Le : vendredi 29 mai 2020

Signature de l'étudiante



## Glossaire

---

### **Cadre théorique :**

**AFEG** : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

**AMU** : Aide Médicale Urgente

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**CNG** : Collège National des enseignants de Gériatrie

**CNRTL** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

**DGSCGC** : Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**GIR** : Groupe Iso-Ressources

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**MMSE** : Mini-Mental State Examination

**MOHOST** : Model Of Human Occupation Sreening Tool

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SDIS** : Service Départemental d'Incendie et de Secours

**SFDRMG** : Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale

**SFGG** : Société Française de Gériatrie et Gériologie

**SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgence

**SIFE** : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

**SUAP** : Secours d'Urgence Aux Personnes

**SUdF** : Samu-Urgence de France

**UPSAV** : Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement

**USLD** : Unité de Soins de Longue Durée

**WFOT** : World Federation of Occupational Therapists

### **Résultats :**

**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

**SESSAD** : Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile

**SPASAD** : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

## Table des matières

---

Introduction.....	1
Cadre théorique.....	2
1. Caractéristiques de la personne âgée .....	2
1.1. Le vieillissement.....	2
1.2. Démographie de la personne âgée .....	2
1.3. La fragilité, la perte d'autonomie et la dépendance de la personne âgée.....	3
1.3.1. Définition de la fragilité.....	3
1.3.2. La dépendance et la perte d'autonomie de la personne âgée à domicile .....	4
2. Les chutes chez les personnes âgées.....	5
2.1. Généralités.....	5
2.1.1. Définition de la chute.....	5
2.1.2. Épidémiologie de la chute .....	5
2.2. Facteurs de risque de chute .....	6
2.3. Conséquences de la chute chez la personne âgée .....	6
2.4. Prévention .....	7
2.5. Prise en soin .....	8
3. Les services de secours d'urgence aux personnes.....	9
3.1. Organisation et fonctionnement des services de secours d'urgence aux personnes	9
3.1.1. Généralités .....	9
3.1.2. Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours .....	9
3.2. Intervention auprès de la personne âgée chuteuse.....	10
3.3. La prise de décision.....	11
4. L'ergothérapie.....	13
4.1. Définition .....	13
4.2. Rôle auprès des personnes âgées.....	13
4.2.1. Généralités .....	13
4.2.2. Modèle conceptuel .....	14
4.2.3. L'ergothérapie dans la prise en soin des personnes âgées chuteuses.....	15
4.2.3.1. L'ergothérapeute, professionnel du domicile, de l'autonomie et de l'indépendance.....	16
4.2.3.2. La prise en soin aigüe des personnes âgées chuteuses à domicile .....	17
Du cadre théorique à la problématique.....	18
Partie méthodologique .....	19
1. Objectif de la recherche .....	19
2. Choix de l'outil méthodologique .....	19
2.1. Le focus groupe .....	19
2.2. Le contenu .....	20
3. Choix de la population cible .....	20
3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	20
3.2. Prise de contact et recrutement.....	20
4. Organisation .....	21
5. Descriptif de l'étude .....	21
5.1. Contenu de l'outil .....	21
5.2. Déroulé de l'outil .....	23
6. Population des focus groupes.....	24

6.1. Population du premier focus groupe .....	24
6.2. Population du second focus groupe .....	25
Résultats et analyse .....	26
1. Résultats sociodémographiques des participants .....	26
2. Les actions que les ergothérapeutes peuvent mettre en place dans le cadre d'une chute de la personne âgée à domicile en aiguë .....	27
2.1. Recueil de données dans la prise en soin aiguë .....	27
2.2. La prise en soin aiguë de la personne âgée chuteuse en ergothérapie.....	28
3. L'aide à la prise de décision concernant l'orientation de la personne âgée chuteuse ....	29
3.1. La collaboration avec les services d'urgence et de secours.....	30
3.2. Les compétences en ergothérapie .....	31
3.3. Les effets et les limites de la pratique ergothérapique dans le cadre d'une collaboration avec les services de secours .....	32
Discussion .....	33
1. La place de l'ergothérapeute dans l'aide à la prise de décision.....	33
1.1. Les pratiques ergothérapiques dans la prise en soin des personnes âgées chuteuses .....	33
1.2. La collaboration avec les services de secours d'urgence.....	35
1.3. Validité de l'hypothèse .....	36
2. Limites de l'étude.....	36
2.1. Population participante à l'étude .....	36
2.2. Méthodologie choisie, la réalisation de focus groupes .....	37
2.3. Choix de la méthodologie en lien avec le sujet.....	38
3. Perspectives .....	39
Conclusion.....	40
Références bibliographiques .....	41
Annexes.....	47

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Cycle de la fragilité selon la conception phénotypique de Fried.....	3
Figure 2 : La fragilité d'après Sternberg et al., 2011 .....	4
Figure 3 : Illustration du PEOP .....	15
Figure 4 : Bilans cités dans les focus groupes .....	29
Figure 5 : Les compétences dans la prise en soin des personnes âgées chuteuses .....	31

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Les facteurs de risque de chute selon l'HAS et la SFDRMG (2005).....	6
Tableau 2 : Critères d'admissions aux urgences et de maintien à domicile de la personne âgée chuteuse selon des médecins régulateurs .....	12
Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion.....	20
Tableau 4 : Renseignements population du premier focus groupe .....	24
Tableau 5 : Renseignements population du second focus groupe .....	25
Tableau 6 : Recueil de données post-chute .....	27
Tableau 7 : Bénéfices, freins et limites de la prise en soin aiguë par les ergothérapeutes ...	32

## Introduction

---

Rester dans son domicile le plus longtemps possible, est le souhait de la majorité des personnes âgées en France. Cependant, dès lors que les personnes âgées chutent dans leur domicile, la perte d'autonomie et d'indépendance sont bien souvent favorisées. Ainsi, le maintien à domicile peut s'avérer difficile lorsque la fragilité de la personne âgée s'installe.

Les chutes des personnes âgées à domicile ont fait émerger un grand nombre de questionnements durant nos études en ergothérapie. En effet, au cours des expériences de stages que nous avons pu avoir auprès des populations vieillissantes que ce soit en SSR gériatrique, en EHPAD, en équipes mobiles ou bien en Hôpital De Jour (HDJ), nous avons remarqué que la question des chutes était bien souvent abordée. Les parcours de vie des personnes âgées chuteuses sont parfois chaotiques dès lors que la personne est hospitalisée, et parfois, institutionnalisée. De plus, nombreuses sont les peurs et les questionnements des personnes âgées après les premières chutes, lorsqu'elles vivent encore à domicile.

En ce sens, un premier questionnement s'est posé quant à ce travail d'initiation à la recherche sur la prise en soin globale de ces personnes. De la chute dans le domicile à l'hospitalisation ou l'institutionnalisation potentielle au devenir de la personne âgée, qui, après une chute reste à son domicile sans prise en soin spécifique.

La prise en soin des personnes âgées chuteuses implique un grand nombre de professionnels qui ont, pour chacun, des spécificités et des objectifs propres à leur profession. La prise en soin est interdisciplinaire, néanmoins, nous nous sommes questionnés sur la prise en soin aiguë, précoce, qui est effectuée au domicile de la personne dès lors qu'elle a chuté. Cette prise en soin implique les ambulanciers ou les sapeurs-pompiers. Nous prendrons en considération l'intervention des sapeurs-pompiers pour la prise en soin des personnes âgées chuteuses. En effet, nous avons connaissance qu'une majorité des interventions réalisées par les secouristes, concernaient les chutes des personnes âgées à domicile. Ils sont les premiers acteurs, en contribuant à la prise de décision de transporter la personne aux urgences, ou non, effectuée par le médecin régulateur du SAMU.

De nouveaux questionnements sont survenus en ce qui concerne les chutes des personnes âgées en termes de santé publique.

L'ergothérapeute étant un professionnel expert en ce qui concerne les questions du domicile, de l'autonomie et de l'indépendance, il a un rôle non négligeable dans la prise en soin des chutes des personnes âgées à domicile. Il prend en considération l'ensemble des facteurs interagissant autour de la personne tels que son environnement, ses capacités et ses occupations. De plus, l'ergothérapeute présente de nombreuses compétences à exploiter pour une prise en soin optimale de la personne âgée chuteuse à domicile, telles que l'aménagement du domicile, l'analyse de la situation, l'éducation etc.

De ce fait, notre question de départ est la suivante : quelle pourrait être la place de l'ergothérapeute dans la prise en soin aiguë des personnes âgées chuteuses en collaboration avec les services d'urgence et de secours ?

# Cadre théorique

---

## 1. Caractéristiques de la personne âgée

### 1.1. Le vieillissement

Le vieillissement est un concept largement utilisé qui présente de nombreuses définitions. Durant une longue période, la personne était définie comme étant « âgée » à partir de 65, 70 ans approximativement (CNRTL). Parallèlement, l'ensemble des normes juridiques et des politiques publiques amenaient à des représentations sociétales du vieillissement déterminées à partir d'un âge (Bozon et al., 2018). L'exemple de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) allouée à partir de 60 ans permet d'illustrer les représentations du vieillissement en France (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019).

Néanmoins, le vieillissement n'est pas défini seulement par l'âge de la personne. Il est caractérisé par un ensemble de changements biologiques et physiologiques inconstants, qui n'évoluent pas de façon similaire entre les individus d'une même population (Cohen et al., 2015). L'OMS définit ces changements comme étant « une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès » (OMS, 2018).

Selon une étude de Trivalle et al. (2000), le vieillissement comprend trois grandes catégories :

- Le vieillissement réussi, lorsqu'il y a absence ou présence minimale de pathologies et d'atteintes des fonctions physiologiques ;
- Le vieillissement habituel ou usuel, caractérisé par des atteintes liées à l'avancée dans l'âge ;
- Le vieillissement avec pathologies sévères et parfois complexes, pouvant amener à un état de dépendance majeure lors de l'évolution de celles-ci.

En plus de ces changements internes, les facteurs environnementaux sont considérés dans le concept de vieillissement (Steves et al., 2012). Ils permettent aux personnes de se situer quant à leur représentation de la vieillesse, ils correspondent aux transitions de vies et rôles de la personne (départ à la retraite, grand-parentalité, veuvage, activités etc.) (Bozon et al., 2018).

Finalement, le vieillissement peut être défini comme « un processus hétérogène, naturel et inéluctable, qui se caractérise par un déclin progressif des propriétés fonctionnelles de la plupart des systèmes physiologiques, modulé par des facteurs génétiques et environnementaux ou extrinsèques » (Seguin & Arnouat, 2019).

Bien qu'hétérogène dans sa définition, le vieillissement est omniprésent, il comprend de nombreux facteurs entraînant des modifications interindividuelles.

### 1.2. Démographie de la personne âgée

Le vieillissement des populations augmente à l'échelle planétaire. En 2050, la planète compterait environ 2 milliards de personnes âgées, soit plus du double qu'en 2015 (OMS, 2018). De la même façon, la population française augmente régulièrement depuis de nombreuses années. Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, la France compte 67 millions d'habitants, parmi lesquels plus d'une personne sur cinq a 65 ans ou plus (INSEE, 2019). En ce sens, le nombre

de personnes âgées augmente significativement. En 2060, l'estimation du nombre de personnes âgées en France est de 23,6 millions soit une personne sur trois (INSEE, 2016).

Aujourd'hui, cette augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans en France, s'explique de par l'avancée en âge des baby-boomers d'après-guerre (Hazif-Thomas et al., 2015), ainsi que par l'augmentation de l'espérance de vie. Aujourd'hui, l'espérance de vie à la naissance en France étant de 85,6 ans pour les femmes et de 80 ans pour les hommes (INSEE, 2016).

Parallèlement, l'espérance de vie sans incapacité, lorsque la personne ne présente pas de limitation dans les activités de vie quotidienne, est restée stable depuis ces dix dernières années. Elle est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes (DRESS, 2019). L'ensemble de ces résultats laisse présager une augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie en France.

### 1.3. La fragilité, la perte d'autonomie et la dépendance de la personne âgée

#### 1.3.1. Définition de la fragilité

Dans les années 80, le concept gériatrique de la fragilité s'est développé en Amérique du nord (Trivalle, 2000) par les gériatres, afin de définir les personnes âgées vulnérables face à de nombreuses problématiques (Clegg et al., 2013). De nos jours, un intérêt significatif est porté au syndrome de la fragilité par les communautés scientifiques (Seguin & Arnouat, 2019).

Située entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique de la personne (Trivalle, 2000), la fragilité se développe, le plus souvent, à la suite d'une exposition à un facteur de stress (Morley et al., 2013). Elle est de plus, favorisée par l'interaction des facteurs physiques, neuropsychologiques et environnementaux de la personne âgée (Dramé et al., 2004). La fragilité serait également associée à une vulnérabilité sociale, à la douleur, à la fatigue et à l'isolement social de la personne âgée (B. Bongue et al., 2017).

Les caractéristiques de la fragilité ont été définies selon deux modèles principaux (Seguin & Arnouat, 2019). Fried identifie la fragilité selon un modèle de phénotype, qui comprend 5 caractéristiques : perte de poids involontaire au cours de l'année passée, diminution de la force musculaire, fatigabilité subjective, diminution de la vitesse de la marche et faible niveau d'activité physique (Fried et al., 2001).

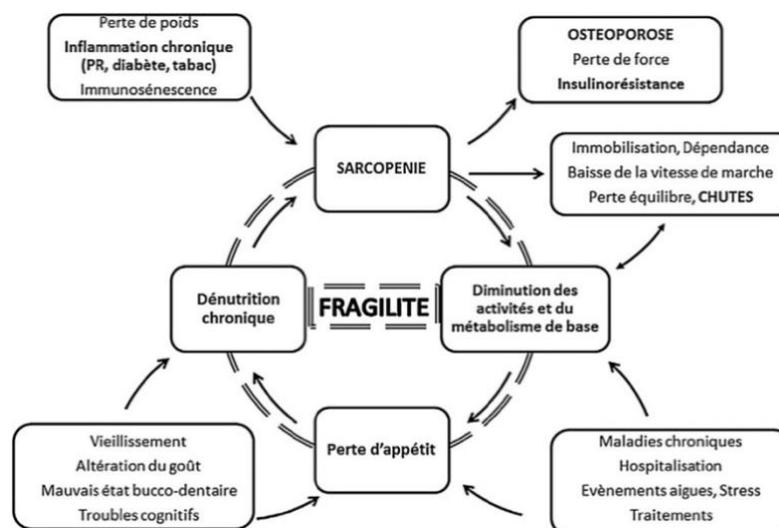


Figure 1 : Cycle de la fragilité selon la conception phénotypique de Fried

Le modèle de Rockwood, qui a suivi les travaux de Fried, comprend l'accumulation de plusieurs déficits. Il utilise une échelle validée qui prend en compte l'ensemble des facteurs de la personne, ayant un impact sur son état de santé ainsi que leurs répercussions sur les activités de la vie quotidienne (Rockwood, 2005). L'approche de Rockwood est holistique, aujourd'hui, elle est largement utilisée, en prenant en compte l'environnement de la personne et en mettant en avant son parcours de vie.

A la suite de ces précédents modèles, Sternberg (2011) définit les personnes « robustes » comme étant des personnes autonomes, qui peuvent subir une situation de stress les faisant basculer dans une situation de « préfragilité ». Cette situation est réversible. Les personnes « fragiles » sont celles qui obtiennent un score altéré à la grille d'évaluation de la fragilité, tout comme la « préfragilité », cet état est réversible. En revanche, dès lors que les personnes sont « dépendantes », qu'elles nécessitent des aides pour réaliser les activités de la vie quotidienne, la situation est irréversible.

Avec des interventions multi domaines, l'état de fragilité peut devenir réversible (Dedeyne et al., 2017). Par exemple, grâce à des interventions au niveau de l'activité physique (Cesari et al., 2015) ou au niveau de la nutrition (Lecerf, 2019) de la personne âgée. La fragilité nécessite alors, une prise en soin coordonnée d'un ensemble d'acteurs, afin d'éviter que la personne âgée bascule dans un état irréversible de dépendance (Coulongeat et al., 2019).

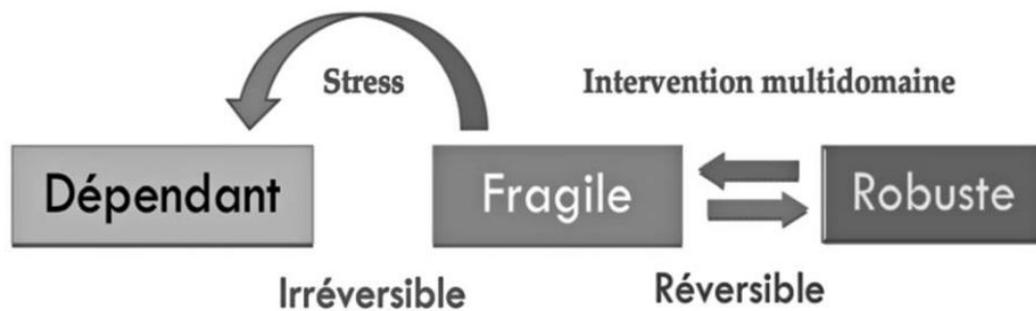


Figure 2 : La fragilité d'après Sternberg et al., 2011

### 1.3.2. La dépendance et la perte d'autonomie de la personne âgée à domicile

Au fil des années, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie augmente significativement (OMS, 2018). En ce sens, la majorité des dépenses de la société est en faveur des personnes âgées, ce qui constitue un « problème » majeur de santé publique (Garabige & Trabut, 2017). En réadaptation, la dépendance est à différencier de la perte d'autonomie (Winance, 2007). La dépendance correspond à toutes incapacités à réaliser seul les actes essentiels de la vie quotidienne, alors que la perte d'autonomie correspond à la diminution d'initiation, de gouvernance, pour réaliser les actes de la vie quotidienne (Bouilly et al., 2016).

L'ensemble des maladies liées à l'avancée dans l'âge (maladies cardiaques, cécité, diabète etc.) amorcerait l'entrée de la personne dans la dépendance (Monod-Zorzi & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2007). Les limitations fonctionnelles et motrices telles que la diminution de la vitesse de marche (Navarro Ocampo et al., 2017) sont également une voie d'entrée dans la dépendance. Elles entraînent des restrictions de participation dans les activités de vie quotidienne non négligeables (Carrère et al., 2019).

En dépit des conséquences de la vieillesse, la majorité des personnes âgées ne désirent pas quitter leur domicile (Bouilly et al., 2016). Un modèle d'identité-logement est

prédominant de par le caractère protecteur du domicile, ainsi que le sentiment d'unité que les personnes âgées attachent à leur domicile (Trévidy et al., 2018). En 2015, la France comptait 1 459 000 personnes âgées en perte d'autonomie à domicile, dont 6,7% faisaient partie du GIR (Groupe Iso-Ressource) 4, soit un niveau de dépendance peu élevé et 1,8% faisaient parties des GIR 1 et 2, soit un niveau de dépendance élevé (Brunel & Carrère, 2017).

La chute engendre des conséquences physiques et psychologiques. Elle est le premier facteur de perte d'autonomie et d'indépendance. De ce fait, le maintien à domicile s'avère souvent difficile (Cayado & Chahbi, 2015)(Santé Publique France, 2019).

Les chutes font ainsi partie des facteurs à prendre en considération, dans le déclin fonctionnel de la personne âgée, ainsi que dans sa dépendance.

## **2. Les chutes chez les personnes âgées**

### **2.1. Généralités**

#### **2.1.1. Définition de la chute**

Initialement, Kellogg a défini la chute comme étant « un évènement au cours duquel une personne se retrouve involontairement au sol ou sur tout autre niveau inférieur et qui ne soit pas lié aux conséquences suivantes : une violente poussée, une perte de connaissance, la survenue brutale d'une paralysie comme dans un AVC ou une crise d'épilepsie. » (1987).

De nombreuses autres définitions ont émergé depuis, parmi lesquelles nous retrouvons la définition de Hauer qui est largement utilisée aujourd'hui. Elle définit la chute comme étant une « perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait » (Hauer et al., 2006).

La chute est un évènement multifactoriel, faisant intervenir les facteurs liés au processus de vieillissement tels que les pathologies (Deffond, 2019), les facteurs propres à la personne, les facteurs comportementaux ainsi que les facteurs environnementaux dans lesquels la personne évolue (Pin et al., 2005).

#### **2.1.2. Épidémiologie de la chute**

Les chutes font partie des évènements que l'on appelle « accidents de la vie courante » (Freund, 2016). Elles sont estimées à plus de 2 millions par an chez les personnes âgées de plus de 65 ans (Dejardin, 2016). Dans 78% des cas, les chutes des personnes âgées ont lieu à domicile (Cayado & Chahbi, 2015) et elles représentent le premier motif de consultation aux urgences pour les plus de 75 ans (Gonthier, 2014).

Les hospitalisations durent en moyenne 12,2 jours (Thélot, 2017) et elles entraînent un déclin fonctionnel persistant dans 30% des cas à 6 mois (Gonthier, 2014).

En plus des hospitalisations, les chutes sont également la première cause de décès par accident de la vie courante chez les personnes âgées. Quelle qu'en soit leur gravité, la prévalence des hospitalisations et de la mortalité après une chute ne diminuent pas, elles constituent ainsi un problème majeur de santé publique (Thélot, 2017).

## 2.2. Facteurs de risque de chute

L'étiologie des chutes est multifactorielle. Les facteurs de risques sont répartis dans trois grandes catégories : les facteurs intrinsèques, les facteurs comportementaux et les facteurs extrinsèques (Freund, 2016).

Les facteurs intrinsèques sont définis comme étant les facteurs internes à l'individu, ils s'opposent aux facteurs extrinsèques, externes à la personne, qui font référence aux facteurs environnementaux principalement (Pin et al., 2005). Les facteurs comportementaux font partie des facteurs extrinsèques dans certains écrits mais sont également inclus dans les facteurs individuels de la personne avec les facteurs intrinsèques (Dejardin, 2016).

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<ul style="list-style-type: none"><li>• Âge : plus de 80 ans</li><li>• Santé et état fonctionnel : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes</li><li>• Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence, notamment urinaire par impériosité</li><li>• Troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche (anomalies et vitesse), équilibre postural et/ou dynamique altéré</li><li>• Réduction de l'acuité visuelle</li><li>• Prise de médicaments : polymédication (au-delà de 4), psychotropes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition.</li><li>• Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne), prise de risque, habitat mal adapté</li></ul>

Tableau 1 : Les facteurs de risque de chute selon l'HAS et la SFDRMG (2005)

Les chutes chez les personnes âgées sont multifactorielles et sont interindividuelles, elles touchent une grande partie de la population.

## 2.3. Conséquences de la chute chez la personne âgée

Les conséquences de la chute sont nombreuses et plus ou moins graves chez la personne vieillissante.

Les lésions traumatiques graves de la chute sont nombreuses (plaies, entorses, hématomes cérébraux, luxations etc.) (Gonthier, 2014). Nous retrouvons principalement des fractures de l'avant-bras (Deffond, 2019) et des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les plus âgés (Freund, 2016) , les traumatismes crâniens, eux , sont plus rares (Deffond, 2019).

Les conséquences bénignes de la chute représentent 34% des cas (Dejardin, 2016). Elles correspondent à des atteintes superficielles de la peau, des douleurs et des hématomes sous-cutanés (Gonthier, 2014). Elles peuvent cependant entraîner des conséquences psychologiques sévères, telles qu'une perte de confiance en soi, une dévalorisation, un sentiment d'insécurité (Bloch, 2015), une angoisse, un sentiment d'abandon, de solitude (Navarro Ocampo et al., 2017) et même un syndrome de désadaptation psychomotrice (Manckoundia et al., 2007). Ces dernières sont souvent écartées, néanmoins, elles sont nombreuses et ont un impact des plus importants en termes de santé publique (Schoenenburg et al., 2015).

De plus, quelles qu'en soient les conséquences, il existe 3 facteurs pronostics défavorables, signant la gravité de la chute, à prendre en considération : les chutes à répétitions, l'incapacité de la personne à se relever seule ainsi que le temps passé au sol (Dejardin, 2016). De ce fait, l'ensemble des chutes chez les personnes âgées, devrait « être pris(e) en charge non comme un simple accident, mais comme une affection potentiellement grave » (CNG, 2009). L'HAS et la SFGG (2009) recommandent de rechercher le caractère répétitif des chutes, à savoir 2 chutes sur 12 mois. Il est ainsi important de prendre rapidement en soin les chutes afin de diminuer les récurrences et éviter les risques d'institutionnalisation voire de décès (Deffond, 2019).

Selon Manckoundia (2007), la chute entraîne des appréhensions pour les déplacements, une limitation fonctionnelle et une restriction de participation dans les activités de la vie quotidienne notamment par la phobie du mouvement qui succède à la chute, le syndrome de désadaptation psychomotrice.

Ce syndrome de désadaptation psychomotrice est à la fois une conséquence de la chute et à la fois un des principaux facteurs de risque de chutes. Il engendre de nombreuses récurrences de la chute. De plus, il a la même incidence que l'avancée dans l'âge ou qu'une autre pathologie aiguë chronique (Deffond, 2019).

En ce sens, les actions de prévention des chutes chez les populations vieillissantes sont indispensables.

## **2.4. Prévention**

La prévention des chutes représente l'intervention la plus efficace pour prévenir la perte d'autonomie chez les populations vieillissantes (Bongue et al., 2016). La prévention a une place importante dans notre société afin de garantir une qualité de vie satisfaisante malgré l'avancée dans l'âge (Aquino, 2008). De nombreuses recommandations de prévention des chutes existent en France.

L'INPES (2005), recommande des interventions de promotion de la santé et de sécurité pour les personnes âgées à faible risque de chute. Il s'agit là d'effectuer une prévention primaire. Pour les personnes à risque de chute faible à modéré, une évaluation minimale donne lieu à une intervention spécifique sur les dangers du domicile, la prise des médicaments et les pathologies chroniques ou aiguës. L'intervention multifactorielle non personnalisée est recommandée pour les personnes à risque modéré de chutes, alors que pour les personnes à risque élevé, il est fortement recommandé d'effectuer une intervention multifactorielle personnalisée, faisant suite à une évaluation approfondie de la personne, de ses performances, de ses comportements ainsi que de son environnement (Pin et al., 2005).

L'HAS et la SFDRMG (2005) recommandent des évaluations gériatriques standardisées (MMSE, ADL : Activities of Daily Living, IADL : Instrumental Activities of Daily Living, statut nutritionnel, troubles de l'équilibre et de la marche), ainsi que des évaluations du lieu de vie de la personne. Les recommandations prennent en compte la notion d'éducation et d'auto-rééducation chez le patient mais aussi chez l'aidant.

L'Inserm (2015) recommande principalement l'activité physique pour la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées.

Ainsi, la prévention des chutes chez les personnes âgées nécessite une démarche effectuée principalement en 3 phases. Il est, dans un premier temps, important de dépister le sujet à risque de chutes, puis, il faut identifier l'ensemble des facteurs de risque pour ensuite intervenir sur ces derniers s'ils sont modifiables (Trombetti et al., 2009). Les programmes personnalisés ont montré leur efficacité (Société Française de Gériatrie et Gériatrie & HAS, 2009), ils dépendent dans un premier temps des capacités de la personne (Buatois & Bénétos, 2011) mais aussi de l'étiologie de la chute (Pin et al., 2005). Ils sont adaptés en fonction des problématiques rencontrées chez la personne âgée : promotion de l'activité physique, alimentation équilibrée, importance des liens sociaux, aménagement du domicile, correction visuelle etc. (Cayado & Chahbi, 2015)(Aquino, 2016).

Ces programmes de prévention ont montré leur efficacité, mais ils sont encore lents à être mis en place dans les politiques de santé publique. L'hétérogénéité des facteurs de risque de chutes chez les personnes âgées nécessite des actions de préventions et des prises en soins pluridisciplinaires (Dargent-Molina & Cassou, 2017).

Enfin, une étude sur les trajectoires des chutes (Tchalla et al., 2014) a démontré que les mesures préventives devraient être ciblées pour les personnes faisant des récurrences de chutes, les personnes présentant des comorbidités et les personnes souffrantes de symptômes dépressifs. Ainsi toutes les chutes ne doivent pas présenter la même implication clinique.

## **2.5. Prise en soin**

La prise en soin de la personne âgée qui a chuté est effectuée par de nombreux acteurs, de l'admission aux urgences jusqu'au retour à domicile.

Lors de l'arrivée de la personne âgée aux urgences, une évaluation et une orientation sont effectuées par l'infirmière d'accueil. La réalisation d'un examen clinique est, par la suite, supervisé par un médecin (Arrouy & Beaune, 2016). En fonction des problématiques influençant la chute, la prise en soin sera orientée vers des professionnels de santé spécialisés pour répondre à ces problématiques (Deffond, 2019).

Lorsque la personne âgée présente des troubles de l'équilibre et des difficultés à la marche, le masseur-kinésithérapeute mettra en place une rééducation adaptée (renforcement musculaire, travail analytique, aide technique à la marche, etc.) (Pardessus, 2013). Si la personne vit dans un habitat inadapté, l'ergothérapeute réalisera une évaluation de l'environnement de la personne et proposera un aménagement du domicile tout en proposant des aides techniques adaptées aux problématiques de la personne. Des ateliers de relevé du sol sont potentiellement proposés, en collaboration, par le masseur-kinésithérapeute et l'ergothérapeute (Schoenenburg et al., 2015).

Lorsque la personne âgée est amaigrie ou inversement, en surpoids, la prise en soin sera effectuée par une diététicienne (Lecerf, 2019).

Dans les cas où les facteurs psychologiques sont prédominants et que les personnes développent une phobie de la chute (Coniasse-Brioude, 2016), le psychologue intervient par la parole et par le corps, il permet à la personne de raconter son expérience et l'ensemble des événements douloureux relatifs à la chute (Navarro Ocampo et al., 2017).

Le psychomotricien intervient également sur les déterminants psychologiques de la personne âgée chuteuse, en la remettant en confiance face aux peurs de chuter. Le psychomotricien prend en considération les déterminants moteurs et cognitifs. Il organise des ateliers d'équilibre statique ou dynamique, des ateliers de gymnastique douce, de motricité, de double tâche etc. en individuel ou en groupe. Il fait aussi de la stimulation sensorielle pour diminuer la dépendance de la personne âgée aux informations visuelles par exemple. Il met en place des exercices de proprioception, de renforcement musculaire du membre inférieur et d'adaptation posturale (Innocent-Mutel, 2015).

Cependant, il existe bien d'autres professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée chuteuse en fonction de ses problématiques. La prise en soin des chutes suit un modèle interactif de par l'action coordonnée de tous les intervenants (Morel-Bracq, 2017).

La prise en soin aiguë, c'est-à-dire, la prise en soin en amont de l'hospitalisation qui est effectuée par les services de secours d'urgence aux personnes, n'est pas souvent prise en compte dans la littérature. Cependant, elle détermine la suite du parcours de soin du patient.

### **3. Les services de secours d'urgence aux personnes**

#### **3.1. Organisation et fonctionnement des services de secours d'urgence aux personnes**

##### **3.1.1. Généralités**

Les secours d'urgence aux personnes (SUAP) peuvent faire référence à différents acteurs en France. Après la chute de la personne âgée à son domicile, les différents acteurs sont principalement : le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) et les ambulances privées (Navarro Ocampo et al., 2017).

Un dispositif de coopération déconcentrée concernant l'aide médicale urgente est mis en place entre ces 3 acteurs en France, ils sont interconnectés (Direction de la défense et de la sécurité civile & Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2008). Des conventions tripartites déterminant les rôles et missions de chacun sont réalisées au niveau des départements (Diederichs et al., 2006).

L'action coordonnée de ces différents acteurs de secours d'urgence aux personnes et de l'aide médicale d'urgence (AMU) est nécessaire afin qu'il y ait une efficacité dans la prise en soin de la personne âgée chuteuse (Saïdi, 2017)

Nous nous référons à l'organisation et au fonctionnement des services de secours d'urgences aux personnes des SDIS pour la suite de cette partie.

##### **3.1.2. Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours**

Les SDIS sont les services départementaux d'incendie et de secours. Outre leurs missions de prévention, de protection et de lutte contre les incendies (Saïdi, 2017), ils accomplissent des missions de secours d'urgence aux personnes (DGSCGC, 2019a). Ils

assurent la formation initiale et continue des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires des centres d'incendie et de secours (CIS) au sein des départements (Ministère de l'intérieur, 2019b). Avec l'AMU ils ont un référentiel commun d'organisation du secours à la personne et de l'aide médicale urgente concernant "la prise en charge des urgences pré-hospitalières" (Saïdi, 2017). Ce référentiel détermine les missions que les sapeurs-pompiers doivent effectuer afin de faciliter la régulation faite par le SAMU, lors des interventions telles que les chutes des personnes âgées à domicile (Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008, 2015).

Lorsqu'une personne âgée est victime d'une chute à son domicile, un témoin, ou la personne elle-même, fait appel aux secours en appelant le SAMU (15), le Centre de Traitement de l'Alerte du SDIS (18) ou bien le numéro d'urgence européen (112) (Benevise et al., 2014). Dans certains cas, la victime est munie d'un système de téléalarme qui permet le déclenchement des secours lorsque la personne est seule à son domicile (Kogan, 2008).

Suite à l'appel indiquant la chute, les sapeurs-pompiers reçoivent un ticket d'intervention et ils sont engagés pour une intervention dite de "relevage" (Benevise et al., 2014). En 2019, les SDIS ont recensé 4 132 483 interventions de secours d'urgence aux personnes parmi lesquelles sont recensées 219 425 interventions de "relevage de personne". Les interventions de « relevages » prennent une place de plus en plus importante chaque année, par exemple, en 2019, elles ont augmenté de 10% (Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises, 2019). En Haute-Vienne, 20% des interventions concernent les interventions dites « d'aide à la personne » comprenant les « relevages » de personnes (SDIS 87, 2018).

Les SDIS ont ainsi une place importante dans la prise en soin en aiguë des chutes des personnes âgées à domicile. Les sapeurs-pompiers étant les premiers acteurs à intervenir après la survenue de la chute.

### **3.2. Intervention auprès de la personne âgée chuteuse**

Les premiers intervenants lors d'une chute à domicile de la personne âgée sont les sapeurs-pompiers. Ils réalisent une prise en soin aiguë de la personne, en pré-hospitalier. Les sapeurs-pompiers arrivent au domicile de la personne avec un véhicule de secours aux victimes (VSAV) le plus souvent (Direction de la défense et de la sécurité civile & Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2008). Ils interviennent en équipe composée d'un chef d'agrès et de 1 à 3 équipiers (Benevise et al., 2014) (Vanehuin et al., 2017). Le rôle du chef d'agrès est de coordonner, il demande aux équipiers d'exécuter l'ensemble des bilans relatifs au secours de la personne (DGSCGC et al., 2019).

La phase de recueil d'informations est importante afin d'évaluer la situation ainsi que l'état de la personne âgée au sol. Ces bilans sont rigoureux et structurés, il est impératif qu'ils soient réalisés suffisamment rapidement (Vanehuin et al., 2017).

Le premier bilan réalisé est le bilan circonstanciel. C'est un recueil d'informations concernant la personne âgée qui a chuté ainsi que son environnement. Il permet d'évaluer la globalité de la situation (DGSCGC, 2019a).

A la suite du bilan circonstanciel, un bilan d'urgence vitale est réalisé. Il permet de rechercher une éventuelle détresse vitale chez la personne âgée au sol. Les sapeurs-pompiers vérifient la respiration de la personne, l'altération de la conscience, les pupilles, la motricité, le pouls, la fréquence cardiaque, la saturation en O<sub>2</sub> et la tension artérielle (DGSCGC, 2019a).

Enfin, un bilan complémentaire est effectué dans un premier temps en interrogeant la personne (Vanehuin et al., 2017)(DGSCGC, 2019a) :

- Ils effectuent un recueil des plaintes,
- Ils recherchent le facteur déclenchant de la chute,
- Ils recensent les troubles ressentis par la personne,
- Ils évaluent les éventuelles douleurs présentes,
- Ils demandent à la personne la durée de temps passé au sol.

Dans un second temps, ils demandent les informations médicales relatives à la personne :

- Antécédents médicaux,
- Maladies,
- Traitements,
- Hospitalisations passées,
- Allergies.

Ce dernier bilan leur permettra de déterminer si la chute est une conséquence d'une maladie, d'un malaise ou bien d'une chute aux conséquences traumatiques (Vanehuin et al., 2017).

Il arrive cependant que l'ensemble de ces bilans soit synthétisé, dans la mesure où la personne ne présente pas de blessure d'apparence grave, qu'elle ne présente pas de douleur et que la chute est seulement mécanique (Benevise et al., 2014).

A la suite du recueil de toutes les informations nécessaires relatives à la personne et son état actuel, un relevage est effectué. Ce dernier peut être un brancardage lorsque la personne est dans l'incapacité de se remettre debout ou bien cela peut être une simple aide humaine à la personne pour se relever (DGSCGC, 2019a).

A l'issue du relevage de la personne, effectué par les sapeurs-pompiers, le chef d'agrès a pour mission de transmettre l'ensemble des informations recueillies par téléphone au médecin régulateur du SAMU, afin d'avoir un avis médical (DGSCGC et al., 2019). Le médecin régulateur prendra la décision quant au transport hospitalier ou non de la personne âgée.

### **3.3. La prise de décision**

La prise de décision finale quant au transport de la personne âgée aux urgences ou non est faite entièrement par le médecin régulateur du SAMU (Braun, 2017).

Ce dernier peut être un médecin généraliste ou un médecin urgentiste, il a pour mission d'effectuer la régulation médicale auprès des appelants dont les secours présents au domicile de la personne âgée chuteuse (Benevise et al., 2014). La régulation médicale est ainsi un acte médical de télémédecine (Braun, 2017). Le rôle du médecin régulateur est de récupérer le maximum d'informations concernant la personne âgée afin de traiter la situation de façon optimale et de mettre en œuvre le principe de "juste soin" (SFMU & SUDF, 2015). La décision de transport des personnes âgées chuteuses aux urgences est majoritaire. En effet, parmi les 500 000 accidents de la vie courante, les chutes des personnes âgées représentent 84% des admissions aux urgences (Bambina et al., 2017).

Chaque médecin procède différemment face aux informations transmises par téléphone et la manière dont ces informations sont transmises influencent fortement la décision du médecin.

Néanmoins, une étude a recensé les différents critères d'admission à l'hôpital et les critères de maintien à domicile auprès des médecins régulateurs (Thisse, 2009). Le tableau suivant recense ces critères par ordre croissant, des critères cités systématiquement à ceux cités quelques fois :

Critères d'hospitalisation	Critères de maintien à domicile
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lésions traumatiques (plaies, fractures, hématomes etc.)</li> <li>- Malaise, perte de connaissance</li> <li>- Isolement social ou géographique</li> <li>- Chutes à répétition</li> <li>- Douleurs</li> <li>- Traumatisme crânien, prise d'anticoagulant</li> <li>- Désorientation ou confusion non présentes avant la chute pouvant relever d'un déficit neurologique</li> <li>- Antécédents cardiologiques</li> <li>- Impossibilité de marcher ou grande difficulté</li> <li>- Détresse vitale avérée</li> <li>- Poly pathologies sous-jacentes</li> <li>- Notion de perte d'autonomie</li> <li>- Troubles cognitifs connus</li> <li>- Hypothermie</li> <li>- Impossibilité de surveillance médicale ou paramédicale à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de doléance de la personne</li> <li>- Nature mécanique de la chute</li> <li>- Absence de lésion traumatique évidente</li> <li>- Présence de proches disponibles</li> <li>- Marche possible après le relevage</li> <li>- Bilan secouristes aux paramètres normaux</li> <li>- Absence de traumatisme, malaise, perte de connaissance</li> <li>- Temps faible passé au sol</li> <li>- État identique à celui antérieur à la chute</li> <li>- Absence d'altération des fonctions supérieures</li> <li>- Souhait du patient</li> <li>- Absence de chutes à répétition</li> <li>- Chutes fréquentes, sans transport</li> <li>- Cinétique de la chute faible</li> <li>- Absences de déficit neurologique consécutif à la chute</li> <li>- Absence d'anticoagulant et d'antécédents notoires</li> <li>- Bonne autonomie ou présence d'aides à domicile</li> <li>- Surveillance possible par le médecin traitant</li> <li>- Possibilité d'avoir l'avis des proches ou du médecin traitant sur la situation</li> <li>- Absence de pathologie aiguë sous-jacente</li> <li>- Récidive d'une situation médicale à l'origine de la chute, déjà documentée et bilantée.</li> </ul>

Tableau 2 : Critères d'admissions aux urgences et de maintien à domicile de la personne âgée chuteuse selon des médecins régulateurs

En cas de chute mécanique, de présence des proches auprès de la victime ou bien de la possibilité pour celle-ci de marcher, la décision est le plus souvent, de laisser la personne à son domicile. De plus, la personne dispose du droit de ne pas vouloir aller aux urgences malgré l'avis du médecin. Dans ce cas, le chef d'agrès sapeur-pompier applique la procédure de décharge toujours en relation avec le médecin régulateur du SAMU (Direction de la défense et de la sécurité civile & Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2008).

En ce sens, la chute en elle-même et les conséquences immédiates de celle-ci représentent la majorité des facteurs décisionnels quant au transport aux urgences (Thisse, 2009).

En effet, malgré le bilan “circonstanciel”, les éléments relatifs à l’environnement physique de la personne ne sont quelques fois pas pris en considération (Direction de la défense et de la sécurité civile & Direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins, 2008).

Il serait intéressant d’approfondir les éléments environnementaux de la personne âgée qui a chuté. Ainsi, le professionnel ayant les compétences pour mettre en relation la santé de la personne, ses activités et son environnement, est l’ergothérapeute.

## **4. L’ergothérapie**

### **4.1. Définition**

L’ergothérapie est une profession paramédicale intervenant dans le processus de réadaptation, d’adaptation et d’intégration sociale des personnes en situation de handicap (SIFEF). C’est une profession soucieuse de promouvoir la santé ainsi que le bien-être chez ces personnes par le biais des occupations humaines afin de permettre leur participation dans les activités de la vie quotidienne (WFOT, 2012). Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap, en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement (ANFE, 2019). L’ergothérapie a pour objectif de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. L’ergothérapeute intervient sur prescription médicale et la profession est réglementée par le code de la santé publique (Code de la santé publique - Article L4331-1, s. d.) .

Selon le Répertoire National des Certifications Professionnelles (2019), « L’ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l’activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d’une personne ou d’un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapique. Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d’éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d’activité, développer, restaurer et maintenir l’indépendance, l’autonomie et l’implication sociale de la personne. Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation. ».

### **4.2. Rôle auprès des personnes âgées**

#### **4.2.1. Généralités**

L’ergothérapie attache une importance dans la prévention des éventuelles désadaptations liées au vieillissement (Driessen, 2016). La prise en soin des ergothérapeutes auprès des personnes âgées est fortement préconisée (Trouvé, 2015). Ils peuvent intervenir au sein de différentes structures telles que les EHPAD, les USLD, les SSR gériatriques, les

équipes mobiles gériatriques au domicile, les ESA (Équipes Spécialisées Alzheimer) etc. (Villaumé, 2019). L'ergothérapeute permet aux personnes âgées de maintenir leurs activités physiques, psychosociales et prévient les complications liées aux pathologies de l'avancée dans l'âge (AFEG).

Lors d'une prise en soin de la personne âgée, l'ergothérapeute effectue systématiquement une évaluation holistique de la personne, afin d'établir les objectifs de prévention en ce qui concerne les complications liées au vieillissement et les pathologies éventuelles. L'objectif principal étant que la personne âgée maintienne ses activités de vie quotidienne (Villaumé, 2019).

Les ergothérapeutes utilisent, dans leur pratique, « l'approche centrée sur la personne » initialement décrite par Carl Rogers. Elle repose « sur la conviction que l'homme possède un fort potentiel d'évolution et d'épanouissement inné qui se développe de lui-même pour peu qu'il bénéficie d'un contexte favorable » (Rogers, 2013).

L'ergothérapeute explore ainsi toutes les capacités de la personne, il prend en considération de façon globale l'ensemble des caractéristiques personnelles et environnementales (Gobeil et al., 2019) qui interagissent chez la personne âgée. L'ergothérapie est une profession en plein essor qui utilise un cadrage théorique, les modèles conceptuels.

#### **4.2.2. Modèle conceptuel**

L'ergothérapeute fonde sa pratique sur un ensemble de modèles théoriques appelés modèles conceptuels. L'utilisation de ces modèles conceptuels permet d'argumenter les actions effectuées dans la pratique de l'ergothérapeute (Trouvé et al., 2016). Ces modèles peuvent être utilisés lors du raisonnement clinique, des évaluations, de la détermination des objectifs de prise en soin et lors de la rédaction des dossiers patients. Ils permettent aux ergothérapeutes d'avoir un cadre d'intervention argumenté et structuré ainsi que des outils d'évaluation cohérents avec des résultats qui garantissent, bien souvent, une démarche de qualité (Morel-Bracq, 2017).

Le modèle PEOP (Person, Environment, Occupation, Performance), est un modèle systémique qui considère la performance occupationnelle de la personne (Christiansen et al., 2015). Il sera ainsi pris en exemple pour la prise en soin en ergothérapie de la personne âgée. En effet, le modèle PEOP prend en considération les facteurs propres à la personne, les facteurs environnementaux et les occupations. Lorsque la personne âgée réalise une activité, elle est en interaction avec son environnement et sa performance occupationnelle sera influencée par l'environnement mais également par la personne elle-même. L'interaction entre la personne âgée et son environnement influence ainsi de manière positive ou négative sa performance occupationnelle. Le modèle PEOP est un modèle centré sur la personne avec une approche « top-down », ainsi la personne âgée sera actrice de sa prise en soin et participera à l'élaboration des objectifs de prise en soin ainsi qu'à la construction du plan d'intervention, le tout favorisant sa performance occupationnelle (Trouvé et al., 2016)(Morel-Bracq, 2017).



Figure 3 : Illustration du PEOP

Nous avons pu voir que les facteurs intrinsèques et extrinsèques favorisaient la chute de la personne âgée à son domicile et qu'ils pourraient avoir un impact négatif sur les performances occupationnelles de la personne. La prise en soin en ergothérapie cherche ainsi à retrouver une bonne qualité de vie et le bien-être de la personne âgée chuteuse dans un environnement sécurisé.

#### 4.2.3. L'ergothérapie dans la prise en soin des personnes âgées chuteuses

Lorsqu'une personne âgée est adressée à un ergothérapeute à la suite d'une chute, plusieurs évaluations sont effectuées.

Selon la compétence 1 du référentiel de compétences en ergothérapie, l'ergothérapeute est en mesure d'"évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique" (Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports, 2010). Afin d'évaluer les capacités physiques et motrices de la personne âgée chuteuse, l'ergothérapeute utilise des bilans normés tels que : le « get up and go », le « test Tinetti », le « stop walking when talking test », le « bilan de l'équilibre et vie quotidienne », le « test d'équilibre monopodal » etc.

Pour évaluer les fonctions cognitives et exécutives, les bilans utilisés peuvent être le « MMSE », le « SAFE » (Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly) ou encore l'évaluation de la double tâche (pour la flexibilité mentale) (Trouvé, 2015).

En plus des facteurs intrinsèques à la personne, les facteurs environnementaux (physique et social), comportementaux (habitudes de vies) et les occupations (ADL, IADL, loisirs etc.) de la personne âgée sont recueillis puis analysés par l'ergothérapeute afin de déterminer le rôle occupationnel de cette personne et l'environnement dans lequel elle évolue (De Coninck et al., 2017). Pour cela, les ergothérapeutes peuvent utiliser des bilans issus de modèles holistiques tels que le « MOHOST », l'« OPHI-2 » (Occupation Performance History Interview-II) ou bien l'« AMPS » (Assessment of Motor and Process Skills) (Morel-Bracq, 2017) entre autres.

L'analyse de l'environnement est large, l'ergothérapeute évalue les inadaptations entre les performances cognitives, posturales et fonctionnelles de la personne avec les contraintes de l'environnement sur ces dernières (Nouvel, 2016).

Une évaluation holistique est ainsi effectuée, considérant les facteurs intrinsèques, les facteurs environnementaux et les facteurs comportementaux de la personne. Un diagnostic ergothérapeutique sera par la suite effectué afin de définir les différents objectifs de prise en soin et les moyens associés afin de les atteindre (Dubois et al., 2017).

Selon la compétence 3 du référentiel de compétences “mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie” (Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports, 2010), l’ergothérapeute est en mesure de proposer des programmes d’entraînement à l’équilibre postural, d’entraînement à la marche et des activités pour les fonctions exécutives (Boyer & Bellemare, 2009).

La compétence 2 du référentiel “Concevoir et conduire un projet d’intervention en ergothérapie et d’aménagement de l’environnement” nous indique que l’ergothérapeute peut évaluer les besoins environnementaux de la personne âgée chuteuse. La compétence 4 nous informe également que l’ergothérapeute est en mesure de préconiser un aménagement du domicile et des aides techniques adaptés (Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports, 2010). L’aménagement du domicile ayant un impact significatif sur la diminution des chutes des personnes âgées à domicile (Dargent-Molina & Cassou, 2017)(Maggi et al., 2018).

D’après la compétence 5 “élaborer et conduire une démarche d’éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique”, l’ergothérapeute agit et intervient sur l’environnement social et les comportements de la personne âgée chuteuse (Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports, 2010). Il peut réaliser des ateliers d’éducation thérapeutique patient (ETP) avec la personne afin d’intervenir sur les facteurs comportementaux impliqués dans la chute. Mais aussi avec l’entourage selon une approche systémique, afin qu’ils aient conscience des difficultés et qu’ils soient en mesure d’accompagner leur proche de manière sécurisée (Villauré, 2019).

Conformément à la compétence 10 “Former et informer” (Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique & Ministère de la santé et des sports, 2010), l’ergothérapeute est en mesure de former les professionnels de santé. Mais aussi, la personne âgée afin qu’elle adopte des comportements adaptés lors des chutes en lui proposant par exemple des ateliers d’apprentissages du relevé du sol (Schoenenburg et al., 2015).

Finalement, l’ergothérapeute élabore des mises en situation écologique (au domicile de la personne, avec ses activités etc.) pour la personne âgée chuteuse dans le but d’optimiser sa qualité de vie, son autonomie mais aussi son indépendance (Pierce, 2016).

#### **4.2.3.1. L’ergothérapeute, professionnel du domicile, de l’autonomie et de l’indépendance**

Nous avons vu précédemment que la majorité des personnes âgées désiraient rester à leur domicile à la suite d’une chute. Les valeurs prônées par les ergothérapeutes sont l’indépendance, la participation et l’autonomie, qui sont des critères qui permettraient aux personnes de rester à leur domicile (Désormeaux-Moreau & Drolet, 2019). Parallèlement, nous avons vu que les chutes engendraient de nombreuses hospitalisations n’allant pas en faveur du maintien à domicile de la personne âgée et qu’elles pouvaient ainsi causer la perte d’autonomie et la dépendance de la personne âgée.

L'objectif de l'ergothérapeute est de réinsérer la personne âgée dans son lieu de vie tout en maintenant son indépendance et son autonomie, notamment par le biais de visites à domicile avec le patient, un membre de son entourage et/ou un professionnel de l'équipe (Driessen, 2016). Il est également important que la prise en soin de la personne âgée qui a chuté soit effectuée le plus précocement possible, afin de limiter la perte d'autonomie et la dépendance.

C'est en ce sens que, récemment, une collaboration a été effectuée, à l'étranger, entre les services de secours et les ergothérapeutes en aiguë, lorsqu'une personne âgée a chuté à son domicile (Preston et al., 2018).

A Limoges, une équipe mobile gériatrique, l'UPSAV (l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement) collabore avec le SDIS 87. Les ergothérapeutes font de la formation aux sapeurs-pompiers sur la personne âgée, sur les troubles neurocognitifs, la communication, la manutention. Ils les forment également sur l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée et principalement sur le relevé du sol autonome. Ils insistent sur le fait que la personne peut participer ou se relever seule. Lorsque les sapeurs-pompiers sont appelés pour une intervention de relevage à domicile, ils peuvent faire remplir un formulaire à la personne âgée et ils l'envoient à l'UPSAV lorsqu'ils estiment que leur intervention serait nécessaire (Chicoulaa et al., 2019).

#### **4.2.3.2. La prise en soin aiguë des personnes âgées chuteuses à domicile**

Depuis 2016 au Royaume-Uni, certains ergothérapeutes collaborent avec les services de secours (les ambulanciers paramédicaux) afin de permettre une alternative de prise en soin pré-hospitalière. Le but principal étant de réduire les hospitalisations inutiles et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées chuteuses (Preston et al., 2018). La Société des Ergothérapeutes d'Ontario (Canada) se positionne également sur ce modèle d'intervention et propose depuis 2018 des prises en soin pré-hospitalière sur leur territoire. En effet, ils expliquent dans un rapport proposant leur intervention lié à la loi des ambulances et à la loi sur l'assurance maladie, que la prise en soin aiguë de l'ergothérapeute aurait des impacts positifs sur la personne. Cela permet à la personne âgée chuteuse de bénéficier de conseils de prévention et des évaluations holistiques pour la prise en soin future, immédiatement après la chute. Les évaluations intégrées en soin d'urgence permettraient ainsi de réduire les futures chutes (Brenchley, 2019). Cela permet également une meilleure orientation vers les professionnels de santé, sans le délai d'attente aux urgences et à l'hôpital. Cela permet aussi à la personne de rester à son domicile et d'éviter l'hospitalisation qui pourrait entraîner des conséquences négatives quant à son autonomie, sa qualité de vie et son bien-être (Preston et al., 2018). Enfin, cela permet également à l'État de faire des économies non négligeables en diminuant la pression dans les hôpitaux et le nombre de transports de ces personnes âgées chuteuses aux urgences (Brenchley, 2019).

## Du cadre théorique à la problématique

---

L'analyse de la littérature nous a permis de spécifier les chutes des personnes âgées comme étant un enjeu majeur de santé publique. Le point de départ du parcours de soin de la personne âgée est la prise en soin effectuée par les secours, ainsi que la prise de décision de transporter la personne aux urgences ou non, par le médecin régulateur du SAMU.

L'ergothérapeute prend en considération la personne âgée chuteuse de façon holistique par ses nombreuses compétences d'évaluation, de rééducation, de réadaptation et d'éducation.

En ce sens, le questionnement de départ était de savoir quelle pourrait être la place de l'ergothérapeute dans la prise en soin aiguë des personnes âgées chuteuses, c'est-à-dire en pré-hospitalier.

Nous avons pu voir dans certains pays, que des collaborations entre les ergothérapeutes et les ambulanciers paramédicaux intervenants lors des chutes des personnes âgées à domicile ont été effectuées et ont permis de réduire significativement le nombre d'hospitalisations de ces personnes.

Ainsi, quelle pourrait être la collaboration entre les ergothérapeutes et les secouristes en France lors des prises en soin aiguës des personnes âgées ayant chutés à domicile ?

Après analyse de la littérature, nous en sommes venus à déterminer la problématique suivante :

**« Quelle pourrait être la place de l'ergothérapeute dans l'aide à la prise de décision quant au transport aux urgences ou non, des personnes âgées chuteuses à domicile ? »**

Ainsi, pour répondre à cette problématique nous avons déterminé l'hypothèse suivante :

- L'ergothérapeute, de par ses compétences, a sa place quant à l'aide de la prise de décision de l'admission aux urgences et l'hospitalisation de la personne âgée chuteuse.

# Partie méthodologique

---

## 1. Objectif de la recherche

Dans le cadre de la méthodologie de recherche, après avoir recueilli l'ensemble des informations nécessaires dans la partie conceptuelle, il advient qu'il est important de questionner les ergothérapeutes quant à leurs pratiques vis-à-vis des chutes des personnes âgées et ainsi mener une réflexion afin de répondre à la problématique posée.

Ainsi l'objectif principal de la recherche est le suivant :

- Identifier les effets et les limites de la pratique ergothérapeutique dans le cadre d'une collaboration avec les services de secours

Les objectifs secondaires de la recherche sont les suivants :

- Identifier les différentes actions que l'ergothérapeute peut mettre en place, dans le cadre d'une chute de la personne âgée à domicile en aiguë
- Valider ou invalider notre hypothèse, à savoir : l'ergothérapeute, de par ses compétences, a sa place quant à l'aide de la prise de décision de l'admission aux urgences et l'hospitalisation de la personne âgée chuteuse.

## 2. Choix de l'outil méthodologique

Le choix initial de l'outil méthodologique s'était, dans un premier temps, porté sur une revue systématique de la littérature, au vu des preuves scientifiques que cet outil permet de recenser. Cependant, au regard du peu de littérature qui traite de la collaboration entre les ergothérapeutes et les services de secours dans la prise en soin aiguë des personnes âgées chuteuses à domicile, nous avons pris la décision de choisir le focus groupe.

### 2.1. Le focus groupe

Le focus groupe est une méthode qualitative accessible, peu coûteuse et conviviale. En effet, cet outil permet de recenser l'opinion des participants autour d'une thématique. C'est une méthode qui est utilisée dans plusieurs recherches en réadaptation, en santé et en services sociaux. Elle permet d'explorer les différents aspects d'une thématique en mettant l'accent sur les expériences professionnelles des ergothérapeutes participants (Tétrault & Guillez, 2014).

Cette méthode s'effectue en groupe afin de favoriser la participation des ergothérapeutes présentant des profils différents, autour d'un temps d'échange qui est participatif. Le focus groupe est animée par un modérateur qui permet une discussion par le biais de plusieurs questions semi-directives. En ce sens, les participants peuvent s'exprimer librement, et l'expression de certains peut lever l'inhibition d'expression des autres.

Le focus groupe est un recueil de données qualitatives. En effet, c'est un temps permettant de recueillir les différents avis des participants sans qu'il y ait de jugement. Cet outil favorise donc les différentes pistes de réflexions sur un sujet précis et permet de produire le maximum de connaissances pour l'argumenter.

De ce fait, cette méthode coïncide avec les objectifs d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie.

## 2.2. Le contenu

Dans un premier temps nous avons déterminé que deux focus groupes seraient réalisés afin d'avoir des dynamiques différentes ainsi qu'un plus grand nombre d'expériences.

Nous avons par la suite élaboré le guide d'entretien (*Annexe I*) en lien avec les objectifs de la recherche énoncés précédemment. Dans notre recherche nous avons décidé d'organiser trois grandes parties qui contiennent chacune une question principale complétée par des questions secondaires afin de pousser la réflexion des participants. Nous avons ainsi élaboré une trame et un support (*Annexe II*) incluant ces différentes parties pour animer la rencontre permettant de ne pas oublier des points importants.

A la suite de la rédaction du guide d'entretien, nous avons constitué une fiche afin de recueillir les renseignements sociodémographiques des participants et une fiche d'autorisation d'enregistrement audio et vidéo afin de pouvoir exploiter l'ensemble des données qui seront fournies dans les focus groupes (*Annexe III*). Ces fiches devaient être distribuées lors des deux rencontres, cependant les groupes étant finalement réalisés à distance en raison du contexte épidémique, un Google Form a finalement été créé afin que les participants puissent les remplir aisément à distance.

## 3. Choix de la population cible

### 3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons décidé d'interroger les pratiques actuelles ou passées des ergothérapeutes avec les populations gériatriques et plus précisément les pratiques vis-à-vis des chutes des personnes âgées. Nous avons choisi d'inclure les ergothérapeutes ayant une expérience en gériatrie dans tous les types de structures afin d'aborder une plus grande diversité des pratiques.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ergothérapeutes diplômés d'État,</li><li>- Ergothérapeutes exerçant en France</li><li>- Ergothérapeutes ayant déjà exercé avec des populations gériatriques.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tous les autres professionnels de santé</li><li>- Ergothérapeutes exerçant à l'étranger</li><li>- Ergothérapeutes n'ayant pas d'expérience avec les personnes âgées.</li></ul>

Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion

### 3.2. Prise de contact et recrutement

Une recherche d'adresses email d'ergothérapeutes a été effectuée via les différents établissements présents à proximité de la Haute-Vienne, via les tableaux de contacts des ergothérapeutes mais aussi via les connaissances que nous avons.

Dans un premier temps, le travail de recrutement a été de rechercher des ergothérapeutes à proximité afin qu'ils puissent se déplacer en présentiel. L'envoi de trente-cinq premiers mails contenant un lien « Doodle » a été effectué afin que les ergothérapeutes renseignent leurs disponibilités. Une première date a été choisie par cinq ergothérapeutes pour réaliser le premier focus groupe le 4 avril 2020.

Dans un même temps, des mails ont été renvoyés à une vingtaine d'ergothérapeutes supplémentaires afin de planifier un second groupe, la date du 8 avril avait été choisie par

plusieurs ergothérapeutes mais malheureusement, certains de ces ergothérapeutes ont été réquisitionnés, nous avons donc reporté cette date. De ce fait, nous avons renvoyé un mail aux huit ergothérapeutes intéressés qui ont choisi le créneau du 11 avril 2020.

#### 4. Organisation

Une réservation de salle de cours par le biais de l'ILFOMER et de l'Université était initialement prévue, un premier échange avait été effectué avec l'administration pour la procédure à suivre. Cependant, le contexte actuel ne nous a pas permis de réaliser les focus groupes en présentiel. Nous avons donc pris l'option de choisir une variante au focus groupe en les réalisant à distance.

Il nous a d'abord fallu rechercher les logiciels fiables permettant d'effectuer le groupe par visioconférence à distance. Le logiciel qui nous a semblé le plus adapté est la plateforme Zoom. En effet, cette plateforme, peu coûteuse, permet d'effectuer une visioconférence tout en l'enregistrant. Il est également possible de faire un partage d'écran. L'enregistrement remplace ainsi la caméra et les dictaphones initialement prévus. Le partage d'écran permet quant à lui, de remplacer le vidéoprojecteur et le tableau blanc d'une salle type de cours.

Ainsi, l'organisation à distance a été initiée par mail en transmettant un lien zoom pour le groupe à distance ainsi que les formulaires Google Form palliant les fiches d'autorisations et de renseignements sociodémographiques.

L'organisation a été adaptée au mieux, afin que les focus groupes soient réalisables, en dépit des conséquences qui pourraient impacter les échanges et la convivialité d'un groupe en présentiel.

#### 5. Descriptif de l'étude

##### 5.1. Contenu de l'outil

La première partie comprend une question plutôt générale permettant de recueillir plusieurs données concernant les éléments à prendre en considération lors des chutes des personnes âgées à domicile.

**« D'après votre expérience en tant qu'ergothérapeute, quelles sont, selon vous les informations importantes à recueillir précocement après la chute de la personne âgée à son domicile en complément des secours ? »**

Cette première question fait suite à l'introduction du focus groupe présentant le contexte de la prise en soin en aiguë et les bilans déjà effectués par les secours (*Annexe II*). L'objectif étant de répertorier l'ensemble des critères qui, selon les participants, seraient pertinents de prendre en considération lors de la chute de la personne âgée à son domicile.

Pour qu'ils aient un visuel, un brainstorming par l'intermédiaire d'un partage d'écran sera effectué sur un tableau blanc depuis le logiciel Zoom. En amont, la question posée sera écrite afin que les participants aient un visuel dessus. Lorsque cela sera nécessaire, nous pourrons demander aux participants de préciser ou de développer leurs réponses.

Dans cette première partie, une question pourra être posée afin de préciser la question initiale :

- « *Quels sont les critères intrinsèques, extrinsèques et comportementaux non pris en considération et qui vous semblent pertinents pour l'aide à la prise de décision de transports aux urgences ?* »

Ainsi cette question permettra aux participants de préciser leurs premiers éléments de réponse ou bien faire émerger d'autres idées auxquelles ils n'avaient peut-être pas pensé avant.

La seconde partie cible plus précisément les pratiques que les participants peuvent avoir lors des chutes des personnes âgées qui seraient reproductibles à domicile. La question principale est la suivante :

**« De quelle façon la prise en soin aiguë de la chute de la personne âgée fait elle référence à vos pratiques ergothérapeutiques ? »**

Les éléments de réponses à cette question peuvent ainsi grandement varier en fonction des pratiques et des lieux d'exercice des ergothérapeutes. De ce fait, nous attendons des éléments quant aux bilans réalisables, aux prises en soin spécifiques des chutes, des ateliers éventuellement mis en place, les collaborations effectuées en interprofessionnalité, les éducations thérapeutiques effectuées...

Afin de préciser la question générale et de faire émerger des éléments de réponses, trois questions supplémentaires peuvent être posées.

- *« Quelles sont ou ont été vos expériences professionnelles avec les chutes des personnes âgées ? »*

Cette première question permettrait aux participants de partir de leur propre expérience avec les chutes des personnes âgées et ainsi nous faire partager les prises en soin effectuées. Ainsi, si les éléments de réponses ne sont pas formulés lors de l'annonce de la question générale, le fait de partir de leur propre expérience pourrait mener une réflexion quant aux pratiques faites dans un établissement hospitalier, un service de soin et de réadaptation, un EHPAD etc. reproductibles pour une prise en soin aiguë.

En ce sens, pour préciser à la fois les pratiques professionnelles effectuées et pour compléter la première partie faisant référence aux éléments qui seraient pertinents pour les bilans de prise en soin aiguë, la seconde question de précision peut être la suivante :

- *« Quels seraient, selon vous, les bilans réalisables en aiguë ? »*

Les éléments attendus font référence à des bilans normés ainsi que des bilans ergothérapeutiques éventuellement utilisés pour les chutes de la personne âgée. Cette question pourrait éventuellement faire émerger des limites quant à la faisabilité de certains bilans. Effectivement, certains peuvent être longs à effectuer et peuvent potentiellement ne pas être réalisables pour une prise en soin aiguë dans un contexte de secours à la personne. De plus, les éléments de certains bilans seront peut-être cités sans préciser une évaluation complète.

Enfin, une troisième question permet de mener une réflexion quant à la collaboration que les ergothérapeutes pourraient potentiellement avoir avec les équipes de secouristes pour la prise en soin aiguë de la personne âgée chuteuse à domicile.

- *« Comment la collaboration pourrait-elle être effectuée, selon vous, avec les sapeurs-pompiers ? »*

Cette question permet dans un premier temps aux participants de mener une réflexion quant aux pratiques qu'ils effectuent déjà avec les autres professionnels de santé. Ensuite elle permet de discuter de la faisabilité des collaborations potentiellement effectuées avec les sapeurs-pompiers. Cette question permet aussi aux participants de visualiser la collaboration

directe avec les secours sur les lieux de l'intervention, mais également en termes de formation, de complémentarité etc.

Enfin, la troisième et dernière partie est également composée d'une question principale et de trois questions secondaires.

**« De quelle façon l'ergothérapeute pourrait-il contribuer à l'aide à la prise de décision, en collaboration avec les services de secours et d'urgence ? »**

Cette dernière partie est en lien direct avec la problématique, elle peut permettre de faire un flash-back sur les éléments de réponses donnés dans les questions précédentes. En effet, toutes les informations données dans les premières questions peuvent être utiles en ce qui concerne la prise de décision de transporter ou non la personne âgée ayant chuté aux urgences. Dans cette partie, de nouveaux éléments peuvent survenir, d'autres éléments cités auparavant pourront être développés et les limites pourront être décrites.

- « *Quelles sont les compétences que les ergothérapeutes pourraient mobiliser ?* »

Ici nous attendons des compétences équivalentes à la singularité des prises en soin par les ergothérapeutes. Dans cette partie, des compétences peuvent être citées sans qu'il y ait de rapport étroit avec la prise de décision mais qui, indirectement, pourraient aider à cette prise de décision telle que la formation des secours par exemple.

- « *Quelles informations complémentaires pourriez-vous apporter au médecin régulateur du SAMU en tant qu'ergothérapeute ?* »

Cette question permettra de préciser les informations en lien avec les compétences citées dans la question précédente. Les participants pourront également trouver des informations auxquelles ils n'avaient peut-être pas pensé avant et ainsi citer de nouvelles compétences à exploiter. Pour clôturer cette dernière partie et permettre des éventuelles ouvertures, la dernière question permettra aux participants de mener une réflexion quant aux avantages, freins et limites de la prise en soin aiguë en ergothérapie des personnes âgées chuteuses à domicile.

- « *Quelles seraient selon vous les bénéfices, les limites et les freins à cette contribution ?* »

Cette dernière question permettra une réflexion quant aux limites sociétales, culturelles, médicales et autres en ce qui concerne la prise en soin ergothérapique en aiguë des chutes des personnes âgées à domicile. De plus, ils pourront identifier les freins de ces pratiques vis-à-vis du contexte actuel. Enfin des bénéfices quant à la participation de l'ergothérapeute pour l'aide à la prise de décision en collaboration avec les secours pourront être identifiés. Pour finir le focus groupe, une conclusion-synthèse des éléments cités sera effectuée. Par la suite il sera demandé aux participants d'effectuer un retour rapide sur leurs ressentis.

## **5.2. Déroulé de l'outil**

Pendant la réalisation du focus groupe, toutes les questions supplémentaires aux questions générales peuvent ne pas être posées en fonction des éléments de réponses cités. Un espace sera laissé afin d'utiliser des techniques de répétition, de reformulation et de pouvoir poser des questions de précisions afin d'alimenter la discussion et d'avoir des résultats plus précis.

## 6. Population des focus groupes

### 6.1. Population du premier focus groupe

Présentation de l'ergothérapeute	Nombre de mois ou années d'exercice professionnel	Milieu professionnel actuel	Milieu professionnel antérieur
E1 Femme	8 mois d'exercice professionnel	SSR gériatrique, traumatologie, orthopédie	SSR
E2 Femme	10 mois d'exercice professionnel	Centre hospitalier (SSR, USLD, Unité Alzheimer (UA), hébergement temporaire, Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), soin palliatif)	Centre hospitalier, UHR, PASA, Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR)
E3 Homme	9 mois d'exercice professionnel	SSR gériatrique EHPAD	SSR gériatrique, EHPAD
E4 Femme	23 ans d'exercice professionnel	SSR	Centre de Rééducation Professionnelle (CRP), psychiatrie hospitalisation complète, hospitalisation de jour, Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), équipe mobile post-AVC
E5 Femme	14 ans d'exercice professionnel	Hôpital de Jour (HDJ) et SSR (Rééducation fonctionnelle, DV et prévention des chutes)	Hôpital gériatrique (SSR, USLD, EHPAD, HDJ), SSR orienté principalement gériatrie.

Tableau 4 : Renseignements population du premier focus groupe

## 6.2. Population du second focus groupe

Présentation de l'ergothérapeute	Nombre de mois ou années d'exercice professionnel	Milieu professionnel actuel	Milieu professionnel antérieur
EA Femme	1 an et 10 mois	SAMSAH et foyer de vie en accueil de jour auprès d'adultes avec Troubles du Spectre Autistique (TSA)	Équipe mobile gériatrique sur plusieurs EHPAD
EB Femme	1 an et 10 mois	EHPAD	EHPAD
EC Femme	2 ans	Libéral, SESSAD TSA, Dispositif d'autorégulation	EHPAD
ED Femme	18 ans	SSR gériatrique	EHPAD USLD
EE Femme	10 mois	SPASAD	SSR
EF Femme	1 an et 6 mois	EHPAD Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	EHPAD
EG Femme	10 mois	EHPAD	EHPAD

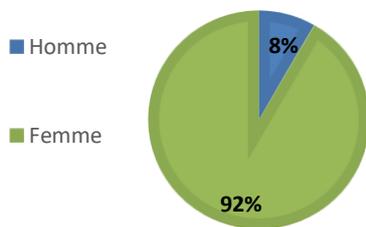
Tableau 5 : Renseignements population du second focus groupe

# Résultats et analyse

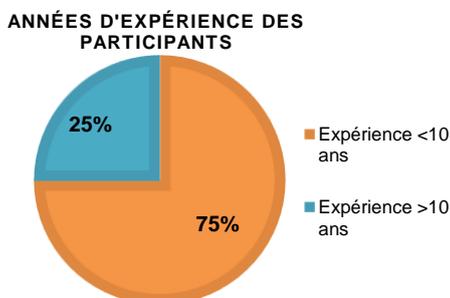
## 1. Résultats sociodémographiques des participants

Dans un premier temps nous présenterons et interpréterons les résultats correspondants aux participants des focus groupes.

Parmi les participants, nous avons une majorité de femmes, seul un homme a participé à cette étude. Ce premier constat semble cohérent aux vues de la profession qui reste encore aujourd'hui très féminisée.

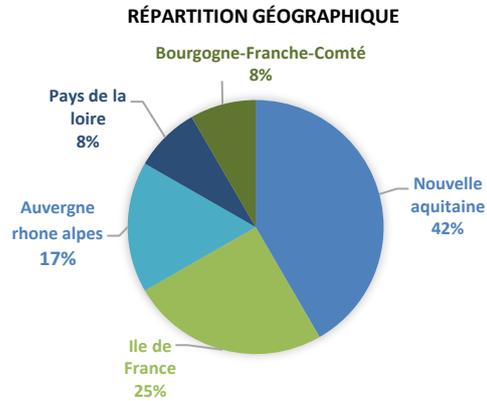


Les années d'expérience des participants sont assez homogènes, seuls trois participants sur les deux focus groupes ont plus de dix ans d'expérience. Les autres ergothérapeutes sont pour la plupart, diplômés depuis moins de deux ans. En ce sens, nous avons peu d'hétérogénéité sur les années d'expériences. Néanmoins, le fait d'avoir des jeunes diplômés peut être pertinent vis-à-vis de la formation récente qu'ils ont reçue. De plus, avoir un tiers des ergothérapeutes ayant plus de 10 ans d'expérience nous permet de récolter tout de même des informations de terrain et un savoir-faire intéressant.



Le fait d'avoir effectué les focus groupes à distance nous a permis d'avoir des ergothérapeutes qui exercent dans cinq

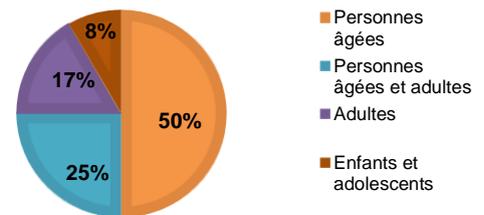
régions différentes. Les lieux d'exercices des ergothérapeutes participants sont ainsi diversifiés.



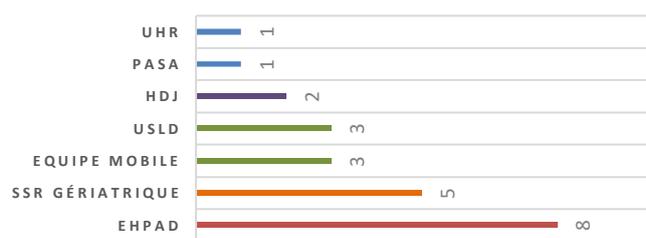
Actuellement 75% des participants exercent avec des personnes âgées, les 25% autres ont exercé avec les personnes âgées antérieurement.

Après recensement et analyse des domaines d'exercices des participants avec les personnes âgées, la majorité des participants a des expériences en EHPAD ainsi qu'en SSR gériatrique.

POPULATION CONCERNÉE DANS LE LIEU D'EXERCICE ACTUEL



RÉPARTITION DES EXPÉRIENCES DES PARTICIPANTS EN GÉRIATRIE



## 2. Les actions que les ergothérapeutes peuvent mettre en place dans le cadre d'une chute de la personne âgée à domicile en aiguë

### 2.1. Recueil de données dans la prise en soin aiguë

Les éléments de réponses complémentaires qui seraient intéressants de recueillir lors de la chute de la personne âgée à domicile ont été répartis dans le tableau suivant en trois grandes catégories : les informations environnementales, les informations intrinsèques et les informations générales de la chute.

	Informations environnementales	Informations intrinsèques à la personne	Informations générales
Focus groupe 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement physique : aménagement du domicile, matériel et aides techniques utilisés (adapté/inadapté, bien entretenu ou non)</li> <li>• Environnement humain : présence de proches, d'aides humaines, de prise en soin antérieures, épuisement de l'aidant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau d'autonomie et d'indépendance</li> <li>• Présence de troubles cognitifs</li> <li>• Culture de la personne</li> <li>• Vécu de la personne vis-à-vis de la chute, conscience de la chute</li> <li>• Refus des aides proposées antérieurement</li> </ul>	<p><u>Chute :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Circonstances</li> <li>• Causes</li> <li>• Récidives</li> <li>• Temps passé au sol</li> </ul>
Focus groupe 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement physique : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aménagement du domicile : présence de tapis, de marches</li> <li>- Aide technique à la marche</li> <li>- Chaussage</li> <li>- Port de lunettes</li> </ul> </li> <li>• Environnement humain : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de proches, d'aidants à proximité</li> <li>- Accompagnement de la personne au moment de la chute</li> <li>- Services et professionnels intervenant</li> </ul> </li> <li>• Environnement social et géographique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau d'autonomie et d'indépendance</li> <li>• Troubles neurologiques</li> <li>• Troubles visuels</li> <li>• Troubles auditifs, troubles de l'équilibre</li> <li>• Déshydratation, dénutrition</li> <li>• Fatigabilité</li> <li>• Polymédication</li> <li>• Activités réalisées par la personne</li> <li>• Si la personne a conscience de la chute</li> <li>• Si la personne a tenté de se relevé du sol seule</li> </ul>	<p><u>Chute :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexte</li> <li>• Condition</li> <li>• Récidive</li> <li>• Heure</li> <li>• A l'intérieur ou à l'extérieur du domicile</li> </ul>

Tableau 6 : Recueil de données post-chute

Parmi l'ensemble des éléments cités par les deux groupes, nous remarquons qu'ils sont semblables aux facteurs de risque de chute cités dans la partie théorique. De plus, les résultats concernant l'environnement sont assez similaires dans les deux groupes. En effet, ils concernent principalement l'environnement physique (lieu de vie, aides techniques, aménagement du domicile) et l'environnement humain (familial et professionnel).

Les informations générales de la chute sont également semblables dans les deux groupes, ils trouvent pertinent de relever l'heure, le contexte/la cause, les circonstances/conditions de la chute et de repérer si c'est une récurrence ou non.

En ce qui concerne les critères intrinsèques à repérer, les deux groupes s'accordent sur le niveau d'autonomie et d'indépendance de la personne, ses troubles cognitifs éventuels ainsi que son vécu de la chute et la conscience de celle-ci.

Le premier groupe a ajouté des éléments quant au comportement que pouvait présenter la personne vis-à-vis de la chute :

*E3 : « La personne souhaite rester à domicile le plus longtemps possible c'est un des facteurs qui pourrait lui faire entendre qu'elle ne se rend pas forcément compte de ce risque de chute là car elle veut rester chez elle, être autonome et ne veut pas être aux urgences ou en institution. »*

*E4 : « Le refus des aides, les aides humaines et matérielles auxquelles ils peuvent avoir droit. »*

*E1 : « Par rapport à la culture, il y a des gens qui vont être très indépendants, il y a des gens qui vont être très dépendants de leur famille et de leur proches pour plein de choses et il faut prendre ça aussi en compte dans l'évaluation pour voir l'orientation après. »*

Ainsi, dans certaines situations de chute, les personnes peuvent refuser la prise en soin et l'accompagnement par peur ou bien par la culture qu'elles peuvent avoir.

Quant au second groupe, ils ont principalement développé les critères intrinsèques à la personne, qui pourraient favoriser la chute tels que : la fatigabilité, les différents troubles (visuels, auditifs, cognitifs, alimentaires) et la polymédication.

De plus, le second groupe précise qu'il est pertinent de noter si la chute a eu lieu à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile. En ce sens, des informations sur les éventuelles occupations de la personne pourraient être récolter indirectement.

*« EF : L'endroit où la personne a chuté, si c'est à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile et en même temps ça peut nous renseigner sur le niveau d'autonomie de la personne et peut-être les activités qu'elle réalisait à ce moment-là. ».*

Avec ce critère supplémentaire, l'ensemble des éléments recueillis sont en correspondance avec le modèle PEOP de la partie conceptuelle.

## **2.2. La prise en soin aiguë de la personne âgée chuteuse en ergothérapie**

Les pratiques professionnelles des ergothérapeutes participant concernant les chutes des personnes âgées confirment les informations exposées dans la partie théorique. Les éléments cités dans les focus groupes sont les suivants :

- Les ergothérapeutes analysent les chutes et mettent en place une prise en soin spécifique en fonction de la personne que ce soit rééducative, réadaptative ou en effectuant des groupes éducatifs ;
- Ils font passer des bilans adaptés ;
- Les ateliers de groupes effectués sont : prévention des chutes, marche et équilibre, renforcement musculaire, réadaptation de l'environnement, relevé du sol ;
- Les ergothérapeutes analysent et réadaptent l'environnement ;
- Ils effectuent des préconisations d'aides-techniques ;

- Ils réalisent la formation des professionnels aux différentes techniques de relevé du sol et d'utilisation du matériel ;
- Les ergothérapeutes préparent les retours à domicile des personnes âgées.

De plus, certains ergothérapeutes présents sont référents des chutes au sein des établissements où ils exercent.

Les bilans cités qui seraient réalisables en aiguë selon les ergothérapeutes participants sont les suivants :

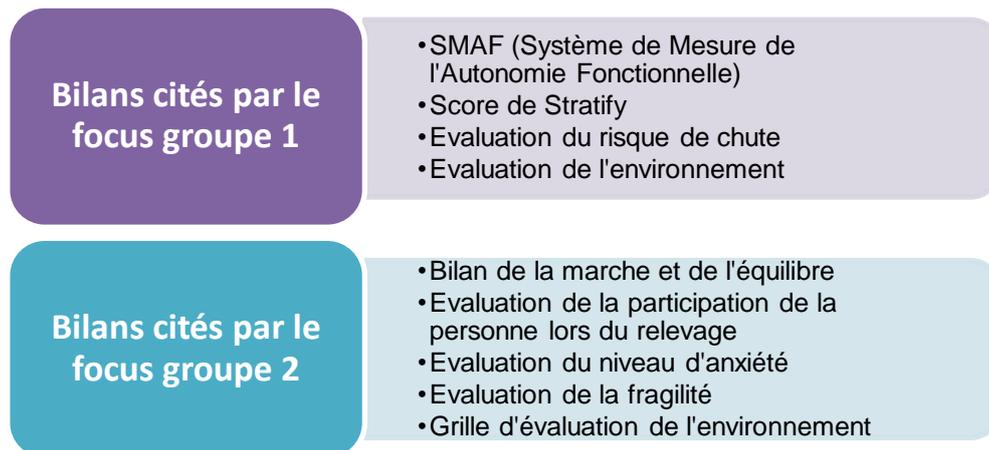


Figure 4 : Bilans cités dans les focus groupes

En plus de ces bilans, l'ensemble des ergothérapeutes participant s'accordent à dire que les bilans réalisés en aiguë doivent être rapides à effectuer.

*E3 : « Je pense, en effet, qu'il faut un bilan qui soit assez rapide à faire passer, parce que c'est quand même urgent, quand c'est en aiguë. On ne peut pas se permettre de faire un MMS, un time up and go ou des bilans cognitivo-moteurs enfin voilà c'est trop long à faire passer avant l'hospitalisation. »*

Ainsi, ils sont en accord sur le fait que des bilans normés, comme ceux cités dans la partie conceptuelle, demandent un temps conséquent de passage et ne peuvent être effectués dans une prise en soin aiguë.

### 3. L'aide à la prise de décision concernant l'orientation de la personne âgée chuteuse

Dans l'ensemble, les éléments cités par les participants nous indiquent que les ergothérapeutes sont en mesure de repérer quelques éléments aidants pour la prise de décision :

*E5 : « Nous pouvons apporter notre expérience et notre expertise pour aider à l'orientation de ces patients-là ».*

*EB : « Dans le cas où on identifie la fragilité, on peut plutôt proposer une hospitalisation pour faire des bilans complets, si au contraire on voit que la personne est bien, elle a du monde qui vient la voir (...), on peut faire le lien avec les autres professionnels pour des problématiques ciblées ».*

Effectivement, après avoir récolté l'ensemble des informations concernant la chute, analyser l'environnement physique et social de la personne, les ergothérapeutes ont une expertise globale qui serait pertinente pour l'orientation de la personne. Ils seraient en mesure de

déterminer si la personne est fragile et ainsi proposer un dépistage complet à l'hôpital afin que l'état de la personne ne se détériore pas.

### 3.1. La collaboration avec les services d'urgence et de secours

Dans un premier temps les deux groupes s'accordent sur le fait que cette collaboration pourrait se faire seulement si les secours ont assez d'éléments concernant la personne âgée qui a chuté à son domicile.

*E3 : « Dans l'idéal, il serait intéressant d'avoir un maximum d'informations avant, pour que l'ergothérapeute puisse analyser et mettre en place un maximum de choses, afin que la personne soit non hospitalisée ou alors hospitalisée mais mieux orientée après »*

*EG : « Je pense que la collaboration peut avoir lieu directement avec les secours si la situation correspond bien à une intervention de l'ergothérapeute »*

Nous comprenons ici qu'il faudrait que l'intervention d'un ergothérapeute soit nécessaire afin d'éviter un déplacement inutile ou inadéquat. De ce fait, il faudrait un maximum d'information.

Le premier groupe a longuement discuté sur cette collaboration avec les secours principalement en subaiguë ou bien aux urgences. Pour la majorité des participants de ce premier groupe, la collaboration serait plus adéquate et faisable en subaiguë, c'est-à-dire avant les interventions de relevage. Ils ont également émis l'idée que le recueil d'information auprès des intervenants au domicile pouvait s'effectuer à distance pour les chutes.

*E4 : « Le subaiguë a, je pense, tout son intérêt parce qu'avec par exemple tout le matériel de relevage comme les lèves-personnes, les verticalisateurs électriques (...) Peut-être on éviterait les hospitalisations s'il y avait de la formation aux différents matériels d'aide aux transferts et aux relevages. »*

*E5 : « Est-ce qu'il n'y aurait pas possibilité de prendre une demi-mesure, et d'être plutôt dans la formation, la sensibilisation ou donner des outils comme effectivement une feuille comme les fiches des chutes à remplir par les personnes qui vont intervenir au domicile. (...). Leur donner en tout cas une partie des outils dont on dispose, avec des questions un petit peu pertinente, des éléments importants à observer à questionner, pour eux les aider à prendre une décision. »*

Avec cet élément de réponse nous pouvons faire le lien avec les prises en soin qui sont effectuées par l'UPSAV en collaboration avec le SDIS 87.

Le second groupe a également évoqué la question de la prise en soin en subaiguë ou à l'arrivée aux urgences cependant, ils ont également trouvé des intérêts à effectuer cette collaboration au moment du relevage de la personne :

*EF : « En reprenant ce qui a été dit précédemment, mais en aiguë, pendant le relevage, faire participer la personne en apprenant aux secouristes comment la personne peut se relever éventuellement seule si elle est guidée, leur apprendre la technique du relevé du sol, à la fois à la personne mais aussi aux sapeurs-pompiers. En ce sens on favorisera la participation de la personne dans son environnement. Dans le cas où la personne ne serait pas dans un état limite de syndrome post chute ou paniquée. »*

Faire participer la personne pendant le relevage est un élément non négligeable pour la prise de décision, par exemple, si la personne se relève seule en étant guidée. Dans la théorie nous avons effectivement évoqué cette éducation au relevé du sol, nous pensons ainsi que cette collaboration prendrait tout son sens lors d'une prise en soin aiguë. Cette technique du relevé du sol pourrait être éducative à la fois pour la personne mais aussi pour les sapeurs-pompiers présents qui pourraient la mettre en œuvre sur d'autres interventions de relevage. La notion

de formation évoquée par le premier groupe en subaiguë a été abordée au moment même de l'intervention de relevage par le second groupe. En effet, en plus de la technique du relevé du sol, ils ont discuté de l'utilisation de matériel pour le relevage.

*EC : « La collaboration peut être faite aussi avec les secouristes avec l'utilisation de matériel adéquat, je ne sais pas s'ils ont tous du matériel adapté, mais c'est vrai qu'utiliser un matériel qui les protégerait eux et la personne ce serait bien (...), après il faudrait qu'ils aient la capacité d'avoir le bon matériel bien sûr. Sinon, pourquoi pas les accompagner, si la personne a un lève-personne chez elle par exemple, ce serait idéal de leur montrer comment on utilise ce matériel. »*

En ce sens, l'ensemble des éléments cités par les deux groupes sont parfois similaires car ils regroupent des compétences en ergothérapie identiques néanmoins, les pratiques seraient effectuées différemment et pas spécifiquement au même moment de la prise en soin.

### 3.2. Les compétences en ergothérapie

Les compétences citées par les ergothérapeutes participants qui seraient intéressantes à exploiter pour l'aide à la prise de décision sont les suivantes :

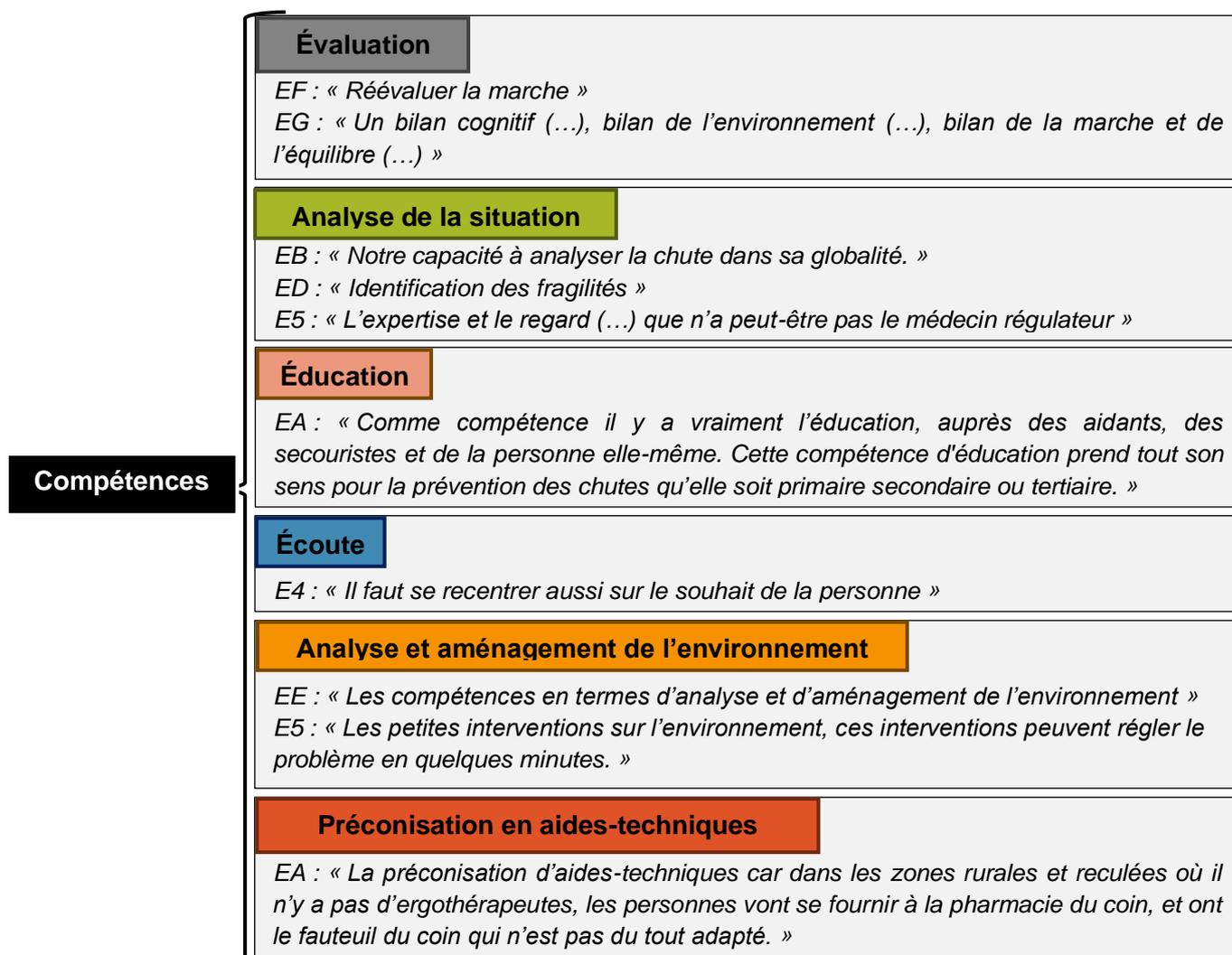


Figure 5 : Les compétences dans la prise en soin des personnes âgées chuteuses

### 3.3. Les effets et les limites de la pratique ergothérapeutique dans le cadre d'une collaboration avec les services de secours

Les bénéfices, les freins et les limites à la contribution de l'ergothérapeute dans l'aide à la prise de décision, en collaboration avec les secours dans la prise en soin aigue, sont répartis dans le tableau suivant.

	Focus groupe 1	Focus groupe 2
Bénéfices	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure orientation de la personne</li> <li>• Sur l'environnement de la personne</li> <li>• Financier sur du long terme</li> <li>• L'expérience et l'expertise de l'ergothérapeute est un plus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure orientation de la personne, les ergothérapeutes peuvent orienter vers les bons professionnels</li> <li>• Les problématiques seraient identifiées précocement avant l'hospitalisation, prise en charge plus rapide</li> <li>• Pour la qualité de vie de la personne âgée</li> </ul>
Freins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les chutes ne pourraient pas être évaluées, il faudrait les prioriser</li> <li>• Financier sur du court terme</li> <li>• Disponibilités des ergothérapeutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faudrait une prescription médicale pour que les ergothérapeutes interviennent</li> <li>• Les ergothérapeutes ne peuvent pas prescrire les aides techniques</li> <li>• Nombre d'ergothérapeutes disponibles</li> <li>• Capacités des ergothérapeutes à intervenir dans l'urgence (il faudrait faire appel à des ergothérapeutes libéraux ou des équipes mobiles pluridisciplinaires spécifiques pour ces interventions)</li> </ul>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'autres professionnels pourraient intervenir également</li> <li>• Temps court dans « l'urgence »</li> <li>• Identification du métier d'ergothérapeutes par les services de secours</li> <li>• Les informations données avant l'intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance et reconnaissance de l'ergothérapie</li> <li>• Temps relativement court dans l'urgence</li> <li>• Complicé de mettre en lien les ergothérapeutes et les services d'urgences en France</li> </ul>

Tableau 7 : Bénéfices, freins et limites de la prise en soin aiguë par les ergothérapeutes

Nous pouvons remarquer que les deux groupes ont eu des éléments de réponses différents mais la plupart restent similaires, les éléments fournis sont très complémentaires. Le premier focus groupe a trouvé quelques bénéfices à ce stade, mais ils pensent qu'en subaiguë il y aurait davantage de bénéfices. Néanmoins, sur du long terme, ils pensent qu'il y aurait des avantages financiers, comme nous l'avons vu dans l'analyse de la littérature, les avantages économiques font partie des points positifs de la collaboration entre les secours et les ergothérapeutes au Royaume-Uni.

Le second focus groupe trouve qu'une intervention à ce stade-là serait pertinente, car une première partie des bilans serait effectuée et les personnes âgées seraient orientées plus rapidement.

## Discussion

---

Dans cette partie nous mettrons en lien le cadre théorique et les résultats obtenus par la méthodologie afin de répondre à la problématique qui était la suivante :

### **Quelle pourrait être la place de l'ergothérapeute dans l'aide à la prise de décision quant au transport aux urgences ou non, des personnes âgées chuteuses à domicile ?**

Afin de répondre à cette problématique, nous avons émis l'hypothèse que l'ergothérapeute, de par ses compétences, a sa place quant à l'aide de la prise de décision de l'admission aux urgences et l'hospitalisation de la personne âgée chuteuse. Afin de valider ou invalider notre hypothèse, nous interrogerons l'intérêt pour la pratique de l'ergothérapie, dans l'aide à la prise de décision, en lien avec le cadre théorique et les résultats obtenus abordés dans les parties précédentes de ce mémoire. Dans un second temps, nous déterminerons les limites de l'étude ainsi que les perspectives envisageables.

## **1. La place de l'ergothérapeute dans l'aide à la prise de décision**

Cette première partie interroge les pratiques ergothérapeutiques dans le cadre de l'aide à la prise de décision lors des prises en soin aiguës de la personne âgée chuteuse en collaboration avec les services de secours et d'urgence.

### **1.1. Les pratiques ergothérapeutiques dans la prise en soin des personnes âgées chuteuses**

Nous avons pu voir dans l'analyse de la littérature que les chutes à domicile des personnes âgées sont un enjeu de santé publique en France. Les ergothérapeutes mettent en place des prises en soin adaptées quant à ces problématiques en prenant en compte la personne dans son environnement, les performances de la personne ainsi que ses occupations de façon à avoir une approche holistique et systémique. Dans la même optique, les résultats de notre étude ont confirmé la prise en considération de tous ces facteurs et ont ainsi confirmé la vision holistique de la profession.

L'ergothérapeute, de par ces nombreuses compétences, est en mesure d'effectuer de nombreux bilans en ce qui concerne la chute, d'analyser la situation, d'évaluer l'environnement global de la personne et d'identifier la fragilité de la personne que nous avons défini dans la partie théorique. L'ergothérapeute peut ainsi mettre en place une prise en soin aiguë, notamment grâce à ses compétences d'éducation, de prévention, d'adaptation de l'environnement mais aussi ses capacités d'analyse de la situation permettant d'aider à l'orientation de la personne. Ainsi de nombreuses pratiques ont été identifiées lors de notre analyse de la littérature et lors de la réalisation des focus groupes permettant l'aide à la prise de décision effectuée par le médecin régulateur du SAMU. De ce fait, nous pensons que la vision holistique des ergothérapeutes serait un réel complément des bilans circonstanciels, bilan d'urgence vitale et bilans complémentaires déjà réalisés par les sapeurs-pompiers (Vanhuin et al., 2017), afin d'aider le médecin régulateur à la prise de décision quant à l'orientation de la personne âgée qui a chuté.

Cependant, de nombreuses limites et de nombreux freins ont été identifiés dans les résultats de notre étude en ce qui concerne la faisabilité des pratiques ergothérapeutiques dans une prise en soin précoce en collaboration avec les services de secours d'urgence.

Un des principaux freins recensés est celui de la prescription médicale. Comme nous l'avons décrit dans le cadre théorique, les ergothérapeutes interviennent sous prescription médicale (Code de la santé publique - Article L4331-1, s. d.). Par conséquent, lors d'un relevage de personne âgée à domicile, l'intervention de l'ergothérapeute est remise en question d'un point de vue légal s'il n'y a pas de prescription médicale effectuée. Ainsi, nous pensons qu'il faudrait un lien étroit entre le « centre de traitement de l'alerte – centre opérationnel départemental d'incendie et de secours » (CTA-CODIS) du SDIS et l'accord du médecin régulateur ou bien du médecin généraliste de la personne afin que l'intervention de l'ergothérapeute à ce stade soit possible. Nous avons conscience de la complexité d'organisation que cela nécessite et cela peut s'avérer difficile à mettre en place. Des alternatives et des solutions pourraient être identifiées avec davantage d'expertise.

Dans une même optique, un obstacle subsiste quant à l'intervention des ergothérapeutes lors de la prise en soin aiguë. En effet, si les ergothérapeutes devaient intervenir à ce stade, ils pourraient préconiser des aides techniques mais ils ne pourraient pas les prescrire directement lors de l'intervention. Il faudrait un lien avec le médecin généraliste après l'intervention afin qu'il fasse lui-même les prescriptions. Nous pouvons penser que cette collaboration peut être complexe, si le médecin ne connaît pas les compétences des ergothérapeutes, ou s'il est difficile pour les ergothérapeutes de communiquer avec ce dernier.

De plus, nous avons pu voir que les ergothérapeutes français interviennent dans différents établissements, secteurs et services (EHPAD, équipes mobiles, SSR gériatrique, libéral etc.). De ce fait, les participants aux focus groupes avaient énoncé le fait que pour pouvoir intervenir dans une prise en soin aiguë en collaboration avec les sapeurs-pompiers, il faudrait que ce soit des ergothérapeutes exerçant en libéral ou bien en équipe mobile gériatrique. Ils avaient également discuté du fait qu'il fallait que les ergothérapeutes soient disponibles.

En effet, le statut des ergothérapeutes devrait être particulier. Ainsi, nous nous sommes penchés sur la façon dont ces interventions pourraient être mises en place et donc sur l'éventualité d'une création d'équipe mobile gériatrique spécifique, sur base de volontariat des ergothérapeutes libéraux ou bien sur des créations de postes auprès des SDIS par exemple. Tous ces éléments restent néanmoins difficiles à envisager sans preuves scientifiques significatives et donc d'expérimentations préalables quant à l'intérêt qu'auraient les ergothérapeutes à intervenir dans la prise en soin aiguë ainsi que dans l'aide à la prise de décision.

Enfin d'autres limites ont été identifiées telles que les contraintes temporelles, le temps des interventions devant être relativement court et les contraintes économiques liées aux interventions des ergothérapeutes sur du court terme. En effet, chaque intervention de relevage étant unique, il s'avère difficile d'en définir la durée. Nous avons conscience que l'ensemble des évaluations ne peuvent être passées et qu'il faudrait adapter la prise en soin ergothérapique de façon adéquate en aiguë. De même, nous disposons de peu de connaissances nous permettant d'évaluer l'impact économique que pourrait avoir ce type d'interventions en France. Néanmoins, nous avons vu dans le cadre théorique que la mise en place des collaborations entre les ergothérapeutes du Royaume-Uni et les ambulanciers paramédicaux pour les interventions de relevage avaient eu un impact positif sur le plan économique. Nous restons cependant attentifs au fait que les pratiques ergothérapiques et les services de secours sont différents en France.

Nous allons donc poursuivre notre discussion sur la collaboration qui pourrait éventuellement être effectuée en France.

## 1.2. La collaboration avec les services de secours d'urgence

L'intervention des ergothérapeutes en collaboration avec les services de secours semblerait pouvoir apporter plusieurs aspects avantageux pour l'aide à la prise de décision tels qu'une meilleure orientation de la personne âgée et des évaluations holistiques comme énoncés précédemment.

Il existe cependant plusieurs prérequis non négligeables à prendre en considération. Le premier serait que les sapeurs-pompiers du centre de traitement de l'alerte puissent identifier précisément les champs de compétences des ergothérapeutes, afin de pouvoir les solliciter. Le second prérequis serait que le centre de traitement de l'alerte ait assez d'informations en leur possession, en ce qui concerne la situation de la personne âgée chuteuse, pour solliciter un ergothérapeute. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, les tickets d'intervention que reçoit le centre de secours peuvent manquer d'informations en ce qui concerne la personne et sa chute. Par exemple, nous avons vu que lorsque l'appel est effectué via un système de téléalarme, il pouvait être complexe d'obtenir des données précises. En ce sens, des actions préalables devraient être effectuées avant de pouvoir mettre en place cette collaboration telles que de la formation ou de l'information auprès des sapeurs-pompiers du CTA en ce qui concerne l'ergothérapie. Nous pensons ainsi que diverses perspectives seraient envisageables à ce niveau-là.

En ce qui concerne la collaboration des services de secours avec les ergothérapeutes du Royaume-Uni (Preston et al., 2018) ainsi que la collaboration effectuée entre les services de secours et les ergothérapeutes d'Ontario (Brenchley, 2019), nous n'avons que très peu de preuves scientifiques publiées. En ce sens, la description précise de ces collaborations n'est pas effectuée. Par conséquent, nous ne pouvons pas spécifiquement comparer nos résultats avec leurs études. De plus, les systèmes de santé sont différents d'un pays à un autre. De ce fait, il serait compliqué d'identifier l'impact que cela pourrait avoir en France sans effectuer des recherches plus approfondies.

Finalement, les ergothérapeutes ont, dans les deux groupes, identifié des collaborations qui pourraient être effectuées en subaiguë et principalement en ce qui concerne la formation des sapeurs-pompiers. Comme nous l'avons vu dans la littérature, ce type d'intervention est déjà effectué en France avec l'UPSAV (Chicoulaa et al., 2019). Nous pensons cependant que le délai de prise en soin de la personne âgée chuteuse peut être retardé de par les nombreuses sollicitations et missions que peut avoir cette unité. Cependant cette initiative présente de nombreux avantages tels qu'une meilleure approche et connaissance des personnes âgées par les sapeurs-pompiers, une utilisation de matériel adapté pour les interventions de relevage et une bonne orientation de la personne sur du long terme.

Pour finir, la collaboration entre les ergothérapeutes et les services de secours pose question au niveau du financement. En effet, nous n'avons pas d'informations en ce qui concerne les rémunérations des ergothérapeutes, intervenant en aiguë, à l'étranger. En France, les financements des sapeurs-pompiers et les financements des ergothérapeutes d'un Centre Hospitalier par exemple, sont différents. Il faudrait savoir quel organisme finance et dirige ce type d'intervention car cela conditionnerait le statut et la place de l'ergothérapeute. De plus, les modalités d'interventions en collaboration peuvent être nombreuses. De par ces faits, elles sont difficilement définissables. Néanmoins nous pensons que des études supplémentaires pourraient apporter de nombreux compléments à notre premier travail de recherche afin de pouvoir spécifier les collaborations effectuées dans la prise en soin aiguë de la personne âgée chuteuse en collaboration avec les services de secours.

Avec l'analyse effectuée nous allons pouvoir répondre, dans la partie suivante, à notre hypothèse.

### **1.3. Validité de l'hypothèse**

A l'heure actuelle, nous pensons qu'il est compliqué de valider ou invalider notre hypothèse.

En effet, nous avons vu que de nombreux freins et limites existaient quant à la place de l'ergothérapeute dans la prise en soin aiguë. Cela demanderait une réorganisation de tout le système d'urgence. Cela impliquerait de nombreux acteurs : les sapeurs-pompiers ainsi que leur hiérarchie, le médecin régulateur du SAMU et les ergothérapeutes. Nous trouvons cette mise en œuvre complexe et nous pensons qu'il faudrait des études supplémentaires afin d'avoir des preuves de réussite.

Nous avons vu que les ergothérapeutes sembleraient être compétents pour les prises en soin aiguës des personnes âgées chuteuses. L'ensemble des données recueillies, l'analyse de la situation et de la personne, semblent très pertinents pour aider à la prise de décision en ce qui concerne l'orientation de la personne âgée après sa chute. Nous pensons que cette collaboration, si elle est bien établie, pourrait avoir un réel intérêt.

Nous manquons cependant de recul pour pouvoir affirmer la place que peut avoir l'ergothérapeute aussi précocement dans le parcours de soin de la personne au regard des nombreuses limites que nous avons identifiées. Nous pensons alors que d'autres perspectives de recherche pourraient permettre d'approfondir cette hypothèse.

Notre méthodologie présente elle-même des limites à prendre en considération. En ce sens, nous pensons à ce jour qu'il n'est pas possible de valider notre hypothèse de recherche.

## **2. Limites de l'étude**

La méthodologie mise en place comporte plusieurs biais et limites au niveau des contraintes humaines, environnementales mais aussi au regard des connaissances méthodologiques et du manque d'expérience que nous avons dans la mise en place d'une méthodologie d'initiation à la recherche.

### **2.1. Population participante à l'étude**

La population participante aux deux focus groupes effectués correspond aux critères d'inclusions déterminés pour cette étude. Cependant, l'échantillon reste faible, avec seulement 12 ergothérapeutes participants, cet échantillon n'est pas significatif et ne permet pas d'approfondir les éléments de réponses permettant de valider l'hypothèse énoncée. De plus, les critères d'inclusion comprenaient l'ensemble des ergothérapeutes ayant une expérience actuelle ou passée auprès des populations gériatriques, peu importe leur milieu d'intervention (EHPAD, SSRg, équipes mobiles gériatriques etc.).

Une précision des critères d'inclusion aurait pu être, principalement ciblée, sur les ergothérapeutes exerçant en équipe mobile ou sur les ergothérapeutes libéraux exerçant exclusivement auprès des populations gériatriques. Cela nous aurait permis d'avoir des éléments de réponses peut-être plus exploitables concernant la prise en soin aiguë à domicile. Ces critères d'inclusions plus précis ne nous auraient néanmoins pas permis d'avoir un nombre suffisant d'ergothérapeutes pour la réalisation des deux focus groupes avec le peu de temps que nous avons. Le nombre d'ergothérapeutes participants étant compris entre 4 et 10

ergothérapeutes par focus groupe d'après Tétrault, dans « le guide pratique de recherche en réadaptation » (2014).

Le nombre et les années d'expériences des participants sont peu variés dans notre étude. Premièrement, parmi les ergothérapeutes participants, 3 avaient plus de 10 ans d'expériences et 9 avaient une expérience égale ou inférieure à 2 ans. Il aurait été intéressant que les ergothérapeutes participant aient des années d'expérience qui soient plus hétérogènes et réparties de façon égalitaire.

Deuxièmement, parmi les 12 participants, seulement 4 ergothérapeutes avaient plus de 2 expériences dans des milieux différents. Une diversité plus grande dans les domaines d'exercice, nous aurait permis d'aborder plus d'aspects en ce qui concerne les prises en soin des chutes mais également d'approfondir certains éléments de réponses apportés lors des focus groupes.

Enfin, 2 ergothérapeutes participant à l'étude exerçaient à ce jour majoritairement avec des populations plutôt pédiatriques malgré leurs expériences passées auprès des populations gériatriques. En ce sens, les éléments de réponse peuvent être impactés du fait qu'ils ne correspondent peu ou pas à leurs pratiques actuelles. Ces derniers auraient pu être plus significatifs si l'ensemble des ergothérapeutes travaillait actuellement qu'avec des populations gériatriques.

Lors de la réalisation des focus groupes, nous avons pu voir que certains participants étaient plus à l'aise pour la prise de parole et que d'autres, étaient plus discrets. Certains ergothérapeutes avaient en quelques sortes un rôle de « meneur » et nous avons remarqué que certains éléments de réponses donnés, pouvaient influencer les réponses des autres participants. En ce sens des éléments qui auraient été intéressants à développer ne l'ont pas forcément été.

De ce fait, la méthodologie choisie qu'est le focus groupe présente elle aussi des limites.

## **2.2. Méthodologie choisie, la réalisation de focus groupes**

Nous avons fait le choix de réaliser deux focus groupes pour cette étude car c'est la méthodologie qui correspondait le mieux à notre sujet d'initiation à la recherche. Cependant, nous aurions pu compléter cette méthodologie avec d'autres outils tels que des expérimentations ou des entretiens individuels afin d'enrichir les données obtenues et d'avoir des résultats plus significatifs. Les contraintes temporelles et environnementales ne nous ont pas permis d'approfondir cette étude avec des outils supplémentaires.

En complément des informations citées dans la partie précédente en ce qui concerne l'influence des participants, nous avons fait le choix de présenter le contexte actuel de la prise en soin aiguë par les sapeurs-pompiers ainsi que les critères d'hospitalisations cités dans l'étude de Thisse (2009). Nous avons essayé de rester neutre, néanmoins, cette présentation était indispensable afin de poser un contexte, même si elle a pu potentiellement influencer les réponses des participants aux questions qui ont suivies.

Afin d'atténuer cette potentielle influence, nous avons fait le choix de poser des questions ouvertes et semi-directives afin de favoriser une plus grande liberté dans les réponses. Nous pensons que ce choix était adéquat, néanmoins, certains éléments de réponses pouvaient être en inéquation avec la question initiale.

Le contexte épidémique actuel ne nous a pas permis de réaliser les focus groupes en présentiel, par conséquent, un biais méthodologique peut être identifié. Nous avons fait le choix de faire une alternative à distance qui est autorisée dans « le guide pratique de recherche en réadaptation » (Tétrault & Guillez, 2014) mais de nombreuses contraintes ont été identifiées.

Dans un premier temps, il était conseillé d'avoir un assistant lors de la réalisation des focus groupes, afin qu'il prenne des notes, qu'il accueille les participants et leur propose du café par exemple ou autres collations afin de rendre la réalisation de ce groupe plus conviviale. Les focus groupes se réalisant à distance, nous avons fait le choix de ne pas solliciter une personne supplémentaire pour faire le rôle d'assistant. En effet, l'enregistrement vidéo et audio étaient possible à distance. La retranscription complète était facilitée. De plus, nous voulions éviter d'ajouter du travail supplémentaire à un camarade, un proche ou un ergothérapeute dans le contexte particulier que nous traversons. Finalement, la réalisation des focus groupes à distance n'étant pas optimale, nous voulions éviter des interférences ou des soucis de connexion du fait qu'il y ait une personne supplémentaire.

Le contexte épidémique nous a également amené à repousser la date initialement prévue le 8 avril pour le deuxième focus groupe au 11 avril dû au fait que plusieurs ergothérapeutes ont été réquisitionnés sur cette première date. Une ergothérapeute s'est également désistée peu de temps avant la réalisation du second focus groupe car elle ne pouvait malheureusement plus être présente lors de la réalisation de celui-ci. De plus, une ergothérapeute était présente lors du début du second focus groupe, mais, par soucis de connexion, elle ne pouvait pas entendre les autres participants et elle ne pouvait pas s'exprimer à cause des interférences. Elle a ainsi dû quitter le groupe peu de temps après l'introduction.

Enfin, le fait d'avoir effectué les focus groupe à distance a pu impacter la prise de parole de chaque participant et ne nous a pas permis d'avoir des échanges individuels optimaux quant à leur ressenti. En revanche, une participante nous a tout de même confié qu'elle appréciait le fait que l'ensemble des participants soient à distance. En effet, elle avait participé l'année précédente à un focus groupe à distance alors que les autres participants étaient en présentiel, elle n'entendait pas forcément les propos des autres participants et s'était sentie, par conséquent, moins impliquée.

### **2.3. Choix de la méthodologie en lien avec le sujet**

La mise en place d'une méthodologie de recherche était une première pour nous tout comme la modération des focus groupes. En ce sens, les investigations effectuées sont perfectibles. De plus, les apports théoriques concernant les différentes méthodologies de recherche nous ont manqué. Nous avons dû nous adapter et faire des investigations individuelles quant à la méthodologie, qui, selon nous, nous semblait la plus adéquate.

Enfin, le choix de notre sujet pour ce travail d'initiation à la recherche était à la fois très large quant aux axes que nous pouvions suivre, mais en même temps très complexe, au regard du peu d'études effectuées, à ce jour, quant à la prise en soin aiguë des personnes âgées chuteuses à domicile. Ainsi nous avons essayé de nous centrer sur l'aide à la prise de décision mais il existe de nombreuses autres perspectives pouvant être envisagées.

### 3. Perspectives

Comme nous avons pu le décrire précédemment, les résultats de notre étude et le cadre théorique ont mis en évidence les nombreuses compétences exploitables des ergothérapeutes, dans la prise en soin des chutes des personnes âgées à domicile. Cependant, le stade aiguë de la prise en soin a été discuté lors des focus groupes.

Certains participants ont trouvé qu'il y aurait un intérêt à effectuer une prise en soin en collaboration avec les sapeurs-pompiers, en subaiguë. Ils trouveraient pertinent de faire de la sensibilisation et de la formation aux personnels des SDIS. De ce constat, nous avons trouvé que le partenariat effectué par l'UPS AV avec le SDIS 87 pourrait être envisagé par d'autres équipes mobiles gériatriques avec d'autres SDIS. Des études et des expérimentations à plus grandes échelles seraient intéressantes.

De plus, les résultats de notre étude nous ont également amené à une réflexion quant à la place de l'ergothérapeute aux urgences, en aval de la prise de décision du médecin régulateur du SAMU. Certains travaux de recherche en ergothérapie avaient traité ce sujet (Veillette et al., 2007), cependant, il serait adéquat d'approfondir des recherches en ce sens.

En ce qui concerne la prise en soin aiguë des personnes âgées chuteuses et l'aide à la prise de décision, nous pensons qu'il serait intéressant de développer différents aspects.

Des expérimentations comparatives à ce qui est fait au Royaume-Uni pourraient être effectuées en France. De ce fait, différents outils et pratiques pourraient être recherchés et expérimentés auprès de certains SDIS de France afin de pouvoir évaluer l'intérêt de la prise en soin aiguë de l'ergothérapeute en collaboration avec les sapeurs-pompiers. Par exemple, un outil pourrait être élaboré au sein même du centre de traitement de l'alerte afin qu'ils puissent déterminer l'intérêt de solliciter un ergothérapeute. De plus, des expérimentations avec des ergothérapeutes employés au sein même des SDIS pourraient être envisageables. Il faudrait s'appuyer sur des recherches significatives en amont des expérimentations.

Enfin, dans le cas où la présence d'un ergothérapeute sur le lieu de l'intervention serait difficilement réalisable, nous pensons que des recherches devraient être initiées quant aux intérêts d'une collaboration à distance, entre les sapeurs-pompiers sur les lieux de l'intervention de relevage, un ergothérapeute, et le médecin régulateur du SAMU.

Nous pensons que de nombreux aspects de cette prise en soin pourraient être recherchés et expérimentés à une plus grande échelle, sur des temps plus longs, en vue d'avoir des résultats de terrain qui seraient significatifs et qui pourraient être exploités.

## Conclusion

---

Ce travail d'initiation à la recherche a montré que les ergothérapeutes détenaient de nombreuses compétences en ce qui concerne la chute de la personne âgée à domicile. Nous avons vu que les ergothérapeutes étaient en capacité de coopérer avec de nombreux acteurs selon un modèle à la fois systémique et holistique. Les chutes des personnes âgées à domicile et, parallèlement, les interventions de relevage effectuées par les secours en France sont nombreuses. En ce sens, nous voulions, au travers de ce mémoire, aborder des perspectives de prise en soin aiguë entre les ergothérapeutes et les sapeurs-pompiers. La prise en soin aiguë des personnes âgées chuteuses n'est pas à l'ordre du jour en France, c'est de ce constat que nous avons choisi de réaliser des focus groupes afin de récolter l'avis d'ergothérapeutes Diplômés d'État.

Ce sujet de recherche était à la fois très complet au regard de la littérature sur les chutes des personnes âgées mais également très limité quant à la prise en soin pré-hospitalière des chutes. Nous avons ainsi conscience que ce sujet n'était pas le plus simple et le moins risqué pour un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, néanmoins, nous avons pris plaisir à explorer la littérature et interroger les ergothérapeutes sur un sujet que nous affectionnons.

Notre étude ne nous a pas permis de valider l'hypothèse émise au regard des résultats qui étaient, selon nous, peu significatifs. Cependant, réaliser les focus groupes nous a permis de recenser les pratiques actuelles de douze ergothérapeutes ainsi que leurs ressentis quant à ce sujet. L'ensemble des ergothérapeutes participants ont trouvé intéressant de pouvoir échanger entre pairs au sujet de leurs pratiques. De plus, des retours post-focus groupe ont été effectués, il en est ressorti que ce sujet était selon eux enrichissant et intéressant de par sa singularité.

Malheureusement, le contexte actuel que nous traversons lors de la réalisation de ce travail ne nous a pas permis de réaliser les focus groupe comme nous l'avions programmé, en présentiel. Nous avons donc dû nous réorganiser et nous réajuster afin de pouvoir continuer notre travail d'initiation à la recherche. Faire face à des imprévus, s'organiser et se réadapter sont selon nous, des compétences essentielles au métier d'ergothérapeute. De ce fait, ce travail nous a appris, en tant que futurs professionnels, à gérer des situations imprévues et y répondre de façon responsable et adaptée.

Ce travail nous a également permis de développer des compétences quant à la méthodologie de recherche. Ainsi, en tant que futur professionnel, il paraît indispensable d'être en capacité de faire des recherches, afin de pouvoir répondre aisément à nos questions, faire évoluer nos pratiques et notre réflexion de façon adéquate. Au travers de la réalisation de ce mémoire de fin d'étude, nous avons en effet pu acquérir et approfondir nos connaissances.

Pour finir, analyser ce travail nous a permis de mener une réflexion quant aux nombreuses perspectives de recherche qui pourraient être effectuées. C'est pourquoi, nous pourrions envisager de nouveaux travaux de recherches, une fois diplômés.

## Références bibliographiques

---

- AFEG. (s. d.). *Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie*. Consulté 8 mars 2020, à l'adresse <http://afeg.asso.fr/>
- ANFE. (2019). *Définition*. <https://www.anfe.fr/definition>
- Aquino, J.-P. (2008). Le plan national « bien vieillir ». *Gérontologie et société*, 31 / n° 125(2), 39. <https://doi.org/10.3917/g.s.125.0039>
- Aquino, J.-P. (2016). La prévention en gérontologie. In *Guide Pratique du Vieillissement* (p. 192-195). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74904-9.00028-2>
- Arrouy, L., & Beaune, S. (2016). La personne âgée aux urgences. In *Guide Pratique du Vieillissement* (p. 234-238). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74904-9.00038-5>
- Bambina, E., Mestivier, E., & Berod, T. (2017). Chutes et identification des facteurs de risques médicamenteux chez le sujet âgé : Apport du bilan médicamenteux optimisé à l'entrée d'hospitalisation. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 52(1), 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2016.10.058>
- Benevise, J.-F., Delaporte, S., & Becq-Girandon, M. (2014). *Evaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente* (No 3013-182R; p. 383). République Française.
- Bloch, F. (2015). Les complications non traumatiques des chutes : Des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 15(88), 188-190. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.02.001>
- Bongue, B., Colvez, A., Dupré, C., Sass, C., & Deville, N. (2017). Prévalence et facteurs associés à la fragilité chez les personnes âgées autonomes vivant à domicile. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(100), 279-284. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.10.001>
- Bongue, Bienvenu, Hugues, J., Achour, É., Colvez, A., & Sass, C. (2016). Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées. *Soins Gérontologie*, 21(120), 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2016.05.006>
- Bouilly, C., Piccoli, M., & Cristancho-Lacroix, V. (2016). *Autonomie et dépendance : Évaluation et prévention*. 22.
- Boyer, M.-N., & Bellemare, L. (2009). La prévention des chutes et l'avancée dans l'âge. In *Ergothérapie en Gériatrie : Approche clinique* (De Boeck Supérieur).
- Bozon, M., Gaymu, J., & Lelièvre, E. (2018). L'expérience du vieillissement autour de la soixantaine en France. Âge subjectif et genre. *Ethnologie française*, 171(3), 401. <https://doi.org/10.3917/ethn.183.0401>
- Braun, F. (2017). Les nouveaux outils de la régulation médicale en Samu-Centre 15. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 7(5), 289-290. <https://doi.org/10.1007/s13341-017-0786-5>
- Brenchley. (2019). *OSOT\_Submission\_to\_MOH\_Consultation\_on\_Regulatory\_Amendments\_to\_Ambulance\_Act\_October\_7\_2019.pdf*. OSOT.
- Brunel, M., & Carrère, A. (2017). *Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE ``ménages``*. 7.
- Buatois, S., & Bénétos, A. (2011). Mise en place d'une échelle clinique simple pour évaluer le risque de chutes répétées chez les seniors. *Kinésithérapie, la Revue*, 11(111), 45-48. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(11\)75077-X](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(11)75077-X)

- Carrère, A., Haag, O., & Soullier, N. (2019). *Échantillonnage des enquêtes DRESS*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd43.pdf>
- Cayado, V., & Chahbi, R. (2015). La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : Un arbitrage complexe ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 15(88), 194-199. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.02.003>
- Cesari, M., Vellas, B., Hsu, F.-C., Newman, A. B., Doss, H., King, A. C., Manini, T. M., Church, T., Gill, T. M., Miller, M. E., Pahor, M., & for the LIFE Study Group. (2015). A Physical Activity Intervention to Treat the Frailty Syndrome in Older Persons—Results From the LIFE-P Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 70(2), 216-222. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu099>
- Chicoulaa, B., Escourrou, E., Durrieu, F., Stillmunkes, A., Bugat, M. R., & Oustric, S. (2019). *COMMUNICATIONS ORALES*. 26.
- Christiansen, C. H., Bass, J. D., & Baum, C. M. (2015). *Occupational Therapy : Performance, Participation, and Well-Being* (Fourth edition). Slack Incorporated.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- CNRTL. (s. d.). *VIEILLESSE : Définition de VIEILLESSE*. Consulté 11 février 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/vieillesse>
- Code de la santé publique—Article L4331-1, L4331-1 Code de la santé publique.
- Cohen, A. A., Li, Q., Milot, E., Leroux, M., Faucher, S., Morissette-Thomas, V., Legault, V., Fried, L. P., & Ferrucci, L. (2015). Statistical Distance as a Measure of Physiological Dysregulation Is Largely Robust to Variation in Its Biomarker Composition. *PLoS ONE*, 10(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122541>
- Collège National des Enseignants en Gériatrie. (2009). *Gériatrie*. <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
- Coniasse-Brioude, D. (2016). Traitement d'une phobie de la chute chez une personne âgée. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 26(2), 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.03.001>
- Coulangeat, M., Pambet, M., Chassagne, P., & Gauvain, J.-B. (2019). Le concept de fragilité chez la personne âgée : Implications pour le rhumatologue. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 86(3), 164-171. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2019.01.005>
- Dargent-Molina, P., & Cassou, B. (2017). *Prevention of falls in adults aged 75 and older living in the community : Analysis of effective interventions and public health perspectives*. 8.
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. L., & Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People : A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), 1863-1869. <https://doi.org/10.1111/jgs.14889>
- Dedeyne, L., Deschodt, M., Verschueren, S., Tournoy, J., & Gielen, E. (2017). Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status : A systematic review. *Clinical Interventions in Aging, Volume 12*, 873-896. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130794>
- Deffond, D. (2019). Troubles de la marche et chutes chez le sujet âgé. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 86(3), 178-182. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2019.02.005>
- Dejardin, P. (2016). Les chutes. In *Guide Pratique du Vieillissement* (p. 214-217). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74904-9.00033-6>
- Désormeaux-Moreau, M., & Drolet, M.-J. (2019). Values related to the occupational therapy profession : Identifying them to better define them. *Canadian Journal of Occupational*

*Therapy*, 86(1), 8-18. <https://doi.org/10.1177/0008417418822486>

- DGSCGC. (2019). *Recommandations premiers secours en équipe*.
- DGSCGC, DSP, SDDRH, & BDFE. (2019). *Référentiel activités compétences chef d'agrès un engin une équipe SPP.pdf*.
- Diederichs, Paulot, Mauss, & Maymil. (2006). *Secours\_a\_personne.pdf*. [http://www.robertholcman.net/public/documents\\_institutionnels/rapports/secours\\_a\\_personne.pdf](http://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/rapports/secours_a_personne.pdf)
- Direction de la défense et de la sécurité civile, & Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (2008). *Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente*.
- Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. (2019). *StatsSDIS19BD.pdf*.
- Dramé, M., Jovenin, N., Ankri, J., Somme, D., Novella, J.-L., Gauvain, J.-B., Bige, V., Colvez, A., Couturier, P., Heitz, D., Voisin, T., De Wazières, B., Gonthier, R., Jeandel, C., Jolly, D., Saint-Jean, O., & Blanchard, F. (2004). La fragilité du sujet âgé : Actualité - perspectives. *Gérontologie et société*, 27 / n° 109(2), 31. <https://doi.org/10.3917/gs.109.0031>
- DRESS. (2019, octobre). *Er1127.pdf*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1127.pdf>
- Driessen, E. (2016). Les métiers de la gérontologie. In *Guide Pratique du Vieillessement* (p. 133-161). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74904-9.00026-9>
- Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguet, K., & Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- FREUND, R.-J. (2016). L'environnement et les chutes des personnes âgées : Le regard de l'épidémiologie. In *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De boeck supérieur.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Garabige, A., & Trabut, L. (2017). L'approche globale dans le champ de la dépendance : De l'impulsion nationale à la réappropriation locale d'une réforme en France. *Revue européenne des sciences sociales*, 55-1, 149-168. <https://doi.org/10.4000/ress.3785>
- Gobeil, J., Larivière, N., Carrier, A., Bier, N., Bottari, C., Veillette, N., Rouleau, S., Gélinas, I., Provencher, V., Couture, M., & Levasseur, M. (2019). Portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes œuvrant au Québec. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 000841741983986. <https://doi.org/10.1177/0008417419839867>
- Gonthier, R. (2014). Épidémiologie, morbidité, mortalité, coût pour la société et pour l'individu, principales causes de la chute. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 198(6), 1025-1039. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31256-7](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31256-7)
- Hauer, K., Lamb, S. E., Jorstad, E. C., Todd, C., & Becker, C. (2006). Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age and Ageing*, 35(1), 5-10. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi218>
- Hazif-Thomas, C., Bordage, C., & Thomas, P. (2015). L'adaptation par la loi de la société au vieillissement. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 15(88), 231-235. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.01.006>
- Innocent-Mutel, D. (2015). *Place du psychomotricien dans la prévention de la chute du sujet âgé*.
- INSEE. (2016). *Tableau de l'économie française*.

- INSEE. (2019). *Bilan démographique 2019—Insee*.
- Inserm. (2015). *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*. [https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity\\_documents/Inserm\\_EC\\_2015\\_ChutesPersonnesAgees\\_Synthese.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity_documents/Inserm_EC_2015_ChutesPersonnesAgees_Synthese.pdf)
- Kellogg. (1987). The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Danish Medical Bulletin*, 34 Suppl 4, 1-24.
- Kogan, A.-F. (2008). L'ancrage social de la téléassistance pour personnes âgées : Des actes de communication à l'information organisationnelle. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 2008(1), 31. <https://doi.org/10.3917/enic.008.0300>
- Lecerf, J.-M. (2019). Besoins nutritionnels au cours du vieillissement. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 54(5), 294-299. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2019.06.002>
- Code de la santé publique—Article L4331-1, L4331-1 Code de la santé publique.
- Maggi, P., de Almeida Mello, J., Delye, S., Cès, S., Macq, J., Gosset, C., & Declercq, A. (2018). Fall determinants and home modifications by occupational therapists to prevent falls : Facteurs déterminants des chutes et modifications du domicile effectuées par les ergothérapeutes pour prévenir les chutes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(1), 79-87. <https://doi.org/10.1177/0008417417714284>
- Manckoundia, P., Mourey, F., Tavernier-Vidal, B., & Pfitzenmeyer, P. (2007). Syndrome de désadaptation psychomotrice. *La Revue de Médecine Interne*, 28(2), 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.09.026>
- Ministère de l'intérieur. (2019). *INSTRUCTION NOR : INTE1934661J*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | Pour les personnes âgées*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficiaires/daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
- Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique, & Ministère de la santé et des sports. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif à la formation des ergothérapeutes*. <https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2019/02/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute.pdf>
- Monod-Zorzi, S., & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées : Données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*.
- Morley, J. E., Vellas, B., Abellan van Kan, G., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W. C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L. P., Guralnik, J. M., Katz, P. R., Malmstrom, T. K., McCarter, R. J., Gutierrez Robledo, L. M., Rockwood, K., von Haehling, S., Vandewoude, M. F., & Walston, J. (2013). Frailty Consensus : A Call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392-397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Navarro Ocampo, G., Bréjard, V., & Bonnet, A. (2017). La chute chez le sujet âgé : De l'impact psychologique au travail psychique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(97), 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.02.003>
- Nouvel, F. (2016). L'aménagement de l'environnement et les aides techniques. In *Guide Pratique du Vieillessement* (p. 109-114). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74904-9.00022-1>
- OMS. (2018). *Vieillessement et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- Pardessus. (2013). *Rééducation-réadaptation du sujet âgé chuteur*. 295.

- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Pin, S., Bourdessol, H., & Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. (2005). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile : Référentiel de bonnes pratiques*. Ed. INPES.
- Preston, J., Galloway, M., Wilson, R., McNamee, L., Deans, Y., & McGhee, G. (2018). Occupational therapists and paramedics form a mutually beneficial alliance to reduce the pressure on hospitals : A practice analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(6), 358-362. <https://doi.org/10.1177/0308022618757412>
- RNCP. (2019). *DE - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute | Certification Professionnelle*. <https://certificationprofessionnelle.fr/recherche/rncp/18363>
- Rockwood, K. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489-495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Rogers, C. R. (2013). *L'approche centrée sur la personne*. Ambre Editions.
- Saïdi, A. (2017). L'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. *Droit, Déontologie & Soins*, 17(2), 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.ddes.2017.04.024>
- Santé Publique France. (2019). *Chute. /maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute*
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2015.09.011>
- SDIS 87. (2018). *2018\_SDACR-87.pdf*.
- Seguin, P., & Arnouat, M. (2019). La « fragilité » : Qu'est-ce c'est ? *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 23(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2018.12.005>
- SFDRMG, & HAS. (2005). *Recommandations pour la pratique clinique : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*.
- SFMU, & SUDF. (2015). *Sfmu-sudf\_referentiel\_samu\_2015.pdf*. [https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf\\_referentiel\\_samu\\_2015.pdf](https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf)
- SIFEF. (s. d.). *Profession ergothérapeute | SIFEF*. Consulté 14 février 2020, à l'adresse <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>
- Société Française de Gériatrie et Gérontologie, & HAS. (2009). *Recommandation de bonnes pratiques*.
- Sternberg, S. A., Schwartz, A. W., Karunanathan, S., Bergman, H., & Clarfield, A. M. (2011). The Identification of Frailty : A Systematic Literature Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2129-2138. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03597.x>
- Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H. D. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics : What twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing*, 41(5), 581-586. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>
- Tchalla, A. E., Dufour, A. B., Travison, T. G., Habtemariam, D., Iloputaife, I., Manor, B., & Lipsitz, L. A. (2014). Patterns, Predictors, and Outcomes of Falls Trajectories in Older Adults : The MOBILIZE Boston Study with 5 Years of Follow-Up. *PLoS ONE*, 9(9), e106363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106363>
- Tétrault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*.
- Thélot, B. (2017). *Epidemiological surveillance of falls in the elderly*. 8.
- Thisse, J. (2009). *Appels pour chute et relevage en Régulation Médicale : Proposition d'un protocole de dépistage de la personne âgée fragile*.
- Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin

2008.

- Trévidy, F., Naudin, D., & Gagnayre, R. (2018). L'apport des neurosciences au modèle de l'Identité-Logement : Les stratégies d'apprentissage des personnes âgées concernées par la chute. *Éducation et socialisation*, 49. <https://doi.org/10.4000/edso.4779>
- Trivalle, C. (2000). Le syndrome de fragilité en gériatrie. *médecine & hygiène*, 2323, 2312-2315.
- Trombetti, A., Hars, M., Marcant, D., Rizzoli, R., & Ferrari, S. (2009). Prévention de la chute : Un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âgé. *Revue Médicale Suisse*, 7.
- Trouvé, E. (2015). *Ergothérapie en gériatrie : Approches cliniques*. Solal.
- Trouvé, E., Rousseau, J., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). Approche de l'environnement dans les modèles ergothérapeutiques. In *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De Boeck Supérieur.
- Vanehuin, B., Santraine, M., & Creteur, D. (2017). *Connaissances élémentaires pour acquérir les compétences d'équipier de sapeur-pompier : SPV-SPP* (Icône graphic).
- Veillette, N., Demers, L., & Dutil, É. (2007). Description de la pratique des ergothérapeutes du Québec en salle d'urgence. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(5\_suppl), 1-10. <https://doi.org/10.2182/cjot.07.006>
- Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(109), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002>
- WFOT, W. F. of O. (2012). *About Occupational Therapy* [Text/html]. WFOT. <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>
- Winance, M. (2007). Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 25(4), 83. <https://doi.org/10.3917/sss.254.0083>

## Annexes

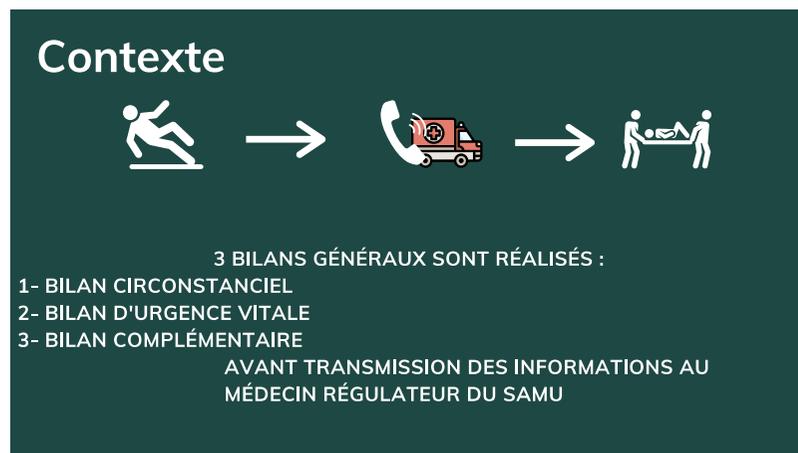
---

Annexe I. Guide d'entretien .....	48
Annexe II. Diaporama synthétisé de la présentation du contexte lors des focus groupes .	49
Annexe III. Fiche de renseignements sociodémographiques et fiche d'autorisation .....	50
Annexe IV. Retranscriptions des focus groupes .....	51
Annexe IV.I. Retranscription focus groupe 1 – 4 avril 2020.....	51
Annexe IV.II. Retranscription focus groupe 2 – 11 avril 2020.....	64

## Annexe I. Guide d'entretien

Points et questions à aborder	Détails et précisions envisageables	Temps prévisionnel
<b>Introduction</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Présentation du modérateur et des participants</b></li> <li>- <b>Point de contexte (présentation diaporama) :</b> Présentation de la prise en soin aiguë (description des bilans réalisés par les secours, de l'intervention de relevage, de l'appel avec le médecin régulateur pour la prise de décision et des critères d'hospitalisations les plus courants)</li> <li>- <b>Présentation des objectifs de la recherche</b></li> <li>- <b>Présentation et déroulement du Focus groupe</b></li> </ul>	<b>10 min</b>
<p><b>Question 1</b></p> <p><b>D'après votre expérience en tant qu'ergothérapeute, quelles sont selon vous les informations importantes à recueillir après la chute de la PA à son domicile ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuage de mot de type brainstorming pour recueillir les informations</li> <li>• Demander de développer certains points lorsque cela est nécessaire</li> <li>• Quels critères non pris en considération vous semblent pertinents pour la prise de décision de transport aux urgences ?</li> </ul>	<b>15 min</b>
<p><b>Question 2</b></p> <p><b>De quelle façon la prise en soin aiguë de la chute de la personne âgée fait elle référence à vos pratiques ergothérapeutiques ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont ou ont été vos expériences professionnelles avec les chutes des personnes âgées ?</li> <li>• Quels sont les freins ou limites à vos prises en soin ?</li> </ul>	<b>15 min</b>
<p><b>Question 3</b></p> <p><b>De quelle façon l'ergothérapeute pourrait-il contribuer à la prise de décision, en complément des bilans des secours ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels seraient les bilans réalisables ?</li> <li>• Quelles compétences les ergothérapeutes pourraient mobilisées ?</li> <li>• Quelles informations complémentaires pourriez- vous apporter au médecin régulateur du SAMU ?</li> </ul>	<b>15 min</b>
<b>Conclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Demander un retour sur le focus groupe</b></li> <li>- <b>Sollicitation pour apporter de nouveaux éléments afin de compléter le travail</b></li> <li>- <b>Remerciement pour le travail accompli et fin de la rencontre</b></li> </ul>	<b>5 min</b>

## Annexe II. Diaporama synthétisé de la présentation du contexte lors des focus groupes



### BILAN CIRCONSTANCIEL

- Lieu d'intervention
- Heure présumée de l'incident
- **Traumatisme** : plaies, chute, brûlures, autres
- **Divers** : accident du travail, électrisation, accouchement, intoxication, noyade, pendaison, relevage, autres
- **Malaise/maladie** : malaise, douleur thoracique, difficultés respiratoires, troubles neurologiques, autres
- **Accident de la circulation**
- Détails des circonstances
- Bilan simplifié pour traumatisme où la douleur est inférieure à 7

### BILAN D'URGENCE VITALE

### BILAN COMPLÉMENTAIRE

- **A** : Voies aériennes protection rachis
- **B** : Respiration
- **C** : Circulation
- **D** : Neurologique
- **E** : Lésionnel

- **Plaintes exprimées et signes spécifiques**
- **F** : M/H/T/A (Maladies, Hospitalisations, Traitements, Allergies)

## Mission du médecin régulateur

- Choix de l'intervention par le médecin régulateur, il détermine si la personne doit être transmise aux urgences après la réception de l'ensemble des bilans effectués par les sapeurs-pompiers.
- Exemples de facteurs (autres que les blessures, traumatismes, urgences vitales) favorisant l'admission aux urgences : chutes à répétition, isolement social et/ou géographique, désorientation, perte d'autonomie, troubles cognitifs connus, prise d'anticoagulants etc.
- Exemples de facteurs (autres que l'absence de blessures, traumatismes, urgences vitales) favorisant le maintien à domicile : absence de douleurs, nature mécanique de la chute, souhait de la personne, présence des proches, marche possible après le relevage etc.

### Annexe III. Fiche de renseignements sociodémographiques et fiche d'autorisation

La fiche ci-dessous devait être distribuée à chaque participant lors des focus groupes en présentiel, elle a été reproduite à l'identique sur un Google Form afin que les participants puissent la remplir à distance.

<p style="text-align: center;"><b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET AUTORISATION</b></p> <p style="text-align: center;"><b><u>Renseignements sociodémographiques</u></b></p> <p>○ <b>Général :</b></p> <p>Nom/Prénom : .....</p> <p>Sexe : .....</p> <p>○ <b>Expériences professionnelles :</b></p> <p>Depuis quand exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ? .....</p> <p>Quelles sont vos expériences professionnelles en tant qu'ergothérapeute ? .....</p> <p>Avez-vous fait des études en plus du DE d'ergothérapie ? Si oui, quelles sont les études que vous avez effectuées ? .....</p> <p>○ <b>Situation actuelle :</b></p> <p>Dans quelle ville exercez-vous ? .....</p> <p>Dans quel milieu professionnel travaillez-vous en ce moment ? .....</p> <p>Quelle est la population concernée ? .....</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Autorisation</u></b></p> <p>Je, soussigné.e, ..... autorise Frayssinous Chloé à effectuer un enregistrement vocal et vidéo du focus group dans lequel je participe. Je l'autorise aussi à utiliser ces enregistrements dans le cadre de son mémoire d'initiation à la démarche de recherche en ergothérapie. Ils seront supprimés après la validation du mémoire en question.</p> <p>L'étudiante s'engage à garantir l'anonymat ainsi que la confidentialité des informations et à présenter la retranscription de l'entretien pour la validation du contenu.</p>
---

## Annexe IV. Retranscriptions des focus groupes

Afin de respecter l'anonymat des participants, des initiales seront données à chaque interlocuteurs. Les interventions du modérateur seront en italique. L'introduction et les longues explications du modérateur ne sont pas retranscrites. Les discours des intervenants sont intégralement retranscrits. Si certains propos sont hors sujets, inintelligibles ou permettent d'identifier les participants nous utiliserons la symbolique [...]. Les onomatopées ou autres sons ne sont pas inscrits.

### Annexe IV.I. Retranscription focus groupe 1 – 4 avril 2020

*CF : Bonjour à tous et merci à tous d'être présent aujourd'hui car je sais que ce n'est pas forcément facile avec tout ce qu'il se passe actuellement. Et merci à tous aussi, d'avoir répondu au Google Form. Si vous êtes d'accord je vais vous laisser vous présenter dans un premier temps, l'idée serait qu'on désactive tous nos micros quand quelqu'un prend la parole pour éviter les interférences.*

E1 : Bonjour à tous, je vais me présenter assez succinctement, je suis diplômée depuis la session de juin 2019. J'ai pu exercer depuis dans un UHR, un PASA, un centre médecine physique et réadaptative et là je suis actuellement en centre hospitalier.

E2 : Bonjour à tous, je suis ergothérapeute depuis 8 mois, et je travaille actuellement dans un centre de rééducation pour des personnes en traumatologie, en orthopédie et en gériatrie.

E3 : Bonjour à tous, je suis également diplômé depuis juillet 2019, je travaille en EHPAD et en SSR gériatrique depuis juillet 2019.

E4 : Bonjour, moi je travaille en centre de rééducation avec des adultes et une grosse population de plus de 60 ans. [...]

E5 : Je suis diplômé depuis 2006, j'ai commencé en gériatrie dans un hôpital qui avait un court séjour, SSR, EHPAD, HDJ... J'ai continué en SSR de rééducation où la moitié de mes patients étaient aussi en service de gériatrie. Et maintenant depuis 2013, je suis en HDJ, SSR, basse vision et rééducation classique où maintenant depuis 2 ans, on a commencé un programme de prévention des chutes chez les personnes âgées en prise en charge de groupe.

*CF : Merci à tous. Je vais vous présenter le contexte et l'intérêt du focus groupe. Avez-vous des questions ?*

E3 : Pas de questions c'est bon ;

E5 : Tout est clair.

*CF : D'accord, alors je vais passer à la première question. **D'après vos expériences en tant qu'ergothérapeutes, quelles sont, selon vous, les informations importantes de recueillir précocement après la chute de la personne âgée à son domicile en complément des bilans effectués par les secours ? Un brainstorming sera fait afin que vous ayez un visuel des réponses apportées.***

E1 : Je veux bien commencer, je me disais qu'il faudrait vraiment demander aux équipes des informations sur l'environnement de la personne. L'environnement comme le domicile, le lieu de vie, pour voir comment la personne peut être indépendante et autonome dans sa vie quotidienne. Mais aussi l'environnement humain, tu en as parlé un petit peu dans ta présentation, mais je ne sais pas à quel point c'est décrit ou pas.

*CF : Bien sûr, du coup, au niveau de l'environnement humain il n'y a pas de questions spécifiques pour l'entourage, c'est vraiment un détail des circonstances donc ça dépend si cet environnement est recensé ou non.*

E4 : Souvent on n'a pas idée du matériel non plus, c'est-à-dire que la plupart du temps il y a du matériel qui est défectueux, des patins qui sont usés, des freins qui n'ont pas été revus, c'est quelque chose sur lesquels on ne s'appesantit pas et pourtant, on pourrait.

Aussi les circonstances de la chute, pourquoi il est tombé et pourquoi est-ce qu'il retombe entre 2h et 5h du matin et par exemple qu'il est relevé deux fois à ce moment-là. Et pas dans la journée.

E3 : Du coup pour rebondir, est ce que dans la journée, il y a des aides humaines qui sont présentes plus que la nuit, le matin au moment de la toilette et de l'habillage, du coup est ce qu'il y a une présence pluriquotidienne. Et dans la nuit ou au moment où la personne a chuté savoir pourquoi elle a chuté.

E5 : Moi j'ajouterais même le vécu de la personne par rapport à sa chute. C'est-à-dire : est ce qu'elle a peur de tomber le jour ? Est-ce qu'elle sait identifier ce qui la fait tomber ? Est-ce qu'elle a conscience de ce qui la fait chuter ? Est-ce qu'elle a conscience du risque de chute aussi ? C'est ça qu'il faut évaluer assez rapidement. Si c'est quelque chose qu'elle sous évalue ou si au contraire c'est quelque chose qui lui fait peur dans sa récurrence. Voir comment la personne le vit, comment elle le ressent et comment elle l'évalue finalement.

E4 : Je pense aussi qu'il y a tout le pourquoi en fait. Même des fois ils connaissent le risque de chute mais ils y vont quand même parce qu'il y a ce souhait d'autonomie et de réaliser ses activités comme enlever ses chaussettes et pouvoir se mettre au lit seul. Ou encore un matériel inadapté, un matériel d'aide technique inadapté.

E3 : Ou l'environnement en lui-même qui est inadapté aussi. Du fait que la personne souhaite rester à domicile, le plus longtemps possible, c'est un des facteurs qui pourrait lui faire entendre qu'elle ne se rende pas forcément compte de ce risque de chute là. Car, elle veut rester chez elle, être autonome et ne veut pas aller aux urgences ou en institution. Donc cela peut être aussi un facteur aggravant le fait que l'environnement soit inadapté. Il y a aussi les troubles cognitifs, est-ce que la personne se rend compte de sa situation, qu'elle est un peu plus altérée qu'il y a quelques années ou quelques mois. Savoir aussi si la récurrence de chute s'est passée dans l'année ou dans le mois après la première chute. Il y a je pense pleins de facteurs qui rentrent en compte.

E4 : Le refus des aides aussi, les aides humaines et matérielles auxquelles ils peuvent avoir droit.

E1 : Je me disais que je ne sais pas du tout à quel point les services d'urgence interviennent et dans quel timing, et du coup est ce que poser autant de questions c'est réalisable en fait par les équipes du SAMU etc... C'est super intéressant mais en soit, est ce que c'est faisable ?

E2 : Après il y a peut-être une chose qui peut être intéressante, c'est de savoir si la personne a déjà été hospitalisée pour de nombreuses chutes ou pas. Savoir s'il y a déjà eu des prises en charge antérieures.

*CF : Effectivement, les hospitalisations peuvent être recensées déjà par les secours dans le bilan complémentaire avec les maladies et les traitements. Mais effectivement, la considération des prises en charges antérieures peut être intéressante pour savoir où en est la personne. Avez-vous d'autres idées au niveau des critères intrinsèques, extrinsèques et comportementaux de la personne qui seraient pertinents de rajouter ?*

E4 : Je pense que le souhait d'autonomie est quand même à mettre quelque part, parce que souvent ils ne veulent pas faire appel à quelqu'un et donc ils vont tenter de le faire tout seul parce que c'est mieux tout seul et ils ne veulent pas déranger les professionnels.

E1 : Je me permets de rebondir, ce n'est peut-être pas une question à poser ouvertement, mais par rapport à la culture, il y a des gens qui vont être très indépendants, il y a des gens qui vont être très dépendants de leur famille et de leur proches pour pleins de choses et donc il faut prendre ça aussi en compte dans l'évaluation pour voir l'orientation après.

E5 : A ce moment-là, je rebondirais peut être aussi sur la possibilité quand les aidants sont là, d'avoir aussi leur ressenti, à savoir est-ce qu'il n'y a pas un épuisement de l'aidant car c'est la énième chute. Cela peut aussi aider à orienter une hospitalisation ou pas, peut-être.

E1 : J'ai une question, dans la présentation, il était dit que quand il y avait des personnes présentes avec la personne âgée chuteuse à domicile, il n'y avait pas forcément l'intervention du SAMU ?

*CF : Alors il y a forcément l'intervention du SAMU à distance lorsque les secours sont au domicile de la personne car il faut qu'ils aient les informations afin de ne pas passer à côté d'une éventuelle gravité. Par contre, le médecin régulateur du SAMU, décide bien souvent, lorsqu'il y a les proches présents de laisser la personne au domicile et de pas la transporter aux urgences.*

E4 : Après, je pense que quand même quand il y a un aidant personnel ou professionnel au domicile, le plus souvent il y a quelques questions qui lui sont posées pour savoir un petit peu le contexte. S'il a chuté souvent etc. Si c'est un aidant familial, je pense qu'il va dire qu'il n'en peut plus à ce moment-là, donc ça va être pris en compte de suite. Mais après tout je pense que c'est personne dépendant, ça va dépendre du chef d'agrès présent sur l'intervention par exemple. Selon les professionnels secouristes qui interviennent, certains vont poser les questions pour savoir un peu plus les circonstances de la chute et certains ne vont pas forcément chercher donc ils vont les faire transporter.

E3 : Le temps que la personne a passé au sol aussi, c'est un facteur aggravant pour une éventuelle prise en charge en urgence ou non en fait. Si la personne passe plus de 4h ou 5h par exemple, j'ai une patiente qui a passé plus de 8h au sol, c'était la nuit et du coup elle a forcément été admise aux urgences car c'était un facteur aggravant qu'elle soit en station prolongée avec une fracture de la hanche. Voilà, c'est le temps entre le moment où la personne a chuté et le moment où les secours sont arrivés.

*CF : Totalemment, il se peut de plus que la personne n'est pas conscience du temps passé au sol et du coup lorsqu'on peut avoir notion de ce temps-là c'est à prendre en compte oui. Est-ce que quelqu'un d'autre veut intervenir ?*

E4 : Je pense qu'il y a beaucoup de pertes dans l'intervention de ce qui peut être fait au niveau de l'intervention même des sapeur-pompiers qui vont intervenir et de la personne quand elle arrive au SSR. Il y a une perte d'information qui est énorme.

*CF : Si vous ne voyez pas d'autres informations supplémentaires, on va pouvoir passer à la seconde question. **De quelle façon la prise en soin aiguë de la chute de la personne âgée, fait-elle référence à vos pratiques en ergothérapie notamment de par vos expériences ?***

E2 : Je vais me permettre de commencer, du coup, la structure dans laquelle je suis actuellement, je vais remettre le contexte car je remplace deux ergothérapeutes à 100% seule, du coup je ne peux pas aller au bout de leur prise en charge en ce qui concerne les chutes. Mais là où je suis actuellement, à chaque fois qu'il y a une chute, on demande au soignant qui a vu la personne chuter de faire une déclaration de chute. Dans cette déclaration de chute ça reprend un peu tout ce qu'on a mis dans le brainstorming. Du coup, après, l'ergothérapeute doit analyser ces chutes et nous avons des tableaux référentiels pour classer les patients en fonction de quelles catégories de chuteurs ils appartiennent. De ce fait, on met par la suite en place de la rééducation ou des ateliers de groupes. Sauf qu'actuellement je ne peux pas aller au bout de cette rééducation, j'effectue juste les analyses des chutes. Du coup je pense que cela pourrait être totalement appliqué, en fait, sur la prise en charge aiguë. Car en fait, peu importe que la personne ait un profil chuteur ou non, c'est systématiquement rempli et on a toutes les informations en notre possession pour après appliquer le plan de soin au mieux.

*CF : Très intéressant effectivement. Du coup au niveau de ces informations, c'est ce qu'on a vu tout à l'heure lors du brainstorming ?*

E2 : Alors, au début oui, on a tout ce qui est informations sur le déclarant de la chute, qui a été sollicité (médecin, infirmière, aide-soignant...), les circonstances de relevage de la chute, après on précise si le patient est contentionné ou non et de quelle contention on parle, ce que porte habituellement le patient, comment il se déplace, les lieux de la chute, les circonstances, les actions c'est-à-dire si la personne se levait, se couchait etc. , les modalités d'actions, les activités de la vie quotidienne en cours, la tenue du patient, l'environnement, l'état physique, l'état cognitif et psychologique de la personne, les conséquences de la chute et les commentaires éventuels à ajouter.

*CF : Effectivement, c'est un recueil assez complet, merci.*

E3 : Du coup moi je fais un peu comme E2, surtout dans l'EHPAD où je travaille. En fait, dès qu'il y a une chute, une fiche est remplie. Elle décrit un peu tout ça, comme le chaussage, l'environnement, l'activité que la personne était en train de réaliser, le matériel qui était utilisé pour le relevé ou non, si

un soignant était présent au moment de la chute, si c'était une chute accompagnée ou une chute seule dans la chambre, dans la salle de bain ou peu importe. Et ensuite, du coup, on met en place un protocole soit de rééducation ou on l'intègre dans un groupe de prévention des chutes. Tout dépend aussi de si c'est la première chute ou s'il s'agit de récurrence encore une fois, si la personne fait déjà partie d'un programme de prévention des chutes, ou non. Voilà, donc toute cette partie analyse et ensuite, il y a la mise en place du projet d'accompagnement.

*CF : D'accord, en fait les protocoles sont différents en fonction de si la personne a chuté pour la première fois ou si c'est une récurrence ?*

E3 : En fait, du coup j'ai un atelier de prévention des chutes. Enfin j'ai même deux ateliers, un atelier pour les personnes qui sont très à risque ou à risque, les personnes qui chute de manière assez régulière. Et un autre atelier où ce sont les personnes qui ont fait une première chute ou très peu de chutes où en fait il y a un point qui est fait sur le chaussage, l'environnement, les techniques de transfert, des choses très basiques qui peuvent permettre à la personne de récupérer de l'autonomie ou de limiter les nouvelles chutes.

*CF : D'accord, merci E3.*

E4 : Alors nous, enfin là où je travaille, il n'y a pas de systématisation comme ça, pas de fiches. On l'apprend via le logiciel de transmissions, on n'a pas ce genre de fiche qui est drôlement intéressant.

E2 : Je vais rebondir sur ce que disait E3, nous, on a aussi un tableau qui recense le nombre de personnes chuteuses à l'année, et qui recense par mois en fait tel patient a chuté tant dans le mois, ou même combien de personnes ont chuté par service. Par exemple en unité Alzheimer, une personne peut chuter une vingtaine de fois par mois alors qu'en soin palliatif il peut y en avoir beaucoup moins. Cela permet, du coup, de catégoriser et recentrer au mieux les prises en soins.

E3 : C'est ça, et du coup en tant qu'ergothérapeute, à l'EHPAD je suis le référent chute avec une des infirmières et la cadre de santé, et en fait, tous les ans on fait une évaluation des pratiques professionnelles par rapport à la chute. On recense toutes les chutes qui ont eu lieu dans l'année et on fait une analyse critique des chutes, des circonstances, de l'environnement de la personne etc. Et ensuite, on essaye de mettre en place des améliorations, et du coup, c'est dans ce cadre-là que les protocoles de prévention des chutes entrent en application.

E4 : Et donc c'est des protocoles qui ont été initiés dans le cadre de l'amélioration des soins et de la qualité des pratiques ?

E3 : C'est ça, tout à fait, en fait...

E4 : Ce n'est pas des initiatives « personnelles », c'est des choses qui ont été initiées par la direction de la qualité ?

E3 : En fait, ça a été discuté à la base en équipe, pendant cette évaluation des pratiques professionnelles. Donc il y avait l'infirmière, l'infirmière coordinatrice et puis moi. Il n'y avait pas d'aide-soignante lors de cette réunion là, mais je pense que ça aurait été intéressant qu'elles soient présentes. Et à l'issue de cela, il en est sorti que ça pourrait être intéressant d'en parler à la direction, pour mettre en place ensuite des projets d'accompagnements personnalisés pour les personnes chuteuses. Donc voilà, par des groupes de prévention des chutes, des groupes d'ateliers d'équilibre, de renforcement, de réadaptation de l'environnement enfin finalement c'est assez varié, ce n'est pas : en fait pour telle personne, on fait telle action.

E4 : D'accord

E2 : Je te rejoins tout à fait E3. Du coup à la fin de ce questionnaire, on a la possibilité de voir les modalités qu'on peut mettre en place, et on considère que toutes les équipes de rééducation sont profitables pour la mise en place de prises en soins des chutes. Que ce soit les kinés, APA, psychomotriciens etc. Et on oriente au mieux en équipe avec le médecin, l'infirmière coordinatrice et du coup c'est au mieux, mais actuellement, je ne peux pas vraiment le faire.

E4 : ça viendra !

E3 : Moi je suis qu'en mi-temps à l'EHPAD alors voilà, j'essaye au maximum de le faire mais bon. Et en plus en ce moment, les kinés n'interviennent plus, la psychologue c'est compliqué. Car en effet, il y a aussi un travail psychologique à faire avec la personne âgée chuteuse. Le syndrome post-chute, l'appréhension de la reprise de la marche et plein d'autres choses.

*CF : C'est très intéressant, je ne sais pas si E5 ou E1 veulent prendre la parole éventuellement ?*

E5 : Oui éventuellement, je peux compléter. Même si les pratiques que j'ai eu rejoignent beaucoup celles de E3 et E2. Effectivement, quand j'ai commencé en gériatrie, il y avait ce système de fiches de déclaration des chutes. Il y avait effectivement aussi des patients qui venaient avec pour motif d'hospitalisation : la chute. Parce qu'en fait, dans cet hôpital, le médecin chef de service travaillait une à deux fois par semaine aux urgences dans l'hôpital du coin, pour les aider au niveau de l'orientation. Il y était justement pour voir les patients qui relèvaient éventuellement de l'hospitalisation chez nous ou pas. Donc ça, effectivement, c'était fait par le médecin de l'hôpital, car là où on travaillait il n'y avait pas d'urgence mais on travaillait en lien avec l'hôpital du coin qui faisait les urgences pour aider à l'orientation de certains patients justement. Effectivement, je rejoins mes collègues sur le fait que notre rôle à nous, c'est en premier lieu, les bilans pour l'orientation après en rééducation en fonction des conséquences de la chute. Que ce soit en individuel, en groupe ou pour la préparation du retour à domicile. Mais effectivement, ça passe par l'évaluation du risque de chute soit par la fiche, quand c'est une chute sur un établissement, soit avec les données et les bilans qu'on pourra faire à son arrivée dans l'établissement. Mais oui effectivement, le risque de chute c'est un peu tout ce qu'a dit E2, la fiche que l'on avait, ressemblait beaucoup, avec une cotation indice sur le risque de chute, les récurrences, les gravités et en fonction du niveau, on orientait sur une prise en charge spécifique. Sachant que là, cela se faisait beaucoup en doublons, c'est-à-dire que cela pouvait être des prises en charge individuelles où il y avait ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien etc. Soit c'était des groupes d'atelier d'équilibre, de prévention de chutes avec ergothérapeute / kinésithérapeute ou ergothérapeute / psychomotricien enfin voilà. Tous les groupes c'était souvent en binôme, on avait cette chance-là, c'était très intéressant aussi.

*CF : Est-ce que par exemple, vous pourriez me donner des bilans qui pourraient être réalisés en aiguë ou que vous avez pour habitude de faire passer ?*

E3 : Alors du coup aiguë, jusqu'à quel moment c'est aiguë pour toi ?

*CF : Du coup, par aiguë, j'entends avant l'hospitalisation.*

E5 : Moi j'utilisai pas mal la SMAF, je ne sais pas si vous connaissez mais ça prend en compte l'environnement humain, matériel et les habitudes de vie de la personne. Alors ce n'est pas hyper détaillé du coup, mais en même temps ça prend en compte les capacités de la personne à faire sa toilette par exemple. Alors je ne sais pas, c'est validé normé avec des pictogrammes en plus qu'on pouvait mettre éventuellement en place dans les chambres pour informer les soignants qui allaient faire les aides aux gestes quotidiens. Je ne sais pas si d'autres connaissent ce bilan-là ?

E3 : Ça me parle, mais je ne l'ai jamais utilisé.

E5 : Il était intéressant, car en fait, c'était aussi les assistantes sociales qui s'en servaient ensuite quand elles préparaient le retour à domicile, donc ça parlait effectivement des aides à domicile, du matériel existant et ce genre de choses. Avec les habitudes de vies aussi finalement.

E2 : Nous, on utilise quelque chose de beaucoup plus simple, c'est le score de Stratify, c'est moins d'une dizaine de questions qu'ils remplissent au début et ça indique s'il y a un risque de chute ou pas au cours du séjour.

E3 : Je pense, en effet, qu'il faut un bilan qui soit assez rapide à faire passer, parce que c'est quand même urgent, quand c'est en aiguë. On ne peut pas se permettre de faire un MMS, un time up and go ou des bilans cognitivo-moteur, enfin voilà, c'est trop long à faire passer avant l'hospitalisation.

E1 : Moi pour le coup, lors de l'admission, le médecin fait automatiquement un bilan du risque de chute à l'entrée, c'est un score, mais je ne l'ai pas en tête. Et c'est écrit dans le dossier que tel patient présente tel risque de chute. Ça nous permet nous, en tant que professionnel, de le prendre en compte dans nos rééducations.

E5 : Je rejoins un petit peu E1 pour le coup, c'est vrai que la question finalement, c'est de savoir quels sont les bilans qui ont été réalisés en amont. On va compléter, il y a peut-être des choses quasiment complètes, enfin c'est difficile de dire puisqu'il y a des pratiques qu'on voit bien même si c'est assez similaire qui sont malgré tout différentes d'un lieu à un autre, donc ça va dépendre de ce qui a été fait avant. Si on ne sait pas ce qui a été fait finalement, est ce que c'est à nous de faire un bilan complet ou pas.

E4 : Oui parce que nous [...] c'est pareil, il y a un groupe qui s'appelle le groupe parachute, et il y a deux bilans qui sont passés en amont du groupe et pendant le groupe, je pourrais retrouver les noms, mais c'est pareil là comme ça je ne les ai pas. Je rejoins un petit peu E5, sur le fait qu'il faut avoir posé un petit peu le contexte pour savoir quel bilan on fait passer, et quelle pertinence on a à faire passer ce bilan là et à tel moment.

*CF : Oui, je suis d'accord en fonction des informations qui sont aussi recueillies par les secours. Et du coup, au niveau des facteurs extrinsèques/externes à la personne, est ce que vous auriez des idées des bilans, évaluations réalisables à ce moment-là ?*

E4 : La prise en soin aiguë de la chute, est ce que c'est dans les heures qui suivent la chute ? Est-ce que c'est dans la journée qui suit la chute ? Dans la semaine ou dans le mois ? Les timings ne sont pas les mêmes et les bilans ne sont pas les mêmes de par les services et l'attente par rapport à ces bilans.

*CF : Oui je vois, en fait, par aiguë, j'entends bien lorsque la personne chute et qu'elle fait appel aux secours, si vous, vous deviez intervenir à ce moment-là, au même moment que les secours. L'aiguë c'est vraiment avant l'appel au médecin régulateur qui décidera si la personne doit être transportée aux urgences ou non.*

E4 : Donc si c'est le sapeur-pompier ou l'ambulancier qui devait réaliser les bilans à ce moment-là ?

*CF : Alors du coup non, je parle bien de l'ergothérapeute, s'il devait intervenir à ce moment-là.*

E4 : Du coup si on devait intervenir avec les casquettes d'ergothérapeute et de pompier en même temps.

*CF : Alors pour le coup, juste ergothérapeute mais au même moment.*

E3 : L'idée, ce serait peut-être que l'ergothérapeute a plus son œil d'expert d'analyse de l'environnement et de la situation, de la personne au moment où elle a chuté. Et en fait quand on rentre dans la maison et qu'on voit la personne par terre, et à quel niveau elle est dans la maison, on peut observer rapidement l'environnement de la personne, s'il y a du mobilier, des tapis tout ça. Déjà ça on le sait par l'observation, sans faire un bilan. Mais aussi par l'expérience du professionnel, s'il a l'habitude ou non d'analyser un environnement, après la personne qui a chuté peut être dans un état post traumatique, de confusion, ou le bilan en aiguë avant d'appeler les urgences peut être compliqué à faire passer j'imagine. On ne va pas demander à une personne qui a chuté, qui a mal et qui ne se souvient peut être pas de la chute de faire un bilan des gestes fonctionnels, voir si elle peut se relever et marcher, enfin voilà. Après ça peut être intéressant de voir.

E4 : Après oui, je pense qu'autant cela pourrait être pertinent, si la personne est laissée à domicile, de programmer une intervention ergo en disant « là ce serait vraiment pertinent qu'il y ait une ergo, ça fait 3 fois que la personne est relevée dans la semaine, il y a quelque chose ». Autant, au moment même de l'urgence où il y a le bilan d'urgence vitale, le bilan circonstanciel etc. C'est plutôt le secouriste qui va prendre le dessus sur l'ergothérapeute, à juste titre.

*CF : L'idée c'est vraiment de voir quelles données complémentaires on pourrait avoir en complément des secours à ce moment-là.*

E5 : Je rejoins mes collègues, la question qui se pose c'est : est-ce qu'effectivement un bilan validé normé va correspondre à ce moment-là. Deuxièmement du coup, si on se retrouve sur les lieux en même temps que les secours, est-ce qu'on ne va pas plus gêner qu'autre chose, car en fonction de l'état émotionnel de la personne, on ne pourra pas forcément avoir plus d'informations qu'en auront eu le secours, je pense. Donc la question est : l'intervention en aiguë elle n'est pas plus cohérente dans les heures qui suivent l'arrivée à l'hôpital par exemple.

E3 : C'est ça, en fait à partir du moment où le secouriste, et le médecin lui-même a pris la décision de laisser la personne à domicile ou de l'envoyer aux urgences, ce serait à ce moment-là, que l'ergothérapeute pourrait être missionné, une fois que tout c'est un petit peu apaisé. Et, qu'il y a eu une prise en charge, peu importe laquelle, que l'ergothérapeute puisse évaluer soit au domicile soit aux urgences, l'importance de la prise en charge. Mais du coup soit dans les heures soit le lendemain.

E1 : Est-ce que tu as une idée de ce qui se fait dans les pratiques de prise en soin aiguë, pas en France du coup mais à l'étranger ?

*CF : Oui, au Royaume-Uni et en Ontario au Canada, les ergothérapeutes interviennent avec les secours de leur pays, les paramédicaux, ils interviennent au même moment que les secours.*

E1 : Après c'est à prendre en compte avec toute la mesure car ce n'est pas du tout le même système de soin.

*CF : Du coup comment cette collaboration avec les services pourrait-elle être effectuée, je pense que l'avis général était donc que cela paraît compliqué.*

E4 : Par contre en subaiguë, je verrais ça possible en tout cas, une personne qui est relevée trois fois dans la semaine ou deux fois dans la nuit, ça pourrait très bien être remonté au CTA, pour demander l'intervention d'un ergothérapeute dans la semaine. Quitte à faire un switch, avoir une convention avec un établissement qui libère une ergothérapeute le temps d'un bilan un peu plus approfondi au domicile.

E2 : Après, cela pourrait être sous forme d'équipe mobile en fait, qui se permette, sur un secteur donné, d'intervenir seulement pour des suspicions ou des maintiens à domicile difficiles, de chutes à répétition, si c'est cadré, cela peut bien fonctionner.

E1 : Ça se passe peut être déjà non ?

*CF : Oui, effectivement, ça se passe déjà en France, avec notamment l'UPSAV où des collaborations sont déjà faites avec les SDIS, mais il faut savoir qu'ils ont quand même une liste d'attente assez conséquente et l'intervention n'est jamais rapide, enfin elle ne se fait pas dans les heures après la chute.*

E4 : Et peut être via les SSIAD ? Les SSIAD interviennent spontanément une à deux fois par jour chez des gens qui chutent quand même assez souvent, ou avec d'autres associations d'aides à domicile qui n'ont pas forcément d'ergothérapeutes, mais, qui pour le coup sont en lien très fort avec les pompiers le plus souvent.

E3 : Après ça pourrait peut-être être le même système que les programmes de prévention sénior à domicile pour les plus de 75 ans. En gros, ce sont des ergothérapeutes libéraux qui sont missionnés pour aller évaluer l'environnement de la personne, proposer des améliorations, des aménagements, des aides techniques. Et je crois, en tout cas en [...] c'est comme ça, ils ont deux jours pour répondre à la demande d'intervention. Après réception de la demande, les ergothérapeutes ont deux jours pour contacter la personne et se rendre à domicile pour aller évaluer. Cela pourrait être, peut-être ce système-là, en missionnant des libéraux, peut être autre que les structures.

E4 : Et la demande elle émane d'où E3 ?

E3 : La demande peut être via les complémentaires de retraites, soit de la personne elle-même des fois, soit des services d'aide, c'est assez varié. S'ils ont connaissance d'ergothérapeutes libéraux qui peuvent intervenir et qu'eux ils n'ont pas d'ergothérapeute ou qu'ils n'ont pas le temps. C'est justement pour éviter ces listes d'attentes et aller au plus rapide possible en aiguë à un ou deux jours. Cela pourrait

être dans ce système là j'imagine. Après reste toujours la question de la prise en charge, qui va pouvoir financer tout ça ?

*CF : Et du coup, même si je sais que vous trouvez ça un peu compliqué, comment vous imagineriez cette collaboration avec les secours, quand ils passent leur bilan, qu'est-ce que l'ergothérapeute pourrait faire pendant ce temps par exemple ?*

E3 : Comme ça j'ai une idée qui me vient tout de suite, c'est peut-être les secours qui prennent la personne en charge directement, lui pose les questions, les circonstances tout ça... Et l'ergothérapeute à côté pourrait prendre les informations au niveau des proches, des équipes peut être qui interviennent régulièrement s'il y a un SSIAD, CCAS, un kiné, pendant les bilans effectués par les secours et en même temps évaluer peut être l'environnement. Je ne sais pas combien de temps dure une intervention de relevage des chutes ?

*CF : Ça dépend vraiment, c'est toujours au plus court car ce n'est pas forcément les urgences les plus graves qu'ils ont à traiter.*

E3 : C'est quoi le temps le plus court, par exemple ?

*CF : Je n'ai pas d'ordre d'idée précis, mais peut-être 5 minutes. Comme cela peut durer plus longtemps, car la personne est quand même douloureuse, elle peut être confuse c'est vraiment personne-dépendant la durée de l'intervention.*

E4 : Après peut-être tu pourrais situer le contexte de l'intervention, le déroulé type de l'intervention de relevage ?

*CF : Oui, alors déjà pour les interventions de relevage, dans un premier temps, ils peuvent être deux secouristes, comme trois ou quatre. Cela dépend des départements. Dans certains départements, ils utilisent un matériel spécifique pour les relevages, et d'autre non avec un relevage par « la force des bras ». Ils vont sur les lieux avec un VSAV, qui est semblable à une ambulance ou une voiture pour relever les personnes en fonction des critères qui sont donnés en amont de la chute ou pas, c'est à dire s'il y a notion de blessure grave par exemple. S'il n'y a pas notion de cette gravité là, ils peuvent se déplacer qu'à deux et ainsi effectuer un relevage simple par exemple. Mais encore une fois, c'est département dépendant, des départements utilisent systématiquement les VSAV.*

E3 : C'est ce que je trouve intéressant, finalement, avant que les pompiers, les secours partent en intervention ils ont déjà une visualisation de la chute, si elle est grave ou non.

*CF : Alors c'est très variable en réalité, si c'est une téléassistance par exemple elle ne peut pas donner toutes ces informations-là. En ce sens-là le matériel maximum sera envoyé sur les lieux de l'intervention.*

E5 : Je me posais une question sinon, il y a souvent une personne de confiance à appeler, pour ce genre de problèmes s'il n'y a personne sur place. Est-ce que dans ce cas l'ergothérapeute pourrait peut-être contacter cette personne-là, qui a probablement des informations à donner qui pourraient aider à compléter le bilan ?

*CF : Oui effectivement, des données complémentaires qui pourraient être intéressantes. Donc directement, sur l'appel de la personne finalement ?*

E5 : Oui, si on parlait du principe que la personne n'est pas forcément en état, peut être aussi occupée par les soins des secouristes et qu'il faut quand même faire rapidement. Dans ces cas-là, effectivement, avoir quelqu'un de référence, même s'il n'est pas sur place, ça pourrait être intéressant. Car à priori, quelqu'un qui est mis en personne à contacter, c'est quand même quelqu'un qui est normalement assez proche du patient, il peut quand même fournir des informations intéressantes sur un temps qui est relativement court du coup.

E1 : Pour le coup comment on sait qui est la personne de confiance et comment la joindre ?

E4 : Il y a deux solutions dans le cadre d'un appel via un système de téléassistance, cette téléassistance peut prévenir la personne de confiance qui est sur place ou pas loin, et la personne se déplace. Dans

le cadre d'une chute sans téléassistance, cela peut-être le voisin, qui appelle en disant la personne ne répond pas ce matin et il demande l'intervention des secours. Je pense qu'il n'y a pas forcément non plus le nom de la personne de confiance, après il peut y avoir souvent une connaissance de la personne plus ou moins proche comme l'infirmière, même si ce n'est pas forcément la personne de confiance.

E3 : En sachant que la téléassistance, avant de prévenir les secours, ils appellent la personne, ensuite ils appellent les proches et si y'a pas de réponse des proches c'est les secours qui sont appelés c'est ça ?

CF : *Oui*

E3 : Donc déjà, les proches sont censés, dans le cas où ils ont répondu à la téléassistance, être déjà au courant que la personne a eu un problème. Donc effectivement après cela pourrait être de les contacter rapidement.

CF : *Après je ne suis pas certaine qu'ils contactent d'abord les proches, même s'ils ont forcément leur contact.*

E3 : En fait, je crois que c'est fait en simultané, c'est que si la personne ne répond pas à la téléassistance alors qu'elle a appuyé sur le médaillon ou peu importe, il me semble, avec la petite formation que j'avais fait avec la téléassistance, qu'ils faisaient tout en simultané, à la fois la personne, les proches et les secours en quelques secondes d'intervalle oui.

CF : *C'est des informations intéressantes, effectivement, si l'ergothérapeute peut avoir les contacts et faire ça à la suite ou en même temps. Après, au niveau de la prise de décision, on va y venir dans la suite, mais c'est vrai qu'il faudrait que la personne soit présente auprès des secours pour donner toutes ces informations-là, qui les transmettront aux médecins du SAMU.*

E4 : Là, on se retrouve avec la même problématique, c'est à dire qu'il y a le chef qui transmet l'information à la régulation, et les équipiers qui sont occupés à faire le transport jusqu'au VSAV, et qui ne sont pas forcément disponibles pour recueillir les informations dont on parle, sachant qu'ils sont déjà en train de rassurer la personne.

E3 : L'ergothérapeute pourrait être un soutien alors.

E4 : Oui, une personne en plus.

CF : *Je prends note du coup de tout ce que vous m'avez dit, l'ergothérapeute pourrait en ce sens être un soutien en plus. Est-ce que vous avez d'autres idées ou je passe à la troisième question ?*

E 1,2,3,4,5 : Non pas autres idées.

CF : *D'accord, du coup la question est la suivante : **de quelle façon l'ergothérapeute pourrait-il contribuer à l'aide à la prise de décision du médecin régulateur en collaboration avec les sapeurs-pompiers ?***

E5 : Du coup là, je pense que l'ergothérapeute a un recul que n'a peut-être pas le médecin régulateur, de par son expérience de prise en charge des personnes âgées chuteuses finalement. De voir en fonction de ce qu'il s'est passé au départ, de l'évolution et de la sortie, on est peut-être un peu plus spécialisé dans cette question-là. On a une vision à plus long terme aussi, que n'a pas, je pense, le médecin régulateur qui ne fait que les croiser. Donc voilà, on a peut-être un peu plus de recul et là oui nous pouvons apporter notre expérience et notre expertise pour aider à l'orientation de ces patients-là.

E4 : Je pense que le médecin régulateur à l'habitude d'être sollicité de manière très rapide et surtout multiples, et qu'il faudrait d'abord, pour pouvoir prendre en compte le point de vue de l'ergothérapeute, qu'il y ait un gros travail en amont qui soit fait pour le coup, que ça vaut peut-être la peine de perdre quelques minutes pour pouvoir orienter la personne. Mais ça c'est une culture qui actuellement n'est pas.

E1 : Pour le coup, je pense que le regard ergo serait très intéressant, mais plus comme on l'a dit auparavant en subaiguë ou une fois que la personne sera amenée aux urgences. Voilà, qu'est-ce qu'on peut faire ou on peut l'orienter ? Et vraiment voir en fonction des différents services qui sont disponibles, pour vraiment, peut-être plus prendre le temps. Car c'est vrai qu'on a un regard peut-être plus particulier si on va avec les secours au domicile.

E4 : Après, le subaiguë a, je pense, tout son intérêt parce que par exemple, tout le matériel de relevage comme les lèves-personnes, les verticalisateurs électriques [...] c'est quelque chose auxquels les pompiers ne sont pas du tout formés. [...] Peut-être on éviterait les hospitalisations s'il y avait de la formation aux différents matériels d'aide aux transferts et aux relevages. Je pense peut-être à des relevés de chutes qui sont fait de façon inadaptée car entre la technique pompiers et la technique ergo ça n'a rien à voir, la formation n'est pas la même. L'intervention en subaiguë pourrait être utile peut-être avec la personne, mais peut-être aussi au sein des secours. Pour promouvoir le matériel d'utilisation, peut-être la vérification des freins, des patins qui ne prennent pas de temps, ou juste dire à l'aidant d'enlever les tapis ou de passer chez le pharmacien faire vérifier le matériel du domicile. Et là, je pense qu'on aurait un premier travail à faire qui, pour le coup, serait vraiment important dans le travail de prévention de récurrence.

E5 : La question est finalement de savoir ce qu'est le but de la présence de l'ergothérapeute. Est-ce que c'est de limiter les hospitalisations ou est-ce que c'est d'orienter l'hospitalisation ou pas. Quel type d'hospitalisation : court séjour ou plus directement SSR, enfin voilà. Finalement, c'est de savoir quelle est la question vis-à-vis de l'ergothérapeute.

*CF : Ma question était vraiment : est-ce que les ergothérapeutes peuvent contribuer à l'aide à la prise de décision quant à l'hospitalisation ou non. Mais c'est vrai que l'ensemble de ces remarques sont à prendre en compte. Mais c'est vrai que ma question était bien de savoir si l'ergothérapeute peut contribuer à cette aide à la prise de décision. En ce sens : est-ce que vous verrez des compétences que l'ergothérapeute pourrait mobiliser justement pour cette prise de décision de transport aux urgences ?*

E5 : Du coup ce que l'on a déjà dit, l'expertise et le regard à long terme que n'a peut-être pas le médecin régulateur sur du court terme, et comme le disait E4, le problème de prévention des TMS pour les intervenants, et puis les petites interventions sur l'environnement pourquoi pas, ces interventions peuvent régler le problème en quelques minutes, dans certains cas.

E3 : Et peut-être aussi, s'il y a une hospitalisation, on pourrait permettre peut-être aussi un retour à domicile plus rapidement que la normale. Tu parlais de 12,2 jours en moyenne d'hospitalisation, peut-être s'il y a eu une hospitalisation en urgence après un traumatisme ou autre. S'il y a besoin d'une rééducation, elle pourra se faire, soit en SSR, soit à domicile dans la réorientation post hospitalisation en fait. Du coup, cela peut être l'orientation avant l'hospitalisation, mais aussi l'orientation après l'hospitalisation afin de limiter ce temps d'hospitalisation là et favoriser un retour à domicile peut-être plus rapide et plus en sécurité aussi.

E5 : Dans un premier temps, cela peut peut-être permettre que le séjour aux urgences soit le plus court possible et que l'orientation vers un service soit le plus court possible. Les urgences n'étant pas drôles et encore moins pour les personnes âgées, pour cette partie-là en tout cas de la prise en charge, que cette partie-là soit la plus courte possible afin que la personne suive plus rapidement une prise en charge spécialisée.

E3 : Oui aussi, et ça permettrait un désengorgement de l'hôpital. Après, c'est tout le système qui est compliqué.

*CF : Oui je suis d'accord, le système est différent d'un pays à un autre par exemple. Du coup au niveau des compétences, on a parlé de prévention, de l'environnement, de l'orientation...*

E4 : Et puis aussi le souhait de la personne ! Qu'est-ce qu'il fait qu'elle chute toujours à ce moment-là. Je pense qu'il faut se recentrer aussi sur le souhait de la personne, certaines personnes savent qu'elles risquent de rechuter et vont aller jusqu'au bout, et vont trainer comme ça 4 mois, 5 mois, 6 mois. Jusqu'à un moment donné, que le médecin dise "Stop, vous ne la renvoyez pas au domicile".

*CF : Du coup, dans les informations que les ergothérapeutes pourraient apporter au médecin régulateur, vous pensez que quelles informations seraient pertinentes pour ce choix de maintien à domicile ou de transport aux urgences ?*

E5 : C'est en fait toutes les adaptations de l'environnement, de l'aide humaine déjà, dire si cet environnement matériel ou humain est adapté pour la personne par rapport à ces risques. Je pense que c'est un peu la confrontation des risques de chute et de ce qui est mis en place autour de la personne, et je pense que grâce à ces éléments là, ce sera un gros élément décisif.

E4 : Et savoir s'il est adaptable rapidement oui. Ce qui sous-entend aussi qu'il peut y avoir un lien très rapide avec le médecin traitant aussi. Car il arrive aussi parfois que le médecin traitant ne soit pas au courant des différentes chutes. C'est à dire que quand la personne va tous les mois ou tous les 3 mois faire les renouvellements de traitements, bien tout va bien, et on croise le médecin pour un autre patient et on lui dit que Monsieur X a chuté 4 fois, il n'est pas au courant. Donc, je pense aussi qu'il y a ce lien avec le médecin traitant, l'infirmière ou même les différents intervenants du domicile, qui fait qu'ils ne sont pas forcément coordonnés entre eux et pas forcément au courant de ce que font les uns, les autres. Et la personne qui n'a pas forcément souhaité de le dire non plus. Ils sont malins dans le sens où, à un moment donné, s'ils disent qu'ils chutent trop souvent, il y a un risque d'hospitalisation et ce n'est pas ce qu'ils veulent.

*CF : En effet, tout l'intérêt étant d'avoir ce contact de proximité avec les proches en tant qu'ergothérapeute.*

E4 : Oui, les proches et tout l'environnement professionnel qui gravite autour. Car je pense par exemple aux aides à domicile qui ne sont pas toujours formées à certaines choses comme sortir les tapis, vérifier le matériel enfin des choses pratico-basique qui limiteraient le risque de chute aussi. Mais toujours je pense dans le subaiguë.

*CF : Oui, après c'est vrai que la prise de décision pour le coup se fait en aiguë et que toutes ces informations je pense qu'elles soient recueillies en aiguë ou en subaiguë, apporteraient des précisions complémentaires pour la prise de décision.*

E1 : J'aimerais rajouter que l'impact de l'environnement est vraiment essentiel, enfin pour moi, parce que des personnes pourront être indépendantes et autonomes dans un environnement alors qu'elles seront complètement dépendantes et non autonomes dans un environnement qui n'est pas adapté. Donc, il faut avoir une notion de l'état de la personne et bien sûr avoir une notion de son environnement et de ce qu'elle peut faire etc. De l'interaction de la personne et de l'environnement.

E5 : Le cognitif intervient un petit peu, si on hésite un peu sur un patient, la question du changement d'environnement aussi comme dit E1, c'est que paradoxalement, le milieu hospitalier ne sera peut-être pas adapté à une personne qui a des troubles cognitifs et qui a ses repères à la maison et qui va être, complètement déstabilisé en l'envoyant à l'hôpital. Ça peut être dans ce sens-là finalement, la question de l'adaptation de l'environnement avec la personne.

*CF : Selon vous, quelles seraient les bénéfices, les limites et les freins de cette contribution de l'ergothérapeute au niveau de l'aide à la prise de décision ?*

E1 : Pour le coup, je me dis que si l'ergothérapeute revendique un peu son importance dans cette prise en charge, peut être que d'autres professionnels paramédicaux peuvent aussi le revendiquer, et je pense que ce serait très intéressant par exemple de faire appel à un neuropsychologue, mais pour le coup, s'il y a trop de professionnels autour de la personne ce n'est pas viable sur le long terme. Du coup, peut être réfléchir en équipe afin de voir qui est vraiment indispensable sur le terrain. Ou pourquoi pas par téléphone ou je ne sais pas, autres possibilités avec les nouvelles technologies.

*CF : D'accord, donc la limite serait que si l'ergothérapeute peut participer à cette prise de décision, d'autres professionnels aussi auraient leur place à ce niveau-là ?*

E1 : Euh, pas forcément au même niveau, chacun à son intérêt, mais pour le coup, enfin je ne sais pas c'est une réflexion. Mais oui éventuellement ça pourrait être une limite.

E3 : Une des limites, je pense que c'est le temps d'intervention, si les secours voient que c'est une urgence vitale ils ne vont pas attendre que l'ergothérapeute soit là pour évaluer. Et la limite c'est aussi qu'on ne peut pas être présent sur toutes les interventions de relevage des chutes j'imagine. Alors peut être prioriser les interventions en fonction de ce qu'a reçu le centre d'appel des pompiers par exemple. Une des limites étant qu'on ne peut pas tout évaluer, alors peut être prioriser.

*CF : Du coup, prioriser les chutes qui ne présentent pas à priori de gravité apparente ?*

E3 : A la limite, on parle pour une prise en charge aiguë et éviter que la personne soit hospitalisée mais c'est toujours très compliqué d'avoir l'ensemble des éléments en arrivant sur les lieux de l'intervention. Dans l'idéal, il serait intéressant d'avoir un maximum d'informations avant, pour que l'ergothérapeute puisse analyser et mettre en place un maximum de choses, afin que la personne soit non hospitalisée ou alors hospitalisée mais mieux orientée après.

E2 : Moi, il y a une autre question que je me pose, c'est que les chutes ça ne se prévoit pas, du coup ça voudrait dire qu'il faudrait un ergothérapeute en quelque sorte de garde, qui soit disponible à n'importe quel moment. Et du coup, voir si c'est un libéral, si c'est une équipe spécialisée, et en ce sens-là aussi on pourrait être limité par l'intervention du professionnel, disponibilité ou non.

E1 : Et je pense aussi la limite économique et financière, que E3 avait dit tout à l'heure, qui prend en charge tout ça.

E4 : Je suis d'accord, ça sous-entend quand même une sacrée volonté des conseils départementaux pour avoir des budgets supplémentaires pour les SDIS, afin de pouvoir financer un ou une ergothérapeute de garde mais aussi trouver le nombre d'ergothérapeutes suffisant de garde. Est-ce qu'il y a une pertinence de l'ergothérapeute à 3h du matin sur une chute ?

E3 : Est-ce qu'elle est la même qu'à midi en pleine journée effectivement.

E1 : Même si je pense qu'au niveau économique, le retentissement de l'intervention de l'ergothérapeute pourrait être bénéfique sur du long terme. Et du coup, je pense que ce n'est pas forcément évident pour les institutions de comprendre ça et de vraiment miser là-dessus.

E3 : Sur ça je pense qu'il faudrait faire une étude sur les bénéfices et les risques.

E4 : Et pour cela je pense qu'il faut voir comment les SDIS imaginent la chose parce qu'ils sont quand même souvent dans la gestion de l'urgence vitale ou quasi, et comment, ils peuvent imaginer qu'un ergothérapeute intervienne sur une urgence pouvant être vitale. En ce sens, il serait important que tout le monde identifie sa place et ce qu'il peut faire ou pas.

E5 : Et du coup, à défaut de pouvoir mettre en place ce qui serait idéal, est-ce qu'il n'y aurait pas possibilité de prendre une demi-mesure, et d'être plutôt dans la formation, la sensibilisation ou donner des outils comme effectivement une feuille comme les fiches des chutes à remplir par les personnes qui vont intervenir au domicile. Est-ce que finalement, notre rôle à nous, ne peut pas être là-dessus ? Leur donner en tout cas, une partie des outils dont on dispose, avec des questions un petit peu pertinentes, des éléments importants à observer, à questionner, pour eux les aider à prendre une décision.

E4 : C'est une sensibilisation pour le coup des pompiers à tout ça.

E1 : Et je ne sais pas si ça se fait dans les services de secours ou pour le SAMU, mais est-ce qu'il y a des relectures un petit peu des pratiques professionnelles, et dans ce cas-là, peut-être qu'un ergothérapeute pourrait être intéressant pour que les personnes puissent poser leurs questions sur leurs pratiques et qu'un ergothérapeute puisse être là pour répondre aussi si son expertise est intéressante.

E4 : Je pense qu'il serait peut-être plus pertinent de le faire au niveau départemental qu'au niveau des centres de secours afin que ce soit respecté en caserne. Au vu de la hiérarchie, il faudrait que ce soit posé afin que ces pratiques soient respectées car ce n'est pas forcément le cas.

*CF : Après, des collaborations de ce genre sont déjà effectuées avec des petites fiches qui sont remplies lors de l'intervention et ensuite retransmises à une équipe mobile de gériatrie, avec bien évidemment, l'accord de la personne. Mais en revanche, elles ne sont pas transmises au médecin régulateur, car c'est pour une prise en soin future et pas sur la prise de décision.*

E4 : Et c'est personne-dépendant ou c'est via une procédure ?

*CF : Alors il me semble que c'est un protocole expérimental pour le moment, à vérifier, et il faut bien entendu l'accord de la personne pour la transmission de ces fiches à l'équipe mobile pour une prise en charge future.*

E4 : C'est intéressant.

*CF : Du coup au niveau des bénéfiques, des limites et des freins, on a parlé des limites économiques, les avantages au niveau de l'environnement, la limite du temps etc. Est-ce que vous voyez d'autres critères ?*

E5 : Si aussi, comme on disait tout à l'heure, réduire sinon la durée d'hospitalisation et avoir une orientation plus précoce et plus pertinente.

E4 : Je pense aussi qu'il y a peut-être des choses jouables par l'ergothérapeute dans le service des urgences. Pour le coup, on est encore dans la notion d'urgence, souvent le patient est en attente et peut-être qu'il y a un intérêt d'intervenir là. Et avoir toute l'action par rapport aux bilans et une orientation, parce qu'en fait l'orientation du médecin régulateur, elle est vers les urgences, mais après, c'est aux urgences qu'il va y avoir retour à domicile ou autre. Donc c'est peut être aussi à ce moment-là qu'il y a quelque chose à faire au niveau ergo.

E3 : C'est totalement le fond de ma pensée. Au niveau des urgences, que l'ergothérapeute soit aussi dans l'accueil de la personne avec toute l'équipe d'infirmiers, de médecins, pour évaluer du coup la personne après son arrivée aux urgences oui.

*CF : D'accord, donc du coup, ce serait un ergothérapeute qui serait appelé directement après l'arrivée de la personne aux urgences et en aval de la prise de décision du médecin régulateur et ainsi, ça permettrait de raccourcir le temps d'hospitalisation et d'avoir une orientation plus efficace ?*

E4 : Oui, parce que des fois, il va y avoir un bilan, puis un retour à domicile, car au final elle était hypertensive, mais une fois qu'elle s'est remise de sa chute, elle va beaucoup mieux. Les bilans complémentaires plus les bilans de l'ergothérapeute qui entreraient dans ces bilans complémentaires, oui, ça pourrait être pertinent et peut être plus facile à mettre en œuvre.

*CF : Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter ?*

E1 : Non c'est tout bon.

*CF : D'accord, du coup on va conclure ce focus groupe. Déjà, je vous remercie car c'était très intéressant de discuter de tous ces aspects avec vous. Si vous avez des informations qui vous viennent encore, n'hésitez pas. Je voulais savoir si vous, ce travail vous a plu ?*

E4 : C'est intéressant d'échanger

E5 : Oui tout à fait ça permet de comparer un peu les pratiques, d'avoir des idées intéressantes.

E1 : Je suis d'accord.

E2 : Complètement d'accord aussi.

E3 : L'effet de groupe, ça permet de mettre en évidence des aspects auxquels on n'aurait pas forcément pensé tout seul. C'est super intéressant.

E2 : Oui, on se questionne sur nos propres pratiques et c'est enrichissant pour nos compétences.

CF : *Merci encore pour votre participation. Très bonne journée à vous.*

## **Annexe IV.II. Retranscription focus groupe 2 – 11 avril 2020**

CF : *Bonjour à tous, alors déjà, je voulais vous remercier à tous d'être présents aujourd'hui, car ce n'est pas super facile en ce moment d'avoir des disponibilités pour tout le monde. Dans un premier temps, je vous propose de vous présenter.*

EA : Je m'appelle EA, ergothérapeute depuis le mois de juin 2018, j'ai fait mes études à [...], où j'ai travaillé ensuite depuis. Dans un premier temps j'ai travaillé dans une association, qui a pour but de mobiliser des moyens humains et matériels pour les EHPAD ruraux, qui sont un peu plus délocalisés. Je travaillais dans plusieurs équipes, j'étais salariée de l'association, et j'allais dans plusieurs EHPAD, j'y ai travaillé pendant un peu plus d'un an. Et depuis le mois d'octobre, je travaille en SAMSAH et en foyer de vie en accueil, de jour auprès d'adultes ayant des troubles du spectre Autistique.

EB : Je suis EB, je suis ergothérapeute depuis juin 2018. Ça fait depuis 1 an et demi que je travaille dans un EHPAD. Donc j'y suis à mi-temps. C'est une grosse structure où il y a 180 résidents. L'année dernière j'ai travaillé un an dans un EHPAD [...] à 20%, donc juste une journée et c'était un peu compliqué, ce n'était pas une structure qui me plaisait particulièrement donc j'ai arrêté. Sur mon autre mi-temps je travaille avec des enfants en IME.

EC : Bonjour à tous. Pour commencer j'ai travaillé 4 mois en EHPAD sur deux EHPAD différents, dont un EHPAD privé et un public [...]. Ensuite, j'ai été recruté par [...] et en fait je suis à mi-temps sur deux services pour enfants TSA. Donc, un SESSAD d'intervention précoce et infantile et sur un dispositif d'autorégulation, un service médico-social dans une école primaire et à côté de ça je suis aussi en libéral.

ED : Bonjour, je suis ergothérapeute depuis 2002. J'exerce depuis 10 ans dans un SSR [...] avec des personnes âgées avec lesquels on a mis notamment en place une éducation thérapeutique pour les personnes âgées chuteuses.

EE : Je suis diplômée depuis juillet 2019, j'ai travaillé dans un centre de rééducation auprès d'adultes [...] et depuis septembre 2019 je travaille en SPASAD auprès des personnes âgées, c'est une équipe mobile [...].

EF : Je suis Ergothérapeute depuis juin 2018 [...] et je travaille depuis dans un EHPAD, et depuis 2 mois, on a monté un projet pour la prévention des chutes et j'ai travaillé aussi l'année dernière sur un autre EHPAD où j'étais sur le PASA et l'accueil de jour. A côté de ça, je travaille actuellement aussi en FAM Mas avec des adultes polyhandicapés.

EG : Je suis ergothérapeute depuis juillet 2019, et je travaille depuis mi-août, dans une maison de retraite [...].

CF : *Merci à toutes. Alors je vais me présenter avant de vous présenter le contexte. Donc je suis Chloé étudiante en troisième année à l'IFE de Limoges. Je me suis questionné vis-à-vis des chutes de personnes âgées à domicile et de la prise en soin aiguë, c'est à dire lorsque la personne vient de chuter à son domicile de par l'expérience que j'ai pu avoir en tant que sapeur-pompier volontaire et étudiante ergothérapeute au sujet de la place que pourrait avoir l'ergothérapeute à ce moment de la prise en soin. [...]*

*Donc je voulais savoir, si dans un premier temps, vous avez des questions vis-à-vis du focus groupe et du contexte présenté ?*

EB et EC : Non, nous n'avons pas de questions.

CF : *Alors je vais vous poser la première question. **D'après votre expérience, en tant qu'ergothérapeute, quelles sont, selon vous, les informations importantes de recueillir***

***précocement après la chute de la personne âgée à son domicile, en complément des bilans effectués par les secours ?***

EA : Savoir si c'est la première fois que la personne chute, ou si c'est une récurrence de chute. En fait, questionner sur le contexte précis de la chute.

CF : *Oui, c'est à dire le contexte précis ?*

EA : Déterminer dans quelles conditions la personne à chuter exactement.

ED : Oui, je suis d'accord, je dirais même questionner, sur ce que faisait la personne au moment où elle a chuté, quelle activité était-elle en train d'effectuer ? Était-elle accompagnée dans cette activité ou non par exemple.

EB : Je pense qu'il faut aussi questionner la personne sur son état de conscience de la chute, c'est à dire, lui demander si elle se souvient de la chute et si elle a notion de ce qui pourrait en être la cause. Mais aussi savoir si elle a tenté de se relever seule du sol.

EF : Oui, et même, en plus de l'état de conscience, savoir si la personne présente des troubles neurologiques connus.

CF : *Oui, effectivement.*

EC : Pour rebondir, en plus des troubles neurologiques, demander à la personne ou à ses proches les médicaments qui sont pris. Car s'il y a polymédication, ça peut être la cause de la chute, les identifier pourrait peut-être nous aiguiller sur une des causes de la chute.

EB : Oui je te rejoins, je pense qu'il faut communiquer avec les proches, afin de recueillir un peu plus d'informations, par exemple s'ils étaient présents au moment de la chute, ils peuvent indiquer une heure plus ou moins précise de la chute, et peut être aussi, si la chute a été causé par l'environnement ou autre...

EA : Repérer s'il y a la présence d'un aidant quotidiennement.

ED : Du coup, je dirais que toutes les informations qui concernent l'aménagement et l'environnement de la personne, savoir si le domicile est adapté ou non, s'il y a la présence de tapis, de marches etc.

EG : Je suis d'accord, et même, en plus de l'environnement physique de la personne, l'environnement social et géographique sont importants. Si la personne vit seule ou non, comme on l'a dit précédemment s'il y a des proches à proximité ou pas trop loin.

EA : Et la personne elle-même, on a évoqué les troubles cognitifs, mais il faut peut-être voir si la personne n'a pas de troubles visuels et si elle portait bien ses lunettes par exemple.

ED : Par rapport à l'environnement, savoir si elle a des aides techniques à la marche, si elle les utilisait aussi au moment de sa chute.

EB : L'état du chaussage, et des aides techniques, si elles sont bien entretenues et adaptées.

EE : Avec les troubles visuels, j'ajouterai aussi les troubles auditifs. Si elle est malentendante, elle peut avoir des troubles de l'équilibre qui causent la chute. Et aussi peut-être savoir si la personne n'est pas déshydratée vis-à-vis d'un éventuel malaise.

CF : *Oui, effectivement.*

EF : Les services mis en place chez cette personne âgée, demander s'il y a la présence de service d'aide à domicile, des infirmiers, des équipes et un suivi qui est déjà mis en place chez cette personne-là.

EG : Je te rejoins, grâce à ces services, en plus des proches, on peut avoir plus d'informations aussi sur la personne, savoir si elle est dénutrie ou pas. Ça rejoint un peu ce que disait EE.

CF : *Oui, c'est une partie de l'environnement de la personne à prendre en considération. Au niveau environnemental de la personne, au niveau des facteurs intrinsèques, extrinsèques et comportementaux qui pourraient causer la chute, avez-vous d'autres idées ?*

EF : L'endroit où la personne a chuté, si c'est à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile, et en même temps ça peut nous renseigner sur le niveau d'autonomie de la personne, et peut-être les activités qu'elle réalisait à ce moment-là.

EG : Au niveau des facteurs intrinsèques, voir la dénutrition, la fatigue de la personne, savoir si c'est une personne fatigable et tous les autres troubles évoqués précédemment, visuels, auditifs, de l'équilibre et la marche etc.

CF : *Merci pour tous ces éléments, si vous ça vous convient, nous pouvons passer à la seconde question, à savoir : **De quelle façon la prise en soin aiguë de la chute de la personne âgée fait elle référence à vos pratiques ergothérapeutiques ?***

EB : Selon moi, la référence à nos pratiques ça concerne directement l'environnement, l'analyse de l'environnement, car pour le coup, même si les caractéristiques propres à la personne sont importantes, l'environnement est un facteur non négligeable.

CF : *Quelles sont ou ont été vos expériences professionnelles avec les chutes des personnes âgées ?*

EC : Les soignants relèvent la personne rapidement, car il ne faut pas qu'elle reste trop longtemps au sol, et du coup, il n'y avait pas d'analyse de la chute. Et le personnel en institution n'était pas forcément bien sensibilisé à tout ça, ils préféreraient que ça se passe rapidement et du coup ne prenaient pas forcément le matériel adéquat. En tant qu'ergothérapeutes, on peut former ce personnel pour qu'il relève la personne correctement en prenant le temps.

EB : Oui, je te rejoins, et ils ne font pas forcément participer la personne. C'est-à-dire qu'on voit souvent des personnes relevées avec la force des bras, et la personne peut avoir aussi des conséquences non négligeables au niveau des épaules par exemple.

EF : Je rebondis, mais aussi dans nos pratiques indirectement, les TMS des soignants, quand ils relèvent la personne sans utiliser le matériel, ou en ne la faisant pas participer, ils peuvent se blesser.

CF : *Oui, tout à fait, du coup comment l'ergothérapeute s'y prendrait ?*

EB : Alors, je pense que là notre rôle à jouer, ce serait au niveau de la formation des soignants vis-à-vis de la chute de la personne âgée, mais aussi au niveau des techniques de relevages, même si on le fait déjà au niveau de la manutention, peut être insister encore plus car ce n'est pas forcément respecté derrière.

ED : Donc oui, je suis d'accord, pour le coup dans mes pratiques je fais des ateliers thérapeutiques auprès des personnes et de leur proches pour les chutes, et c'est vrai que notre rôle est important dans la formation et l'information de la personne, de ces proches, et même des soignants. Oui, je rejoins les filles. Après en aiguë, cela sous-entend qu'on n'a pas forcément le temps.

EF : A domicile, je trouve qu'en aiguë, cela peut être pertinent, car en équipe mobile je vois que je suis souvent en contact avec les Aides à Domicile, les Aides-Soignantes, les infirmiers, et en tant qu'ergothérapeute, on peut communiquer avec tous ces acteurs pour leur donner des conseils...

CF : *Quels seraient les bilans réalisables en aiguë ?*

EA : Une grille suivie de l'environnement, dans le livre « ergothérapie en gériatrie » il y en a une il me semble, ce n'est pas un bilan normé il me semble, mais ça serait peut-être une grille intéressante.

EB : Des bilans normés, il y a en a plein, mais qui soient rapides je n'en ai pas à ma connaissance. Je pense qu'il faut des bilans rapides, qui reprennent tous les éléments énoncés à la question précédente à savoir, l'environnement donc le domicile, la présence de proche, la présence de services à domicile, des professionnels, tous les éléments intrinsèques donc les troubles de la personne, son niveau d'autonomie etc., et au niveau de la chute en elle-même le contexte et la cause si possible.

EF : Un bilan sur la marche et l'équilibre de la personne, voir si elle est capable de se relever de la chaise, voir comment est la marche de la personne s'il y a des piétinements etc. Tout ça dans un temps donné, un peu comme le time up and go.

ED : Après ce n'est pas un bilan précisément, mais noter le niveau de participation de la personne lors du relevé du sol, en ce sens, je pense qu'il faudrait favoriser la participation de la personne et pas la relever tout simplement, comme on en a un peu parlé tout à l'heure, ça nous permettrait d'avoir un regard sur son initiation du geste et aussi ses capacités fonctionnelles.

EA : Je pense aussi qu'on pourrait évaluer le caractère psychologique de la chute et aussi l'anxiété de la personne au moment de la chute. Car si la personne est dans un état d'anxiété, cela risque d'être peut-être compliqué de la faire participer etc. Donc, c'est je pense, un critère à évaluer rapidement sans quoi, on aurait peut-être du mal à l'aider correctement. Mais voilà, on pourrait peut-être rassurer la personne, l'accompagner de la meilleure façon et l'orienter correctement par la suite.

EC : Je suis d'accord, et je pense aussi qu'avec notre expertise on peut évaluer la fragilité de la personne car on a connaissance des facteurs qui favorisent cette fragilité.

*CF : Oui, c'est vrai, et du coup comment la collaboration pourrait-elle être effectuée avec les sapeurs-pompiers selon vous ?*

EA : On pourrait effectuer une évaluation de l'environnement pendant qu'ils font leurs bilans.

EF : En reprenant ce qui a été dit précédemment, mais en aiguë, pendant le relevage, faire participer la personne, en apprenant aux secouristes comment la personne peut se relever éventuellement seule si elle est guidée, leur apprendre la technique du relevé du sol, à la fois à la personne, mais aussi aux sapeurs-pompiers. En ce sens on favorisera la participation de la personne dans son environnement. Dans le cas où la personne ne serait pas dans un état limite de syndrome post chute ou paniquée.

EB : Je voulais le dire aussi oui, le lien avec les services d'urgences ce serait peut-être les techniques du relevé du sol de base aussi, leur faire de la sensibilisation, leur apprendre des techniques, pour pas qu'ils se fassent mal mais aussi pour faire participer la personne.

EC : La collaboration peut être faite aussi avec les secouristes avec, l'utilisation de matériel adéquat, je ne sais pas s'ils ont tous du matériel adapté, mais c'est vrai qu'utiliser un matériel qui les protégeraient eux et la personne ce serait bien.

*CF : Et comment ça pourrait se faire ?*

EC : En les formant dans un premier temps, après il faudrait qu'ils aient la capacité d'avoir le bon matériel bien sûr. Sinon, pourquoi pas les accompagner, si la personne a un lève-personne chez elle par exemple, ce serait idéal de leur montrer comment on utilise ce matériel. Après est ce qu'ils savent si la personne a du matériel chez elle ?

*CF : Alors, pour resituer le contexte, la caserne reçoit un « ticket » d'intervention sur lequel il y a parfois des informations et parfois très peu d'informations. C'est-à-dire que par exemple, si un proche appelle il y aura sûrement plus d'informations que si c'est une téléassistance. Après, ça dépend aussi du sapeur-pompier qui questionne l'appelant, il peut orienter ses questions, mais à ma connaissance, le matériel utilisé au domicile ne fait pas partie de ces questions aujourd'hui.*

EE : L'appelant pourrait peut être donné plus d'informations sur l'environnement justement, ça serait un plus.

EB : Après, pendant que les secours font leur bilan, nous on pourrait dans le même temps, questionner la personne présente, le proche, le professionnel présent etc. Il nous donnerait son avis vis-à-vis de la situation, nous indiquerait si la personne chute souvent, si elle a des aides et pleins d'informations importantes de recueillir.

EG : Je pense que la collaboration peut avoir lieu directement avec les secours si la situation correspond bien à une intervention de l'ergothérapeute, mais elle pourrait vraiment se faire aussi en amont c'est-à-

dire sur de la formation des professionnels au matériel, relevage, l'environnement. Même si les ergothérapeutes ont un regard plus expert. Mais c'est vrai que la collaboration peut peut-être être effectuée dès l'arrivée aux urgences aussi.

EA : Après, je ne sais pas si c'est faisable, mais c'est vrai que je crois qu'au Royaume-Uni des ergothérapeutes et des kinés travaillent conjointement en accueil des urgences pour trier les patients qui arrivent tout de suite en aiguë. Du coup, ça fait peut-être le tri dans les personnes qui seront transférées dans un hôpital ou des personnes qui sont "simplement" redirigées vers un médecin traitant ou bien un professionnel libéral. Donc peut-être que ça pourrait être un ergothérapeute qui travaille aux urgences, en accueil spécifique des personnes âgées.

*CF : D'accord, oui effectivement, je sais qu'au Royaume Uni ils se déplacent avec les paramédicaux dans certaines villes mais peut-être que des ergothérapeutes sont aussi présents aux urgences. Si ça vous va, je peux énoncer la dernière question, si vous, n'avez pas d'autres remarques. **Du coup, selon vous, de quelle façon l'ergothérapeute pourrait-il contribuer à l'aide à la prise de décision, effectuée par le médecin régulateur du SAMU, en collaboration avec les secours ?***

*Donc pour resituer le contexte, cette prise de décision est faite par téléphone, le SAMU n'étant pas présent sur les lieux, ainsi c'est secouriste dépendant, c'est eux qui fournissent toutes les informations.*

EE : Est-ce que c'est possible que tu reformules la question, je ne suis pas sûre d'avoir bien compris s'il te plaît ?

*CF : Oui pas de soucis. Du coup, quand la personne chute et que les bilans sont réalisés par les secouristes, ils appellent le médecin régulateur qui va décider si la personne est transportée aux urgences, ou si elle est laissée à domicile. La question est donc la suivante, comment l'ergothérapeute lui, de par son expérience et sa formation, pourrait-il contribuer à cette aide de prise de décision ?*

ED : Alors moi, je vois en SSR, quand les gens arrivent, effectivement tout à l'heure on parlait du fait que l'hospitalisation ça peut conduire à une perte d'autonomie, une institutionnalisation, mais je trouve que des fois une hospitalisation, prendre le temps, ça permet de remettre à plat des problématiques qui, sans cela, ne sont pas traitées à domicile. Comme l'alimentation, la prise des médicaments, l'isolement... Ce n'est pas forcément évident car des fois on peut se dire qu'il faut éviter à tout prix que l'hospitalisation ait lieu car on la sort de son domicile et de ses habitudes de vie. Mais, en même temps si des fois on ne casse pas ce cycle, la personne peut continuer de tomber trois fois par jour. Et là on ne peut pas intervenir 3 fois par jour, la relever et recommencer. C'est pour le coup, toutes les limites du maintien à domicile qui sont questionnées. Ainsi une hospitalisation peut permettre de tout évaluer, de prendre le temps et mettre par exemple en évidence des troubles cognitifs. Des gens arrivent des fois en SSR avec des MMS qui sont très bas et qui n'ont jamais été dépisté.

EA : Je suis assez d'accord pour le coup, on a tendance à un peu banaliser la chute "c'est une personne âgée, pas étonnant qu'elle chute", mais je ne suis pas d'accord, selon moi il y a toujours une cause plus ou moins grave. Mais si une hospitalisation peut permettre d'en éviter des nouvelles, c'est préférable. Après c'est vrai qu'en France, je n'ai pas notion de structures où l'on pourrait trouver des ergothérapeutes en lien avec pleins d'autres professionnels pour travailler spécifiquement sur des points comme la dénutrition, le renforcement musculaire, et donc, l'hôpital ça reste la seule option. Ça ne veut pas dire que c'est la mauvaise mais c'est la seule. Après, je pense qu'on a un peu dévié sur les critères mais le check up complet ne serait pas fait si on disait juste à la personne de consulter son médecin traitant. Et quand bien même on aurait tout un ensemble de professionnels libéraux en ville ou dans une maison de santé, je pense que si on n'amène pas la personne voir un médecin, même si ce n'est pas le cas pour tout le monde, ça reste un parcours où la personne doit faire elle-même la démarche. C'est compliqué, elle a peut-être honte d'être tombée, ou qu'elle n'a plus envie d'y pensé ce qui est normal. Donc, en ce sens, le rôle de l'ergothérapeute là-dedans ça serait de cibler si effectivement il y a besoin d'un check up complet ou s'il existe déjà des services mis en place pour se mettre en lien avec eux et orienter avec des professionnels libéraux ou des équipes mobiles par exemple.

EB : Pour compléter ce que dit EA, on pourrait peut-être faire le lien en disant par exemple au niveau de l'environnement, « c'est catastrophique, on se rend compte que la personne présente peut-être des troubles cognitifs, elle tombe beaucoup, elle a un chaussage inadapté ». En tant qu'ergothérapeute, on peut constater si la personne est fragile ou pas. Et dans le cas où on identifie la fragilité, on peut plutôt proposer une hospitalisation pour faire des bilans complets. Si au contraire, on voit que la personne est bien, elle a du monde qui vient la voir, globalement elle est bien donc dans ce cas comme dit EA on peut faire le lien avec les autres professionnels pour des problématiques ciblées. Donc voilà, je pense qu'on peut être là pour identifier cette fragilité justement.

EG : Du coup, je me posais une question, on parle justement d'identifier cette fragilité mais éventuellement, si l'ergo est en présentiel avec les secours, on pourrait peut-être faire un bilan cognitif rapide, un petit bilan de l'environnement rapide et un bilan de la marche et de l'équilibre mais assez succins pour justement bien orienter. Une petite partie bilan, directement après la chute. Et ces bilans seraient retranscrits au médecin qui orienterait son choix. Car en général, ces bilans sont faits à l'arrivée en SSR, donc ce serait une primo évaluation qui soit un peu plus précoce qu'habituellement.

EA : Après, c'est vrai qu'en dehors de l'hôpital, il y a tout un tas d'équipes mobiles qui existent en gérontologie, donc c'est peut-être en phase aiguë que c'est bien de se mettre en lien avec ces équipes mobiles aussi. Mais malheureusement, il me semble que ces équipes mobiles fonctionnent plutôt avec les hôpitaux. Enfin, je pense que c'est assez rare qu'une équipe mobile soit sollicitée vraiment de l'extérieur, ou alors, ce sont des personnes qui sont plus ou moins identifiées ou avec des antécédents clairement identifiés d'hospitalisation de chirurgie ou autres. Donc ce serait peut-être des ergothérapeutes des équipes mobiles qui seraient en mesure de faire cette collaboration-là.

*CF : C'est vrai que les équipes mobiles peuvent avoir un rôle à jouer, des collaborations sont déjà faites par ailleurs entre les équipes mobiles et les SDIS, mais c'est vrai qu'entre le recensement de la personne âgée chuteuse, la transmission des informations aux équipes mobiles et leurs listes d'attente, ça peut mettre un laps de temps qui est un peu plus long.*

EA : Complètement, pour avoir travaillé dans une association dans des EHPAD reculés. C'était déjà compliqué d'être en lien avec des équipes mobiles, alors à domicile pour des personnes qui chutaient c'est là selon moi l'intérêt des professionnels libéraux et des sensibilisations. Ce n'est pas parce qu'on n'est pas une équipe mobile que l'on ne peut pas sensibiliser. Donc déjà, il peut y avoir un travail dans ce sens-là, car malheureusement, tant qu'on n'aura pas résolu le problème des déserts médicaux, il y aura toujours des personnes qui chuteront seules, à leur domicile, en attente de suivi. Donc, plus il y aura d'acteurs sur le terrain à proximité, on peut imaginer que ça fonctionnera mieux, sans être utopique, et qu'il y ait des partenariats entre les services de secours et des ergothérapeutes.

*CF : Oui totalement, et du coup, on en a parlé un peu précédemment mais, au niveau des compétences que les ergothérapeutes pourraient mobiliser sur le terrain en aiguë, on a évoqué des relevages des chutes, de l'environnement etc. Est-ce que vous identifiez d'autres compétences ?*

EB : Là, je pense que notre capacité à analyser l'activité, enfin là c'est plus la chute, mais notre capacité à analyser la chute dans sa globalité.

EA : Comme compétence, il y a vraiment l'éducation, auprès des aidants, des secouristes et de la personne elle-même. Cette compétence d'éducation prend tout son sens pour la prévention des chutes, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire.

EF : Peut-être aussi au-delà du relevé du sol, réévaluer la marche tout de suite après, car on va relever la personne mais tout de suite après, est-ce qu'elle va pouvoir reprendre une marche correcte.

EA : En ce sens, la préconisation d'aides-technique, car dans les zones rurales et reculées ou il n'y a pas d'ergothérapeutes, les personnes vont se fournir à la pharmacie du coin, et ont le fauteuil du coin qui n'est pas du tout adapté. Donc peut-être qu'il y a ce travail de préconisation ou au moins d'évaluation des besoins en aide technique.

*CF : Et en ce sens, quelles sont les informations complémentaires que vous pourriez apporter pour la prise de décision, même si ça rejoint les compétences évoquées précédemment. Si vous avez des idées supplémentaires ?*

ED : Oui, l'identification des fragilités comme on la dit tout à l'heure, par rapport à un maintien à domicile qui peut être rompu par cette chute notamment. Je pense que cette identification de la fragilité peut aider.

EE : On l'a déjà évoqué à plusieurs reprises mais les compétences en termes d'analyse et d'aménagement de l'environnement, on peut vite repérer des éléments qui seraient peut-être à modifier dans le domicile de la personne.

*CF : Oui tout à fait, merci pour ces informations. Du coup, par rapport à toutes les informations que vous avez apporté vis-à-vis de cette prise en soin en aigue, quelles sont selon vous les bénéfiques, les limites et les freins à cette contribution de l'ergothérapeute dans cette phase de la prise en soin ?*

EA : Alors il y en a plusieurs, la première c'est la prescription médicale, c'est à dire que si y'a pas de médecin qui prescrit directement cela peut être compliqué. Comme seconde limite, je dirais nous-même, car on n'est pas prescripteurs d'aide technique mais seulement préconisateurs, donc ça voudrait dire qu'il faudrait se mettre en lien avec un autre médecin pour qu'il fasse ensuite une prescription.

EG : Dans les freins je dirais aussi notre capacité à intervenir dans l'urgence, car cela dépendra du cadre dans lequel on exerce.

*CF : Ce serait quels types d'ergothérapeutes ?*

EG : Du coup, ce serait soit équipe mobile, soit libéral, mais dans les deux cas, il y a quand même un délai. Il faudrait des libéraux d'urgence...

EB : En ce sens il faudrait créer une équipe mobile d'urgence avec tous les professionnels dont il y a besoin.

EA : Après, pour les bénéfiques, ils sont quand même multiples parce qu'on est professionnel de santé, donc inclure un professionnel de santé, en plus des sapeurs-pompiers qui s'occupent déjà de prendre les constantes et de faire déjà tous les soins primaires. Ce serait une touche importante, car on sait être en lien avec les autres professionnels de santé, ou bien que ce soit avec les hôpitaux, les équipes mobiles, les services d'aide à domicile ou les EHPAD, on sait faire. Donc voilà un des bénéfiques, et pas des moindres.

EB : Oui, et c'est de bien orienter la personne, même si c'est quand même bien fait, cela pourrait permettre d'être sûr, de ne pas se tromper dans la décision même. Car on pourrait faire hospitaliser la personne si on pense que c'est pour son bien ou bien éviter de l'hospitaliser à l'inverse.

EG : Et aussi un autre bénéfice, c'est spécifique là à la prise en soin ergo, par exemple au SSR, on va avoir un regard sur le domicile de la personne qui est assez tardif en général, voire pas du tout. Du coup ce serait pertinent là, de débiter la prise en soin avec un regard déjà sur le domicile de la personne et même sur son environnement humain. On pourrait mettre à jour les problématiques spécifiques de la personne dès son orientation en fait.

*CF : Est-ce que vous voyez d'autres freins plus globaux ?*

EB : C'est un peu comme toujours, après je ne veux pas être trop négative mais l'ergothérapie n'est pas connue ou reconnue, donc on ne va pas forcément penser à faire appel à nos compétences car même des fois, sur le terrain, les professionnels ne savent pas trop à quoi on sert. Donc, un des freins serait peut-être sur la reconnaissance de notre métier oui. Même si ça va un peu mieux, je pense qu'il y a encore des progrès à faire en France. Et aussi, je dirais le nombre d'ergothérapeutes, on n'est pas nombreux et on a déjà beaucoup de besoin dans les EHPADs par exemple et on ne peut pas y survenir, alors est-ce qu'on n'est pas assez ou pas assez connu...

EF : Après, je pense qu'il y a aussi la notion d'urgence, car les pompiers seront dans l'urgence de faire etc. Et nous, on serait plus là en voulant prendre le temps avec la personne, de l'observer alors qu'eux ils seront sûrement dans la notion de "tout va bien, on la relève, on fait notre rapport et on s'en va !". Du coup, la limite serait de s'imposer et de dire "on fait étape par étape..." en prenant notre temps, mais on le sait, dans ces métiers-là, il faut éviter de prendre trop de temps.

*CF : Oui je suis entièrement d'accord, le facteur temps est à prendre en considération surtout que le relevage de personne, ce n'est pas la mission qui leur plait le plus.*

ED : Je peux comprendre que ça doit être agaçant de répéter les interventions chez une personne plusieurs fois. Comme on sait qu'il y a des personnes qui sollicitent tous le temps les pompiers pour des chutes, on peut comprendre que ce n'est pas forcément plaisant. Et c'est vrai que ça pourrait être valorisant, s'il y avait un aspect éducatif, accompagner la personne correctement pour qu'elle se mette debout etc. Après c'est plus éducatif que de l'urgence.

EE : Si, ce que je peux rajouter quand même c'est que je pense que ce serait un avantage pour les personnes âgées, quand elles ont un service comme les SPASAD, là les ergothérapeutes travaillent directement avec les infirmiers, aides-soignants et aides à domicile. Ainsi, il a la possibilité de faire un résumé de la situation actuelle et une évaluation de l'environnement directement. Et je pense que le lien direct entre les secours et l'ergothérapeute est compliqué car bien souvent, cela peut être l'aide-soignant, l'aide à domicile ou l'infirmier qui trouve la personne au sol lors de sa visite. Alors je pense, que ça peut être un avantage d'avoir ces intermédiaires, mais en même temps, un inconvénient car le lien direct entre les ergothérapeutes et les secours est plus compliqué à se mettre en place. Du coup, je pense qu'il faudrait trouver une grille à donner peut-être aux soignants du domicile pour qu'ils puissent la transmettre aux secours.

EG : Et l'idée de EE, ça permettrait aussi de ne pas mettre dans l'obligation les intervenants et les secours de prolonger leur intervention, afin de faire une évaluation supplémentaire puisqu'elle serait déjà faite. Ça pourrait les aider aussi.

*CF : Oui effectivement, tu sous-entends en fait que l'évaluation déjà faite serait relayée directement par les professionnels présents au domicile quotidiennement ?*

EE : Oui c'est ça.

*CF : D'accord, du coup, si vous n'avez pas d'autres remarques, je vais pouvoir conclure ce focus groupe. Je trouve que tous les points évoqués cette après-midi ont été vraiment très intéressants. Et je voulais savoir si ça vous a plu d'y participer ?*

EF : Très intéressants, ça permet de rebondir sur les idées.

ED, EG : Oui

EB : Oui c'était vraiment intéressant et c'est un très bon sujet.

EA : Ayant déjà participé à un focus groupe où j'étais la seule à distance, je n'entendais pas bien les propos des autres ergothérapeutes et j'avais un peu décroché. Là, j'ai trouvé vraiment ça bien de l'avoir fait à distance et c'était un sujet intéressant.

EC : C'était chouette de pouvoir échanger avec d'autres ergothérapeutes autour de ce sujet oui, si tu as besoin de plus d'informations, n'hésites pas.

*CF : Merci en tout cas à tous pour votre participation et je suis ravie si ça vous a plu. Bonne journée et à bientôt !*

## L'apport de l'ergothérapie dans les prises en soin aiguës des personnes âgées chuteuses à domicile : la collaboration avec les services de secours

---

**Introduction :** Les chutes des personnes âgées à domicile représentent un enjeu de santé publique en France. De nombreux professionnels interviennent en systémie afin que la personne âgée chuteuse ait une prise en soin globale. Les premiers intervenants au domicile sont, dans la majeure partie des cas, les sapeurs-pompiers. Ils contribuent, en téléphonant au médecin régulateur du SAMU, à l'aide à la prise de décision de transporter ou non la personne âgée chuteuse aux urgences. Les ergothérapeutes effectuent une prise en soin holistique de la personne âgée chuteuse, cette prise en soin étant rééducative, réadaptative ou éducative. A ce jour, ils n'interviennent pas dans la prise en soin aiguë en collaboration avec les secours en France.

**Objectifs :** Les objectifs de cette étude sont d'identifier les pratiques des ergothérapeutes auprès des personnes âgées chuteuses à domicile en identifiant les effets et les limites qu'il pourrait y avoir quant à une collaboration avec les services de secours d'urgence en aiguë. Ainsi, quelle pourrait être la place de l'ergothérapeute dans l'aide à la prise de décision quant au transport ou non des personnes âgées chuteuses à domicile ?

**Méthode :** Deux focus groupes ont été réalisés avec des ergothérapeutes diplômés d'état Français exerçant ou ayant exercé auprès des populations gériatriques.

**Résultats :** 12 ergothérapeutes ont participé à notre étude : 5 sur un premier groupe et 7 sur un second. La majorité des participants ont trouvé que les ergothérapeutes avaient de nombreuses compétences quant à la prise en soin aiguë des personnes âgées chuteuses à domicile. Néanmoins, de nombreuses limites et freins ont été identifiés quant à la faisabilité d'une collaboration avec les secours pour l'aide à la prise de décision.

**Conclusion :** Les ergothérapeutes se sont basés sur leurs expériences de prise en soin des personnes âgées chuteuses, et ont trouvé de nombreux intérêts quant à la contribution de l'ergothérapie pour l'aide à la prise de décision lors des prises en soin aiguës. Cependant, notre étude reste limitée quant à la significativité de nos résultats.

---

Mots-clés : chutes, ergothérapie, prise en soin aiguë, personnes âgées, domicile, secours, prise de décision, collaboration

## The contribution of occupational therapy in the acute care of the elderly who are falling at home : collaboration with the emergency services.

---

**Introduction:** Falls of the elderly at home are a public health issue in France. Several professionals intervene in the system to ensure that the elderly person who fell at home receives comprehensive care. The first responders at home are in most cases the firefighters. They contribute, by calling the SAMU regulatory doctor to help him to make the decision to transport the elderly person to the emergency room or not. Occupational therapists provide holistic care for the elderly person who has fallen. This care is re-education, rehabilitative or educational. As off today, they do not engage in acute care in collaboration with the emergency services in France.

**Objectives :** The objectives of this study are to identify the methods of occupational therapists working with elderly people who fall at home. This is done by identifying the effects and limitations that could happen when collaborating with emergency services in acute care. For example, what role could occupational therapists play in helping to make decisions about whether or not to transport elderly people who fall at home?

**Method:** Two focus groups were carried out with occupational therapists with a French state diploma who work or have worked with geriatric populations.

**Results:** 12 occupational therapists participated in our study: 5 in the first group and 7 in the second. The majority of participants reported that occupational therapists had many skills in the acute care of elderly people with falls at home. Nevertheless, many limitations and obstacles were identified regarding the feasibility of collaborating with the emergency services to assist in decision making.

**Conclusion:** Occupational therapists relied on their experiences in caring for elderly people with falls and found several interests in the contribution of occupational therapy to help support in acute care. However, our study remains limited in terms and the interpretation of results needs to be carefully done.

---

Keywords : Falls, Occupational therapy, acute care, elderly people, home, emergency, decision making, collaboration

