



HAL
open science

Le retour à domicile de la personne vieillissante après une chute

Claudia Rippert

► **To cite this version:**

Claudia Rippert. Le retour à domicile de la personne vieillissante après une chute. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269874

HAL Id: dumas-02269874

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269874>

Submitted on 23 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



Ecole des sciences de la réadaptation

Formation Ergothérapie

Claudia RIPPERT

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à
la recherche

16/05/2019

**Le retour à domicile de la personne vieillissante
après une chute**

Sous la direction de

ALBUQUERQUE Sophie

GUERIN Bénédicte

Diplôme d'état d'ergothérapie

Sommaire

1.	Introduction.....	1
1.1	Présentation du thème	1
1.2	Revue de littérature	4
1.2.1	Analyse de la revue de littérature.....	6
1.3	Enquête exploratoire	13
1.4	Résultats.....	15
1.4.1	Analyse des résultats.....	15
1.5	Le cadre de référence	17
2.	Matériel et méthode	20
3.	Résultats.....	26
4.	Discussion	36

Remerciements

Je tiens à remercier mes référentes de mémoire, Bénédicte GUERIN et Sophie ALBUQUERQUE pour leurs encouragements et leurs conseils.

Je remercie également mes parents, Françoise et Alain RIPPERT, pour leur écoute et leur soutien depuis le début de mes études.

Enfin je remercie mes amis, plus particulièrement Caroline, Anaïs, et Alan, pour leur appui au cours de la formation jusqu'à l'aboutissement de notre mémoire.

1. Introduction

1.1 Présentation du thème

- Contexte

Le choix du thème est issu d'une analyse de pratique en structure hospitalière, dans laquelle un décalage a été observé entre la théorie et la pratique. En effet, ce point de rupture est associé aux difficultés rencontrées par les personnes vieillissantes pour envisager le retour à domicile. Ce constat met en évidence une récupération incomplète des capacités, une peur de chuter à nouveau qui est d'autant plus marquée par le changement des habitudes de vie. Ensuite concernant la dimension sociale, il existe des difficultés de sortie dues aux indemnités tardives, vis-à-vis d'un besoin prioritaire d'aménagement du domicile et d'aides humaines. De ce fait, ces observations interrogent le besoin d'un relai de professionnels au domicile de la personne vieillissante après sa sortie.

Dans le cadre d'un service de médecine physique et de réadaptation, la finalité des interventions auprès des personnes vieillissantes consiste à permettre un retour à domicile rapide. Pour cela, l'équipe pluridisciplinaire établit un programme individualisé avec des objectifs spécifiques en fonction des besoins et des attentes de la personne.

- Thème général

Le retour à domicile de la personne vieillissante après une chute est un enjeu actuel, illustré par un article scientifique qui appuie la pertinence de ce constat. Il en ressort que la durée prolongée de séjour est repérée par les « difficultés de sortie des structures hospitalières de court séjour et de soin de soin de suite » (1).

Il s'agit de comprendre quels sont les liens existants entre les différents facteurs impliqués dans la préparation du retour à domicile. Mais aussi de quelle façon ces derniers impactent sur la qualité du suivi des personnes vieillissantes.

Cette situation soulève des questions générales :

Pourquoi la fin de prise en charge en structure hospitalière peut être difficile à concevoir selon les personnes ?

De quelle façon favoriser l'implication de la personne vieillissante ?

Quels moyens disposent les ergothérapeutes pour préparer le retour à domicile ?

Les champs disciplinaires impliqués sont en lien avec l'aspect psychologique, concernant l'accompagnement des personnes vieillissantes vers l'élaboration du projet de retour à domicile. Cela implique une intervention centrée sur la personne. Ensuite l'aspect médical considérant la récupération physique après une chute, mais aussi les sciences humaines et sociales sont impliquées au regard de la participation de la personne à la société. Enfin, les sciences de l'occupation sont marquées par l'importance de préserver les activités significatives des personnes vieillissantes, pour favoriser leur qualité de vie au domicile.

- Les enjeux

Il existe un enjeu économique lorsque les institutions abordent « qu'un nombre significatif de patients embolise les lits » et ralentissent la fluidité du service. Les auteurs s'interrogent sur « le glissement sémantique du champ médical à celui de la gestion. » (1) Cela conduit à des questionnements sur la qualité de l'établissement soignant, qui considère la personne prise en charge « embole » comme une problématique dans son fonctionnement (1).

De plus, une note de synthèse de l'ANFE publiée en janvier 2019 souligne un enjeu de santé publique. Elle concerne les recherches effectuées sur la contribution des ergothérapeutes dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie. En effet en 2060, un tiers des français auront plus de 60 ans. L'avancée en âge des français suscite des interrogations quant au système de santé, et notamment sur la qualité de vie des sujets âgés et les modalités d'accompagnement. Ce constat implique un questionnement sur la viabilité du système, en considérant les stratégies de prévention existantes pour limiter les besoins d'accompagnement et favoriser l'autonomie des personnes à domicile.

Enfin l'enjeu pour les ergothérapeutes, comme pour les autres professionnels de la santé, se situe dans la continuité des soins à la sortie d'hospitalisation pour éviter la ré hospitalisation des personnes vieillissantes.

Concernant la résonance de ce thème, il s'agit d'une question socialement vive liée à la complexité des situations rencontrées par cette population, qui met en évidence une problématique de retour à domicile avec des enjeux sociaux politiques importants. En effet dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée après une chute, il se pose la question d'une prise en compte des séquelles physiques mais aussi des atteintes psychologiques associées.

Notamment le trouble de stress post traumatique, la dépression, et les troubles anxieux pouvant influencer l'élaboration du projet de vie de la personne. En effet ces pathologies chroniques et invalidantes interrogent sur la notion de prévention. (2) Cependant d'après le journal européen des urgences publié en mai 2007, après un accident de la voie publique la recherche des facteurs de risques d'un syndrome de stress post-traumatique n'est pas toujours réalisée lors de l'examen clinique initial aux urgences. L'information des patients concernant les conséquences psychologiques à la suite d'un traumatisme serait « insuffisante dans ces circonstances » (3). De plus, l'information sur l'importance du dépistage des facteurs de risque précoces dans la prise en charge des accidentés doit être renforcée. (3)

Cette réflexion démontre l'utilité de potentialiser la prise en charge vers une approche centrée sur la personne, en prévision d'un retour à domicile. En effet il semblerait judicieux de s'intéresser au projet de vie de la personne avant de constater l'écart existant avec la réalité du monde extérieur au moment de la sortie. Notamment en prévention des difficultés de sortie de la personne âgée du fait de la sévérité de l'atteinte et des incapacités associées, mais aussi d'un environnement écologique inadapté. (1) L'objectif de l'ergothérapeute est d'axer son intervention sur l'accompagnement et la prévention, pour limiter les risques de chute et favoriser la qualité de vie des personnes vieillissantes à domicile. Il s'agit alors d'appliquer des mesures thérapeutiques selon le motif d'hospitalisation, pour permettre au patient une ré autonomisation et envisager un retour à domicile avec un soutien adapté. Pour cela, une évaluation des besoins médico sociaux et socio sanitaires est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire. (4)

« L'approche centrée sur la personne, méthode mise au point par le célèbre psychologue américain Carl Rogers, se veut centrée sur la personne et non sur un problème, une maladie ou un symptôme particulier. 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. Il s'agit donc de relancer ce processus spontané qui a été entravé. » (5)

En effet cette approche utilisée dans l'accompagnement des personnes, favorise une meilleure connaissance d'elles-mêmes et de leur fonctionnement. Il s'agit d'informer les personnes pour leur permettre de s'épanouir, de s'adapter à leur environnement, et de faciliter les interactions avec le monde extérieur. Cette approche amènerait alors la personne à se recentrer et « s'accepter dans sa globalité ». (6)

Ainsi l'ergothérapeute exerçant dans une institution est amené à utiliser différents moyens pour préparer le retour à domicile de la personne vieillissante.

1.2 Revue de littérature

- Choix des bases de données

Concernant le choix des bases de données, Pubmed regroupe une diversité d'articles scientifiques et médicaux à partir de sources d'articles anglophones. Il s'agit d'identifier les différentes modalités de retour à domicile existantes, et offrir une comparaison avec les pratiques des pays anglosaxons. (7)

Ensuite ScienceDirect propose un large choix d'articles scientifiques, médicaux, techniques, traduits de l'anglais, en lien avec les sciences de la santé, et les sciences humaines et sociales. (8)

Puis EM Premium est utilisé pour ses publications de référence en français et en anglais, s'intéressant à la psychologie mais aussi au domaine médical et paramédical. (9)

Enfin la base de données AMU propose un large choix d'articles scientifiques en français et en anglais, issus des bibliothèques d'Aix Marseille Université et accessibles en ligne.

Enfin la réalisation d'une enquête exploratoire auprès des structures de Soins de Suite et de Réadaptation permettra de compléter les apports théoriques développés dans la revue de littérature. L'objectif est de décrire la participation des ergothérapeutes dans le retour à domicile des personnes vieillissantes hospitalisées après une chute. Notamment les solutions existantes pour favoriser leur ré autonomisation dans un environnement écologique.

- Choix des mots clés

Pour convoquer la littérature professionnelle scientifique disponible sur les bases de données, les mots clés sont choisis à partir des interrogations relatives aux durées des prise en charge :

- « Retour à domicile », pour définir les problématiques de sortie, et étudier les moyens favorisant l'accompagnement de la personne vieillissante dans ce processus.
- « Personne vieillissante », afin de sélectionner des articles en lien avec la population ciblée.

- « Chute », pour orienter mes recherches vers un motif d'hospitalisation lié à traumatologie, dont dépendra les moyens utilisés par les professionnels pour répondre à des besoins spécifiques.
- « Ergothérapie », pour trouver des écrits concernant la pratique professionnelle et les stratégies utilisées. (10)

Ensuite les articles scientifiques anglophones sont recherchés sur les bases de données Pubmed et AMU. Les mots clés utilisés sont : « older », « fall people », « discharge », « home » et « OT ». Certains termes seront susceptibles d'être retirés si les critères de la recherche ne permettent pas de révéler des résultats représentatifs.

Les articles sélectionnés à partir des bases de données sont retranscrits dans un tableau. (Cf Annexe 1)

- Critères de sélection

Les références sont sélectionnées à partir de différents critères.

Critères d'inclusion :

- Articles scientifiques et universitaires : pour appuyer la recherche de données probantes et professionnelles.
- Textes intégraux : pour explorer la totalité de l'article afin d'en retirer les informations les plus pertinentes.
- Personnes vieillissantes dans un contexte d'hospitalisation : pour limiter la sélection des articles à une population ciblée.
- Le phénomène de chute : pour définir la fréquence d'apparition de ce phénomène dans le contexte sociétal actuel.
- L'accompagnement en ergothérapie : pour décrire l'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes vieillissantes.
- Le retour à domicile : pour définir les éléments existants permettant de répondre à cet enjeu actuel.

Critères d'exclusion :

- Les enfants et adultes, car la recherche s'intéresse aux personnes vieillissantes.

- Les personnes atteintes d'une maladie dégénérative, impliquant une diminution progressive de l'autonomie, associée au caractère évolutif de la pathologie.
- Les troubles psychiatriques, qui ne sont pas liés au traumatisme de la chute.

1.2.1 Analyse de la revue de littérature

- Etat des lieux

Afin d'élaborer une intervention cohérente avec le retour à domicile de la personne vieillissante, il convient d'évaluer les besoins et les attentes liés aux répercussions de la chute sur la vie quotidienne. De manière à comprendre la prise en soin de la personne vieillissante dans le système de santé actuel, il convient d'analyser le contexte d'hospitalisation suivant la chute.

- Système d'hospitalisation :

Dans l'article intitulé « Circuits hospitaliers d'urgence des personnes âgées : expérience de transfert en unité de médecine interne et gériatrie » (11), sur ScienceDirect sous la direction de O. Saint Jean, implique l'unité de médecine interne et gériatrique de l'hôpital Charles-Foix, et le service des urgences médecine de l'hôpital Kremlin-Bicêtre. Cette étude porte sur l'analyse des durées de séjour des personnes vieillissante aux urgences et l'impact de la collaboration entre le service d'urgence, et le relai des unités de médecine interne et gériatrie. En effet les résultats tendent à dire que l'hospitalisation est néfaste pour le sujet âgé (grabatisation) et pour le système de soins (coût élevé et mauvaise utilisation des lits). Notamment dans le cas des chutes de la personne vieillissante pouvant se traduire par une multitude d'étiologie sans que l'examen médical ne soit concluant. De ce fait, seule une structure hospitalière de court séjour compétente pour le soin gériatrique permettrait une prise en charge optimale et un diagnostic rapide du fait d'une meilleure accessibilité du plateau technique. La solution serait alors de coupler les unités de médecine interne à orientation gériatrique avec les urgences des hôpitaux, tout en développant des alternatives à l'hospitalisation, et à sa poursuite une fois le problème médical aigu réglé.

- La chute :

Le phénomène de chute de la personne vieillissante est un phénomène actuel décrit notamment dans l'article : « La chute de la personne âgée, des facteurs de risques à la prévention » (12) sur EmPremium, réalisé par les médecins Frédéric Bloch et Clémence Bouilly, mais aussi Gaëlle Bourgoïn qui est ergothérapeute au pôle gérontologique de l'hôpital Broca.

Cet article traite des facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques pour établir les causes de la chute, mais aussi les conséquences physiques et psychologiques des chutes. Il en ressort que la personne vieillissante ne se sent pas concernée par la prévention primaire qui n'a pas fait preuve son efficacité avant que la chute ait lieu. En revanche la prévention secondaire prend toute sa place après une chute, traduit par l'engagement de la personne vieillissante à maintenir son autonomie et sa qualité de vie au domicile pour éviter une ré hospitalisation.

En effet, la qualité de vie de la personne vieillissante est représentée par la perception qu'elle en a. Cet aspect est souligné dans l'article : « La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe ? » (13), sur Empremium, qui est réalisé par V. Cayado et R. Chahbi, docteurs en psychologie, sociologie et gérontologie. Les résultats démontrent que les personnes âgées de 77 ans en moyenne, vivant seule ou en couple expriment un sentiment général de sécurité à leur domicile. En effet la sous-estimation des risques domiciliaires serait liée à des facteurs environnementaux et comportementaux associés à des conduites à risque. Cependant la prise de risque ne serait pas forcément lié à la méconnaissance du danger, mais à des activités quotidiennes réalisées au domicile depuis plusieurs années. Ainsi tout l'enjeu serait de désamorcer des processus de pensée impliquant des conduites à risques, sans pour autant nuire au libre arbitre et au choix de vie de la personne. Pour cela il convient de tenir compte des motivations et des intérêts des individus pour amorcer une conduite de changement, sur un plan comportemental et environnemental.

- Problématiques de sortie

D'une part, la capacité d'une personne à s'impliquer dans un projet de retour à domicile est liée à des facteurs intrinsèques physiques, psychologiques. D'autre part il existerait des facteurs extrinsèques sociaux, économiques, et politiques.

- Problématique économique :

Le retour à domicile de la personne vieillissante est influencé par des contraintes institutionnelles. En effet ce phénomène est illustré dans l'article suivant :

« Difficultés de sortie du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle... au projet de vie. Quel accompagnement en ergothérapie pour trouver le sens de la sortie ? » (1). Cet article est issu de la base de données ScienceDirect, réalisé par M. Cœur-Larreur appartenant au service d'ergothérapie de l'Argentière, D. Malifarge cabinet de psychologie, et S. Lefèbvre au service de médecine physique et de réadaptation du centre hospitalier de Mulhouse.

L'étude aborde la problématique des durées d'hospitalisation sur la préparation du retour à domicile. En effet, les difficultés de sorties seraient liées à des séjours prolongés interrogeant le fonctionnement de l'institution et le projet de vie du patient. Il y aurait une inadéquation entre ce projet et l'offre existante en considérant les déficiences de la personne, ses incapacités, et le contexte défavorable de l'environnement. Ces situations interrogent alors le contexte actuel de financement des structures SSR¹. En effet la durée des séjours comme un critère déterminant de valorisation financière, s'opposerait à la réalisation des missions de réinsertion qui incombent aux établissements de Soins de Suite. En effet il conviendrait d'évaluer chaque personne dans son contexte sociétal, afin d'effectuer des liens de causalité entre la participation et l'exclusion sociale, pouvant entraîner un sentiment de souffrance et d'insécurité. Le rôle de l'ergothérapeute serait de favoriser la transition entre le monde hospitalier et la vie sociale. Pour cela, il convient d'accompagner les personnes dans la réalisation d'activités significatives orientées vers l'autonomie. L'objectif étant d'inciter les personnes à se projeter vers l'avenir en tenant compte de leur projet de départ, pour assurer un retour dans la communauté. (1)

Le constat des difficultés de sortie est également soulevé dans un article issu de ScienceDirect : « Sortie des personnes âgées après la chirurgie entre réhabilitation précoce et demande de convalescence ». (14) Cette étude réalisée par A.F Bouras appartenant au service de chirurgie générale et digestive du centre hospitalier de Germon-et-Gauthier, argumente les difficultés de sortie de la personne vieillissante qui seraient liées à des pathologies nécessitant des soins de suite. De plus, des facteurs extra médicaux y seraient impliqués, comme l'environnement physique et humain pouvant retarder la sortie. Les institutions libérales et publiques n'auraient pas les mêmes exigences de rendement ce qui implique une réduction des durées d'hospitalisation. La sortie des personnes vieillissantes apparaît alors comme un enjeu économique majeur de santé en cette période de restrictions budgétaires. (14)

- Problématique de récurrence :

Ensuite, lorsque la personne vieillissante retourne à son domicile après l'hospitalisation, il convient de s'interroger sur la problématique de récurrence de chute.

En effet un article issu de ScienceDirect réalisé par F. Bloch qui est médecin gériatre, souligne cette problématique : « Complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée » (15).

¹ Soins de Suite et de Réadaptation

En effet, la chute chez de la personne vieillissante est la première cause de mortalité par accident de la vie courante en France. Le taux de mortalité est estimé à 18.5/100000 chez les plus de 75 ans. En effet la mortalité dans les suites immédiates d'une fracture du col du fémur est une des causes principales de mortalité chez les plus de 65 ans. Le docteur Bloch mentionne notamment qu'il ne faut pas sous-estimer les répercussions psychologiques de la chute pouvant entraîner un syndrome de désadaptation motrice. En effet, la peur de chuter entraîne une réduction de l'autonomie et un risque d'entrée en institution. Les conséquences psychologiques et les répercussions du maintien prolongé au sol ont un réel retentissement sur le plan médical, de l'autonomie, et de la qualité de vie de la personne. Cet article appuie l'importance de développer des stratégies de prévention adaptées, en fonction des causes pouvant compromettre la survie, comme l'immobilisation au sol et l'incapacité de se relever. Il est donc nécessaire de déployer tous les moyens pour avoir une réelle efficacité dans cette grave problématique. (15)

Enfin un article issu de ScienceDirect porté sur les facteurs prédictifs de ré hospitalisation, souligne l'importance de la problématique de récidence : « Ré hospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post urgence : taux et facteurs prédictifs » (16). Cette étude met en évidence un réel enjeu économique d'une perte d'autonomie liée à la ré hospitalisation de la personne vieillissante. En effet, le taux à un mois atteint 14% en France, impliquant un coût estimé à 8 milliards d'euros en 2004. L'étude réalisée sur une cohorte de personnes vieillissantes de 75 ans et plus, hospitalisées dans un service de médecine polyvalent. Les résultats ont démontré un taux de ré hospitalisation en médecine à un mois des personnes âgées de 75 ans et plus égal à 16.3 %, ce qui corrobore avec le taux de 14% rapporté par l'étude « sujet âgé fragile : évaluation et suivi (SAFES) ». Cette étude prédit les facteurs de ré hospitalisation d'une personne vieillissante, qui représentent des obstacles pour sa sortie. Il en ressort deux facteurs prédictifs de la ré hospitalisation à moins d'un mois. Tout d'abord les hospitalisations multiples, mais aussi l'existence d'une confusion chez les sujets âgés non déments. En effet les résultats démontrent que le recours au SSR, et la prise en charge sociale avec la majoration des aides à domicile, ne semble pas réduire les ré hospitalisations des personnes vieillissantes. Il paraît alors intéressant d'explorer l'hypothèse que la prévention primaire en amont de l'hospitalisation initiale aurait un impact sur la diminution des récurrences. (16)

- Moyens d'intervention
- Favoriser l'implication :

Concernant les recherches effectuées sur la base de données Pubmed, les mots clés utilisés ont été élargi à : « planning discharge », « older » et « fall » au vu de la restriction des résultats.

De ce fait, l'implication de la personne vieillissante dans son projet de retour à domicile est illustrée dans l'article : « Planning older people's discharge from acute hospital care : linking risk management and patient participation in decision-making » (17). Cet article décrit une étude pilote visant à mettre au point une méthodologie adaptée pour étudier le contexte organisationnel de la participation des personnes vieillissantes à la prise de décision de leur sortie. Les résultats ont démontré une absence de participation des patients dans la majorité des cas échantillonnés, avec un manque d'implication lié à des facteurs impliquant la diminution des capacités physiques et mentales, un statut social réduit, et l'influence du niveau d'éducation. De plus, certains facteurs liés au manque de ressources à l'hôpital ou dans la communauté affecteraient la prise de décision. Enfin il ressort que la prise de décision partagée avec le patient favoriserait son autonomie (Beauchamp et Childress 1994). Cependant la prise en compte des risques dans la décision implique la notion de confiance et de responsabilité. (17)

La notion d'engagement est également soulignée dans l'article : « Investigating the relationship between reduced self-awareness of falls risk, rehabilitation engagement and falls in older adults » (18), issu de la base de données AMU. Cette étude vise à déterminer la perception du risque de chute par les personnes vieillissantes après leur sortie d'hospitalisation, auprès d'un échantillon comprenant 91 personnes en phase de réadaptation. La perception du risque de chute a été évalué à travers l'échelle Self-Awareness of Falls Risk Measure (SAFRM), concernant les risques de chutes, pour déterminer s'il existe un lien avec l'engagement dans la réadaptation. Les résultats démontrent un lien existant en la perception du risque de chute et l'engagement de la personne, mais aucun lien clair n'a été établi entre la conscience de soi et les chutes. En revanche, la conscience de soi serait fortement liée à une réduction de l'engagement et de la motivation à l'égard de la prise en charge. Ainsi les thérapeutes seraient amenés à accompagner les personnes vieillissantes vers la perception des risques chutes, pour ensuite agir sur leur engagement dans le projet de retour à domicile. (18)

- Adapter l'environnement :

L'environnement physique est représenté dans l'article « La visite préalable au retour à domicile » (19), sur EmPremium, de Helene Blond, ergothérapeute en unité de cours séjour gériatrique. Cette étude détaille les modalités d'évaluation du domicile par l'ergothérapeute.

Il s'agit d'évaluer les facteurs pouvant entraver ou faciliter l'indépendance et l'autonomie de la personne, en tenant compte des aspects personnels et environnementaux. Enfin l'étude du lieu de vie et les mises en situations vont permettre à la personne vieillissante, son entourage, et l'équipe soignante, d'établir un projet de vie adapté à des nouveaux besoins, dont la pérennité est assurée en partenariat avec le réseau de ville. (19)

L'intérêt d'aménager le logement est d'ailleurs souligné dans l'article : « Environmental Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older People » (20), à partir de la base de données AMU. L'objectif est d'étudier l'efficacité des interventions environnementales sur la réduction des chutes des personnes vieillissantes vivant en collectivité. Pour cela une méta analyse a été réalisée et tenant compte des changements de comportements individuels, des interactions avec l'environnement et sa gestion. Notamment le changement organisationnel et la prise de décision des personnes. Les résultats démontrent que les interventions à domicile ont permis de réduire de 21% les risques de chute dans toutes les études, et de 39% dans les populations à haut risque de chute. Notamment des personnes ayant des antécédents de chute la dernière année, qui ont été hospitalisées avec un déclin fonctionnel et une déficience visuelle grave. En effet les résultats de cette étude ont un impact sur les politiques, les pratiques et les ressources. Ces conséquences amènent des recommandations sur l'intérêt des interventions environnementales réalisées par des professionnels formés, et offertes aux populations à risque.

Ensuite la considération de l'environnement humain dans le retour à domicile, est étudiée dans l'article : « Le retour à domicile des personnes âgées hospitalisées : objectif utopiste ou réaliste ? » (4), sur EmPremium, réalisé par N. Kadri qui est le chef de service Gériatrie de l'Hôpital Saint Julien. Cet article traite des mesures de prise en charge des patients gériatriques, et considère également les difficultés rencontrées par les aidants dans le retour à domicile et l'accompagnement de la personne vieillissante. C'est le rôle des soignants d'expliquer à l'entourage les projets de vie proposés à la sortie de leurs parents. Il s'agit également d'un enjeu de sensibilisation de la population, à une meilleure connaissance des éventuelles conséquences du vieillissement, et d'une possible évolution vers la dépendance. (4)

De plus, les missions de l'ergothérapeute auprès des personnes vieillissantes avec un risque de chute sont développées dans l'article : « Le rôle de l'ergothérapeute en gériatrie » (21), sur EmPremium, réalisé par A. Villaumé appartenant au pôle gériatrique de l'hôpital Paul-Brousse. Cet article explique la place des ergothérapeutes auprès des personnes vieillissantes avec un risque de chute.

Notamment dans l'évaluation et le diagnostic, les mesures de réadaptation motrices et cognitives, l'intérêt de la prévention des risques de chutes, la préconisation d'aides techniques, et enfin l'éducation thérapeutique des patients et leur entourage, mais aussi des soignants pour participer à la qualité des soins.

- Collaboration avec les équipes de l'ambulance :

Tout d'abord, la collaboration pluridisciplinaire est représentée dans l'article : « Le retour à domicile » (22), sur ScienceDirect, réalisé par I. Marin et J-M Coursier, appartenant au réseau Onconord Sarcelles et un hôpital privé. Il aborde l'enjeu économique du retour à domicile impliquant la problématique des nouveaux besoins en matériel et en aide humaine au moment de la sortie. En effet cet article appuie l'importance de passer le relai aux équipes de maintien à domicile au moment de la sortie. De ce fait, une collaboration étroite avec les professionnels en charge de l'évaluation des besoins de la personne, permettrait une meilleure adaptation des prescriptions, en fonction du domicile et de l'objectif de soin. (22)

Enfin l'intérêt d'assurer une collaboration est souligné dans : « Intérêt de l'optimisation du retour à domicile après une chute pour prévenir la survenue d'une nouvelle chute » (23), sur EmPremium, qui est un article scientifique du NPG Neurologie, psychiatrie, gériatrie du Docteur N. Schwald et le Docteur Bloch appartenant à l'équipe d'intervention gériatrique de Cochin. Cet article appuie l'importance des équipes mobiles gériatriques spécialisées dans le retour à domicile des personnes vieillissantes après une chute. Il s'agit alors d'en définir les causes par un bilan étiologique aux urgences, et prendre en charge immédiatement la chute pour limiter les complications.

Enfin l'intérêt du travail en équipe est souligné dans l'article « Chute de la personne âgée de la nécessité d'un travail en réseau » (24), sur EmPremium, réalisé avec B Auvinet, G Berrut, C Touzard, L Moutel, N Collet, D Chaleil, E Barrey qui sont des praticiens appartenant au centre hospitalier de Laval, Angers et Château Gontier. Il s'agit d'une analyse comparative de patients chuteurs et non chuteurs, à travers l'évaluation des activités de la vie quotidienne selon l'échelle de Katz et tests de Tinetti. Il s'avère que les variables mesurées sont significativement altérées chez le sujet chuteur. De ce fait, la constitution d'un réseau chute apparaît nécessaire pour assurer une prise en charge précoce de la personne vieillissante après une chute. (24)

Pour conclure cette partie, les articles scientifiques révèlent un constat de difficultés de sortie pouvant être liées à des situations multi factorielles. Pour répondre à ces difficultés, il conviendrait de s'intéresser aux ressources humaines et sociales des institutions.

L'objectif serait alors d'optimiser le temps d'hospitalisation vers la réalisation du projet de retour à domicile établi avec la personne vieillissante. En effet il apparait nécessaire de favoriser la participation du patient dans la préparation du retour à domicile, mais aussi adapter son environnement physique et humain à des nouveaux besoins au moment de la sortie. De plus, il semble essentiel d'assurer une étroite collaboration entre la personne vieillissante, son entourage et l'équipe soignante. Enfin il serait intéressant d'établir un relais après la sortie de la personne, en faisant des liens avec les équipes ambulatoires spécialisées dans le maintien à domicile.

1.3 Enquête exploratoire

- Objectifs visés

Une enquête exploratoire est réalisée pour établir un état des lieux des pratiques professionnelles en ergothérapie, concernant le retour à domicile de la personne vieillissante après une chute. Cette enquête a pour objectif de vérifier l'hypothèse qu'il existe des difficultés de sortie, qui ont été soulignées dans la revue de littérature. Il s'agit également de mesurer la satisfaction des ergothérapeutes, sur l'organisation des soins et la préparation à la sortie.

- Population

La population visée concerne les ergothérapeutes exerçants dans une structure hospitalière, qui ont été confrontés à des cas de retour à domicile de personnes vieillissantes après une chute.

- Sites d'exploration

Les sites d'exploration se situent dans les services de traumatologie, car la recherche s'intéresse au phénomène de chute, et aux moyens utilisés par les ergothérapeutes pour préparer le retour à domicile.

- Choix de l'outils

L'utilisation d'un questionnaire est indiquée pour décrire les différents facteurs pouvant influencer la préparation du retour à domicile. Il a pour objectif de toucher un plus large public d'ergothérapeutes français, à travers sa diffusion par les réseaux sociaux notamment. De plus, cet outil garantit l'anonymat des personnes interrogées. Enfin les résultats de cette enquête exploratoire permettront d'identifier les problématiques actuelles que les ergothérapeutes peuvent rencontrer sur le terrain.

- Anticipation des biais

D'après la lettre du CEDIP associée au Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines publiée en avril 2014, toute méthode de recueil d'information comporte des biais. (25)

- Biais méthodologique : Un recueil d'informations insuffisant ou une mauvaise formulation des questions.

Pour cela il convient de prévoir la collecte des données (enregistrement audio), poser des questions simples et précises, et anticiper la formulation de questions en amont de l'entretien. Enfin il est nécessaire de s'informer sur le domaine d'activité des ergothérapeutes pour réaliser l'échantillon d'enquête.

- Biais affectif : L'humeur de la personne interrogée peut entraîner une déformation du jugement.

Pour éviter ce biais il faut avoir conscience de ces états, pour prendre du recul sur la situation et éviter d'impacter la qualité des données recueillies.

- Biais de subjectivité : Notamment dans la suggestion des réponses et l'interprétation des données.

Il convient de rester le plus neutre possible dans la formulation des questions.

- Biais cognitif : Lorsque la question implique une hypothèse tendancieuse qui engage la réponse.

Pour éviter ce biais il convient d'utiliser un langage adéquat avec la personne interrogée.

- Biais socioculturel : Il implique la notion de stéréotypes et de préjugés dans la formulation des questions.

Les questions imposent une certaine neutralité, pour ne pas susciter un jugement de valeur sur le chercheur lui-même.

Afin d'éviter ces derniers biais, il s'agit de tester la faisabilité du questionnaire pour apporter d'éventuelles améliorations aux questions.

- Construction de l'outils

Le questionnaire est réalisé dans le cadre d'une formulation d'opinion et mesure d'accord : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « ni en accord ni en désaccord », « plutôt en désaccord » et « tout à fait en désaccord ». Ensuite, des questions à choix unique et choix multiples sont utilisées pour établir les savoirs existants des ergothérapeutes. Enfin les questions ouvertes permettent l'expression d'un avis personnel.

Cette enquête exploratoire est divisée en plusieurs thématiques : l'accès aux soins, la qualité des soins, la continuité des soins, et l'organisation de la sortie.

Les questions principales visant à identifier les problématiques actuelles sont :

- Quelles sont les difficultés de sortie ? Pourquoi existent-elles ?
- Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la préparation du retour à domicile ?
- A quel moment est-il le plus important d'agir pour éviter les chutes ?
- Le déroulement

(Cf Annexe 2)

- Choix des outils d'analyse des données

L'analyse des données est réalisée par Google Forms, pour fournir des statistiques descriptives, et déterminer l'effectif et la fréquence d'apparition d'une valeur. Enfin les valeurs seront représentées par un histogramme, pour représenter visuellement les données.

1.4 Résultats

(Cf Annexes 3)

1.4.1 Analyse des résultats

- Constat d'amélioration sur cette enquête

La réalisation de l'enquête exploratoire a impliqué un biais méthodologique :

- Dans la première question « D'après vous la prise en charge des personnes âgées en ergothérapie arrive-t-elle suffisamment tôt dans le processus de soin à l'hôpital ? », une mauvaise formulation a pu entraîner une incompréhension des ergothérapeutes. De ce fait l'analyse des réponses n'est pas significative.
- Ensuite dans la deuxième question : « 2) Pensez-vous que le temps d'hospitalisation de la personne âgée est suffisant pour assurer la qualité des soins ? » et la troisième question :

« 3) A votre avis la durée d'hospitalisation est-elle suffisante à la récupération de la personne âgée ? ». Ces deux questions sont associées aux durées d'hospitalisation, mais la nuance existante n'a pas été concrètement constatée par les ergothérapeutes. De ce fait les résultats de la question 2) seront utilisés, pour sa dimension plus générale concernant la qualité des soins.

- A l'issu de ce questionnaire, des ergothérapeutes ont fait remonter qu'ils auraient préféré avoir la possibilité de cocher plusieurs réponses pour certaines questions qui ne leur offrait qu'un choix unique.

- Comment ces résultats confortent ou corroborent la revue de littérature

Il s'avère que les résultats de l'enquête corroborent la revue de littérature en ce qui concerne le constat d'une diminution des durées d'hospitalisation. Ensuite les professionnels s'accordent à dire que la préparation du retour à domicile doit être envisagée dès l'arrivée du patient, afin de diminuer les difficultés de sortie actuelles.

Ensuite les ergothérapeutes soulignent que ces difficultés concernent la diminution des capacités physiques, et une fragilité psychologique liée à la peur de chuter à nouveau. Ils soulèvent également l'appréhension de la sortie par peur de modifier les habitudes de vie, et enfin la problématique du domicile qui doit être aménagé au moment de la sortie.

Ce constat souligne notamment l'intérêt de favoriser la participation de la personne, dans la préparation du retour à domicile.

D'après les ergothérapeutes, il semblerait que les moyens utilisés dans les institutions sont insuffisants. Ils déclarent un manque de continuité des soins à la sortie des personnes vieillissantes, et soulignent l'importance d'agir en prévention pour éviter la ré hospitalisation.

De ce fait l'ergothérapeute doit adapter son intervention entre les attentes institutionnelles et les besoins de la personne. Les écrits s'accordent à dire que l'accompagnement d'une personne dans la préparation du retour à domicile est l'élément pilier de toute prise en charge. Il s'ajoute également la nécessité d'établir une étroite collaboration entre les différents professionnels, du domaine de la santé et du social.

- Questionnements au regard des résultats de l'enquête

- Comment l'ergothérapeute peut-il agir sur la prévention afin d'éviter la ré hospitalisation des personnes vieillissantes ?

- Comment favoriser l'implication du patient dans la préparation du retour à domicile ?

- Comment l'entourage peut-t-il participer au retour à domicile ?
- Quelles sont les structures de relais pouvant assurer la continuité des soins de la personne vieillissante au domicile ?
- Question initiale de recherche

Comment l'ergothérapie participe au retour à domicile de la personne vieillissante après une chute ?

1.5 Le cadre de référence

La préparation du retour à domicile implique la personne vieillissante dans sa globalité. Il s'agit de considérer ses capacités physiques et psychologiques, mais aussi l'impact de la chute sur la modification de son environnement et ses habitudes de vie, notamment dans la réalisation ses activités de façon sécurisée.

- Dans un premier temps, la recherche est appuyée par le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner. (26)

Le modèle MOH propose le plus d'outils permettant de structurer le recueil des données concernant la personne, comprendre ses forces et ses difficultés, mais aussi connaître son engagement et sa participation aux activités quotidiennes dans son contexte de vie.

Pour Kielhofner, l'occupation humaine se définit comme : « la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique. » (27)

L'occupation implique de considérer l'engagement et la participation de la personne en tenant compte de ses motivations, ses habitudes de vie et rôles, ses capacités et son environnement. Elle est donc essentielle pour construire un être humain. (26)

En effet le modèle MOH décrit trois grandes parties : l'Etre, l'Agir, et le Devenir.

- L'Etre : Il regroupe les composantes de la personne, et implique la notion de volition qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité. Le processus volitionnel comprend notamment les habitudes de vie et les rôles sociaux. (26)
- L'Agir : Il est composé de trois niveaux. Tout d'abord, la participation occupationnelle qui renvoie à l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social.

Elle correspond au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale associé à l'engagement de la personne dans ses activités. (28) Puis la performance occupationnelle, en ce qui concerne l'aptitude de la personne à réaliser l'ensemble de ses tâches. Enfin les habiletés, dans des actions observables lors d'une mise en situation par exemple. (26)

- Le Devenir : Il constitue l'ensemble des expériences vécues lors des occupations. Ces expériences permettent de définir une identité occupationnelle, qui représente la personne et ce qu'elle souhaite devenir.

Enfin, la compétence occupationnelle est le degré selon lequel la personne maintient un modèle de participation occupationnelle, qui reflète son identité occupationnelle. (28) Elle correspond à la mise en action de notre identité dans la réalisation d'occupations, et permettre de s'adapter à de nouvelles activités. (26)

Les trois grandes parties du modèle MOH interagissent ensemble de telle façon que l'Être va soutenir la manière d'agir. Le devenir est la résultante de l'Être et de l'Agir et s'exprime dans le degré que la personne arrive à s'adapter à ses occupations. (26)

Ces composantes sont en interdépendance avec l'environnement dans une dimension physique et sociale, qui constitue un facteur facilitateur ou obstacle dans la réalisation des occupations de la personne. (26)

Ce modèle va permettre d'analyser le retour à domicile des personnes vieillissantes après une chute, qui implique un engagement dans leurs occupations. Pour cela l'ergothérapeute favorise la participation des personnes dans le processus, pour qu'elles puissent s'adapter à de nouvelles habitudes de vie interrompues par un séjour à l'hôpital, dans un domicile adapté à leurs besoins. (26)

Morris et Cox expliquent que les définitions et la terminologie des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie ne sont pas toujours congruentes, notamment entre la participation et d'engagement occupationnel.

Kielhofner (2008), suggère d'utiliser ces deux termes de façon interchangeable, et ne les différenciant pas, alors que d'autres, comme le réseau européen des écoles d'ergothérapie (Meyer, 2013), les différencient en fonction de la valeur attribuée à l'occupation (sens positif de l'engagement occupationnel). D'après ces écrits, Morris et Cox (2017) sont conscients de cette confusion. Ils prennent position en faveur d'une nuance entre les termes de participation et d'engagement occupationnel en fonction de la valeur qui y est attribuée. (29)

Le modèle proposé par Morris et Cox (2017) illustre l'engagement occupationnel, influencé par des facteurs internes déterminés par les valeurs subjectives (positives ou négatives) attribuées à son engagement par l'individu et les conséquences perçues par ce dernier. L'engagement occupationnel représente un degré de participation auquel sont attribuées une valeur positive et des conséquences positives supérieures à celles d'un simple intérêt. (29)

Ensuite le caractère évolutif du terme d'engagement occupationnel est influencé par des facteurs externes en lien avec une dimension sociale, culturelle ou physique. Enfin, les conséquences des facteurs perçues par la personne peuvent changer, ce qui est congruent avec le caractère fluctuant de l'engagement occupationnel. (29)

- Dans un second temps, le phénomène est analysé par le concept de qualité de vie.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité de vie comme « la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (WHO, 1993). (30)

Le concept de qualité de vie a été utilisé dans les années 60, pour répondre en pleine période de croissance économique face à l'industrialisation et de l'urbanisation. Le concept de qualité de vie est principalement utilisé dans le domaine de la santé. De plus il est mentionné : « Si l'on prône la qualité de vie, il faut tenir compte des conditions de l'épanouissement de l'homme dans son environnement. » (26) Les enjeux actuels impliquent de considérer la globalité du concept de qualité de vie au sens large, pour comprendre de quelle façon une personne est capable de s'adapter à son milieu de vie. Il convient de considérer l'environnement et la santé, la mesure et la perception, l'individuel et du collectif. (26)

- L'environnement et la santé : La santé est conditionnée par l'environnement. L'approche interdisciplinaire est importante pour considérer les interactions entre l'homme, sa santé et le milieu, car elle intègre également les déterminants de l'état de santé, l'accessibilité aux services, et la culture. (30)

- La mesure et la perception : Cette notion appuie la différence existante entre la santé perçue et la santé subjective, en soulignant la difficulté à considérer simultanément un aspect quantitatif et qualitatif pour évaluer la qualité de vie d'une personne. De ce fait il est nécessaire d'apporter autant d'importance à la perception qu'à la mesure du phénomène étudié comme le souligne Sophia Rosman (1999). (30)

- L'individuel et le collectif : Enfin la qualité de vie est une question individuelle associée à un aspect sociétal, avec des représentations liées à la bonne santé, au bien-être et au bonheur. Cependant ces notions sont différentes. Le bien-être représente la satisfaction des besoins élémentaires, le confort, et le plaisir personnel, tandis que la qualité de vie intègre la relation à l'autre dans un environnement.

Il convient alors de considérer le cadre de vie de la personne, mais aussi ses représentations et pratiques, dans un environnement donné. (30)

Enfin, ces concepts ont amené une problématisation théorique :

Comment l'ergothérapeute favorise la qualité de vie et l'engagement de la personne vieillissante dans son projet de retour à domicile après une chute ?

L'objet de la recherche est d'offrir une meilleure compréhension du suivi de la personne vieillissante après une chute entre l'hôpital et le domicile. Il s'agit d'une description détaillée de l'exercice de l'ergothérapie dans différents contextes professionnels, et questionner la transférabilité des pratiques entre le cadre hospitalier et ambulatoire.

2. Matériel et méthode

• Choix de la méthode

L'enquête de terrain est déterminée par une méthode clinique, afin de comprendre un phénomène social en lien avec la chute de la personne vieillissante. Il s'agit d'une approche qualitative visant à réguler les savoirs théoriques, associés au retour à domicile de la personne vieillissante après une chute, avec des éléments issus de la pratique de terrain.

• Population

La population étudiée s'intéresse aux ergothérapeutes exerçant dans un contexte institutionnel et des ergothérapeutes dans un contexte ambulatoire, confrontés au phénomène du retour à domicile de la personne vieillissante après une chute.

Critères d'inclusion :

- Des ergothérapeutes exerçant dans un contexte institutionnel.
- Des ergothérapeutes exerçant dans un contexte ambulatoire.
- Des ergothérapeutes confrontés au retour à domicile de la personne vieillissante.

- Des ergothérapeutes exerçant en collaboration avec les professionnels du maintien à domicile.

Critères d'exclusion :

- Des ergothérapeutes exerçant dans le domaine de la santé mentale.
- Des ergothérapeutes exerçant dans le domaine de pédiatrie.
- Sites d'exploration

D'une part, pour explorer le contexte institutionnel, des ergothérapeutes associés à un hôpital et un centre de rééducation seront interrogés. D'autre part, pour décrire les pratiques réalisées en ambulatoire, les ergothérapeutes exerçant dans une unité mobile gériatrique et dans un SSIAD² seront interrogés.

- Choix de l'outil

Afin d'obtenir des éléments issus de la pratique professionnelle des ergothérapeutes dans le contexte institutionnel et ambulatoire, le recueil de données est réalisé à travers l'entretien semi directif.

Cet outil offre la possibilité de discuter avec les sujets interrogés et obtenir des détails sur leur pratique par le biais de questions ouvertes. Il s'agit d'une rencontre avec l'autre pour obtenir sa parole. Cela implique une confiance nécessaire entre les deux partenaires : « C'est l'établissement d'un champ potentiel, une aire intermédiaire de confiance, de fiabilité, de créativité et d'illusion qui permettront l'élucidation du vécu ». (31)

Cette technique de collecte de données contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives à travers des questions préalablement définies.

La recherche qualitative permet alors la compréhension d'un phénomène en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes. (32)

Pour cela il convient d'établir une relation de confiance avec l'informateur, à travers un climat d'écoute, d'empathie, de partage, et de reconnaissance de l'expertise. Le discours est alors recueilli à partir d'un guide d'entretien préalablement testé. (32)

² Service de Soins Infirmiers à domicile

Cependant la passation d'un entretien semi directif implique une dynamique conversationnelle susceptible de générer des biais devant être pris en considération : les biais liés au dispositif de l'enquête, les biais associés à leur situation sociale respective et les biais qui sont rattachés au contexte de l'enquête (Poupart, 1997). (32)

Lors de la passation d'un entretien les principaux biais rencontrés sont cognitifs, affectifs, méthodologiques, sociaux et culturels. (33)

- Les biais

D'après la lettre du CEDIP associée au Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines publiée en avril 2014, toute méthode de recueil d'information comporte des biais. (25)

- Biais méthodologique : Il peut s'agir d'un recueil d'informations incomplet, d'une mauvaise formulation des questions, d'un excès de questions ouvertes pouvant susciter la lassitude. Il pourrait également impliquer un échantillon d'ergothérapeutes non représentatifs de la population étudiée.

Pour éviter ce biais il convient de prévoir la collecte des données (enregistrement audio), poser des questions simples et précises, et anticiper la formulation de questions en amont de l'entretien. Enfin il est nécessaire de s'informer sur le domaine de pratique des ergothérapeutes.

- Biais affectif : Il s'agit d'une déformation du jugement influencé par des états affectifs. Afin de limiter ce biais, il faut avoir conscience de ces états pour pouvoir prendre du recul sur la situation, et éviter d'impacter la qualité des données recueillies.

- Biais de désirabilité sociale : C'est un comportement qui consiste à montrer une facette de positive de soi, de son travail. Ce biais peut être lié à la formulation des questions, au comportement et l'attitude de l'interviewer, mais aussi au cadre de l'entretien.

Pour limiter ce biais il s'agit d'établir un climat de confiance avec le professionnel dans un cadre d'écoute favorisant un rapport d'égalité. De plus, la formulation des questions ouvertes évite d'induire les réponses. Enfin le croisement des différents entretiens permet au chercheur d'assurer une exhaustivité.

- Biais de confirmation d'hypothèse : Il s'agit d'une tendance à se conforter dans nos idées préconçues, et ignorer les points de vue différents.

Afin d'éviter l'apparition de ce biais il faut être capable de s'interroger, et de se remettre en question.

- Biais d'autocomplaisance : Tendence à s'attribuer les mérites de leurs réussites et rejeter son implication face à un échec.

Pour cela il est nécessaire d'interroger les personnes sur les causes externes de sa réussite et les causes internes de son échec

- Biais d'auto-handicap : Ce biais consiste à mettre en avant les obstacles rencontrés en prévision d'un échec futur.

Dans ce cas, il est important d'interroger les individus sur les facteurs de réussite potentiels.

- Effet de primauté : Il implique de donner une plus grande importance au début du recueil d'information

Il ne faut donc pas sous-estimer l'importance des informations entre le début et la fin du recueil de données.

- Effet de Halo : La personne qui détient l'information influence sur la perception globale de l'interlocuteur.

Il s'agit d'avoir des appréciations plus nuancées sur les aspects de la personne interrogée.

- Fixation sur l'objectif : Il implique de se concentrer uniquement sur le recueil d'information et ne pas voir tout le reste.

Afin de limiter ce biais il est possible de passer l'entretien à deux, ou d'utiliser un outil (enregistrement audio) pour éviter de rester fixé sur l'objectif.

- Stéréotypes et préjugés : Il s'agit de croyances et jugements portés sur autrui.

Pour favoriser le partage d'informations il est nécessaire d'accepter l'altérité.

- Biais de similarité / biais de différence : Il implique de privilégier les personnes qui nous ressemblent et de considérer plus défavorablement les personnes qui ne nous ressemblent pas.

Pour éviter ce biais il est important de considérer la personne dans sa globalité, en laissant de côté les notions de ressemblances et différences. (25)

- Construction de l'outil de recueil de données (Cf Annexe 4)

Afin de mettre en pratique l’outil de recueil de données théorique, il convient de réaliser une matrice de questionnement matérialisé dans un guide d’entretien. Ce dernier est séparé en deux parties concernant l’implication de l’ergothérapeute pour favoriser l’engagement de la personne dans son retour à domicile, et comment ce dernier agit sur la qualité de vie après une chute. (Cf Annexe 5)

- Test de faisabilité

Le test de faisabilité est réalisé, pour analyser la pertinence des questions au regard des objectifs de recherche préalablement établis.

L’entretien a été réalisé par téléphone auprès d’un ergothérapeute exerçant dans un hôpital. Il en est ressorti une congruence dans le déroulement des questions. De ce fait, les mêmes questions seront appliquées à chaque ergothérapeute. Il faudra également utiliser des relances pour inciter les professionnels à développer certaines réponses. Les relances ne sont pas préalablement fixées car elles dépendront des réponses obtenues au cours de la discussion. En effet l’objectif est de mettre en confiance les ergothérapeutes dans une discussion libre, néanmoins guidée par une trame, pour les amener à exprimer leurs ressentis vis-à-vis d’un phénomène.

- Déroulement de l’enquête

Cette enquête vise des ergothérapeutes confrontés au phénomène de retour à domicile de la personne vieillissante après une chute, exerçant dans un contexte hospitalier et ambulatoire. Il s’agit de comprendre le prolongement et la complémentarité des interventions proposées par les ergothérapeutes exerçant en institution et ceux intervenant à domicile.

- Contexte institutionnel :

Tout d’abord un ergothérapeute exerçant dans un hôpital est interrogé, pour décrire une façon d’aborder le retour à domicile après la chute d’une personne vieillissante à un stade précoce.

De plus un ergothérapeute exerçant dans un centre de rééducation fonctionnel est interrogé, pour décrire le processus d’accompagnement de la personne vieillissante vers le retour à domicile.

- Contexte ambulatoire :

Ensuite, concernant la partie ambulatoire, la passation d'un entretien avec un ergothérapeute exerçant dans une Unité Mobile de Gériatrie, vise à décrire les missions attribuées pour optimiser la prise en charge de la personne vieillissante dans son parcours de soins entre l'hôpital et la ville. (34)

Pour finir, la passation d'un entretien auprès d'un ergothérapeute exerçant dans un SSIAD, vise à décrire les soins dispensés aux personnes vieillissantes pour contribuer au maintien à domicile après une chute.

- Choix des outils de traitement

La première étape du traitement des entretiens consiste à écouter l'enregistrement, et le décrypter dans sa totalité.

Le traitement des données est réalisé à travers une analyse thématique pour « interpréter » un contenu. Il s'agit d'une construction intellectuelle élaborée par le chercheur à partir d'éléments textuels récurrents, ayant pour objectif de dégager des thèmes. Il est donc possible que les thèmes construits ne correspondent pas à des expressions précises dans le texte, c'est-à-dire que le thème ne soit pas inscrit dans le texte. (35)

En effet cette démarche consiste à catégoriser les éléments de réponse en « contexte » reposant sur les qualités du codeur. Il convient pour le chercheur de choisir parmi différentes appartenances socio sémantiques possibles d'un mot, celle qui est la plus proche de la signification en contexte de ce mot. Le codage ne consiste pas simplement à appliquer un mot-étiquette à un extrait de matériaux, car chaque unité de sens renvoie à plusieurs catégories ou noms. Ce codage présuppose une connaissance des implications théoriques du système de catégories, mais une dynamique d'aller-retour fait en sorte qu'il soit possible de détecter des régularités dans les décisions qui n'étaient pas prévues, et de détecter des inconsistances dans l'application de la grille d'analyse. (35)

Il s'agit donc d'un double processus d'apprentissage (sur la base d'accumulation de décisions correctes) et de correction d'erreurs (sur la base de l'identification de des décisions incorrectes). (35)

De ce fait, au plus le thème est abstrait, plus grande est possibilité d'écart entre les mots du texte et les thèmes élaborés. La fiabilité de l'interprétation est donc liée à la fois à la stabilité des représentations de l'énonciateur et aussi à celle du chercheur. (35)

3. Résultats

Concernant E-H (ergothérapeute exerçant à l'hôpital) et E-CR (ergothérapeute exerçant dans un centre de rééducation), la passation des entretiens s'est déroulée en face à face. Tandis que E-UMG (ergothérapeute exerçant en Unité Mobile de Gériatrie) et E-SSIAD (ergothérapeute en SSIAD) ont été interrogé par téléphone pour des raisons de distance. (cf Annexe 6, 7, 8, 9)

Les résultats sont séparés en trois thèmes principaux, dégagés à partir des réponses des ergothérapeutes. Il s'agit de la vision du retour à domicile, les obstacles, et les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour favoriser le retour à domicile. Les mêmes questions ont guidé la passation des différents entretiens, en revanche, les questions de relance n'ont pas été préalablement fixées dans le but de favoriser la discussion.

Les entretiens ont été tout d'abord retranscrits fidèlement. Puis dans un second temps les réponses ont été synthétisées dans un tableau récapitulatif séparé en deux parties à partir par la matrice conceptuelle : le rôle de l'ergothérapeute dans l'engagement de la personne et le rôle de l'ergothérapeute dans la qualité de vie. L'ensemble des résultats ont été ensuite répartis entre différents thèmes soulevés par les ergothérapeutes, dans le but de fournir une approche globale du phénomène. (cf Annexe 10)

Dans un premier temps les réponses ont été lues plusieurs fois, pour générer des codes initiaux à partir des mots qui revenaient le plus. Dans un second temps, ces mots ont été classés par catégories à partir d'un code couleur. Ce dernier permet d'identifier les éléments de réponse signifiants de vis-à-vis de la question donnée. Les réponses sont classées en fonction de l'occurrence des termes qui ressortent le plus entre les différents discours, mais aussi par pertinence pour faciliter la création de liens entre les réponses. Les citations des ergothérapeutes sont placées entre guillemets. Un tableau de synthèse des résultats est réalisé après chaque partie. Le but est de visualiser les données textuelles, et observer les différences si elles existent, entre le contexte institutionnel et le contexte ambulatoire.

I. La vision du retour à domicile

a. **La place du retour à domicile de la personne vieillissante**

L'ensemble des ergothérapeutes s'accordent à dire que le retour à domicile dépend des patients et du contexte.

- *La vision du retour à domicile pour les ergothérapeutes exerçant en institution :*

Le retour à domicile peut être envisagé tout le long de la prise en charge, en fonction des contraintes institutionnelles, de l'évolution du patient, et de leur souhait de retour à domicile, ce qui ne correspondrait pas toujours au même moment. La décision concerne donc l'équipe pluridisciplinaire et la personne.

E-H témoigne que « ça dépend déjà à quel moment on reçoit la personne âgée ». E-CR rajoute « quand on estime que le patient est capable de se débrouiller seul à la maison ou que le patient souhaite retourner à domicile ».

- *La vision du retour à domicile pour les ergothérapeutes exerçant en ambulatoire :*

Les ergothérapeutes exerçant en ambulatoire considèrent le retour à domicile dès l'arrivée de la personne. Cependant le retour à domicile n'est pas décidé par les équipes, mais par le centre hospitalier ou la famille.

E-UMG déclare que le retour à domicile est abordé « tout de suite, ça dépend du contexte ».

b. La perception des personnes vieillissantes sur leur état de santé après une chute

Pour la majorité des ergothérapeutes, la perception de l'état de santé dépend de la personnalité des patients et du contexte de la chute, notamment s'il y a eu des fractures.

- *Les personnes vieillissantes conscientes de leurs difficultés après une chute :*

Il existe d'une part une catégorie de patients conscients de leurs difficultés après une chute. Les personnes qui étaient très actives réalisent leur état de dépendance soudaine car ils ne peuvent plus réaliser leurs activités comme ils le voudraient. La chute peut également révéler la présence de troubles cognitifs.

E-CR mentionne « une certaine lucidité par rapport au fait de vieillir ». E-UMG rajoute « ça révèle toutes les difficultés qui étaient un peu masquées jusqu'à présent ».

- *Les personnes vieillissantes en situation de fragilité psychologique :*

Ensuite, la chute peut être révélatrice d'une fragilité psychologique importante associée à une prise de conscience et une peur de chuter à nouveau.

En effet les personnes vieillissantes réalisent qu'elles ont besoin de rééducation et envisagent la possibilité de ne pas récupérer leurs capacités antérieures. En conséquence, les patients peuvent ressentir une perte de confiance malgré des capacités motrices, se traduisant par un syndrome post chute.

Dans certains cas une perte de moral peut amener la personne vers une dépression. De ce fait, l'ergothérapeute a pour mission de tirer les personnes vers le haut pour éviter l'apparition du syndrome de glissement.

D'après E-H, certaines personnes « n'oseront plus faire les choses ». Pour E-CR, l'accompagnement du thérapeute vise à « redonner un peu de joie de vivre ». Enfin E-UMG rajoute que les personnes ont besoin de « quelqu'un qui s'occupe d'elles » pour les rassurer.

- *Les personnes vieillissantes inconscientes de leurs difficultés après une chute :*

Il existe ensuite une catégorie de personnes inconscientes de la dégradation de leur état de santé après une chute. Il y a donc un risque de mise en danger, car ils vont vouloir continuer à réaliser leurs activités de la même façon. Dans d'autres cas, les personnes ayant des troubles cognitifs ne se rappelleront pas qu'elles ont chuté.

E-H explique que certaines personnes « ne vont pas voir le handicap ». E-UMG rajoute que ces personnes vont dire que « tout va bien c'est comme d'habitude ».

c. La perception des personnes vieillissantes sur la sécurité des habitudes de vie au domicile après une chute

Pour la majorité des ergothérapeutes, la perception de la sécurité des habitudes et du domicile est différente selon les personnes. Pour un même problème de santé, il y a des personnes qui vont minimiser leur situation, et d'autres qui se diront en grande difficulté.

- *Les personnes vieillissantes conscientes des risques dans leurs habitudes de vie au domicile :*

Dans un premier temps il y a des personnes conscientes du risque de chute dans leurs habitudes de vie au domicile.

En effet, certaines personnes sont réalistes et comprennent qu'il faut aménager le logement en raison de leurs difficultés, pour pouvoir rester à domicile. Cependant, il s'avère qu'une minorité de personnes se remet en question par rapport à leur sécurité.

D'après E-H, les personnes ouvertes réalisent qu'il y a « des choses à changer dans le domicile ». E-CR rajoute qu'elles sont prêtes à tout pour « se préserver à domicile ». Ensuite E-UMG mentionne qu'il est rare que les personnes disent « que c'est leur domicile qui n'est pas adapté et qu'il y a des choses à changer ».

- *Les personnes vieillissantes inconscientes des risques dans leurs habitudes de vie au domicile :*

Dans un second temps, il y a le cas des personnes inconscientes qu'il existe des risques de chute dans leurs habitudes de vie au domicile.

Effectivement, certaines personnes ne voient pas le problème car elles ont toujours habité là, et il s'agit de leur première chute. Par exemple dans l'habillement, qu'ils réalisent de la même façon depuis plusieurs années où ils ne voient pas le danger. D'autres personnes ne veulent rien entendre et refusent les visites à domicile qu'elles vivent comme une intrusion. Les patients ne voudront pas changer leurs habitudes au domicile, ni modifier leur logement. De ce fait, l'acceptation du changement nécessite un travail sur le mental et le psychique, ce qui est plus compliqué à obtenir car il faut respecter les choix de la personne. Dans d'autres cas, le changement radical des habitudes de vie peut entraîner une perte de repères pour la personne. Pour cela les ergothérapeutes réalisent des mises en situation pour constater les éventuelles difficultés avec la personne, et envisager des aménagements pour sécuriser les habitudes de vie.

D'après E-H, pour certaines personnes « il ne faut pas toucher le cadre de vie c'est sacré ». E-CR rajoute qu'ils ne veulent rien mettre en place parce que ça fait « trop handicapé ». Ensuite E-UMG « si on veut trop aseptiser le domicile et qu'au final ils ont perdu leurs repères, ça peut rendre les choses plus difficiles aussi ». Enfin E-SSIAD est d'accord avec le fait « ils se sentent en sécurité dans leurs habitudes ».

II. Les obstacles au retour à domicile

a) **La dépendance**

La majorité des ergothérapeutes considèrent la dépendance de la personne comme un frein. En effet la nécessité de soins à domicile dans le cas d'un handicap lourd peut être un obstacle au retour à domicile. De plus, E-SSIAD met en avant une problématique liée à la transmission des informations entre le centre hospitalier et les équipes de maintien à domicile. Il peut s'agir d'un écart entre les informations obtenues et les capacités réelles de la personne.

Pour E-H « le handicap en lui-même s'il est vraiment très lourd c'est un frein au retour à domicile ». E-CR rajoute une difficulté lorsque les personnes « ne peuvent plus se lever », ou « assurer leur hygiène la nuit ».

Enfin E-SSIAD mentionne la problématique de la transmission d'informations lorsque « on nous dit que les transferts se passent bien et nous quand on la prend en charge et qu'on commence la prise en charge au domicile, les transferts sont plus difficiles ».

a) L'isolement social

Il est important de considérer l'environnement humain. À savoir si la personne vieillissante est entourée ou non, car l'absence de famille influencera la prise charge au cours de la journée.

E-CR évoque que « personne ne va la prendre en charge, personne ne va veiller sur elle ». Enfin E-SSIAD s'accorde avec cette problématique car « si la personne se lève seule sans appuis elle va tomber ».

b) La fragilité psychologique

Effectivement, dans le cas où le conjoint est décédé, l'isolement peut être le facteur d'une perte de moral pouvant mener à des idées suicidaires.

D'après E-UMG « ils le supportent mal et ils peuvent passer à l'acte, se suicider ».

b) Les troubles cognitifs

Il peut s'agir également de troubles cognitifs, psychologiques, voir psychiatriques, qui peuvent induire de l'anxiété à l'idée de rentrer au domicile. En effet lorsque la personne est inconsciente de ses difficultés, les activités de la vie quotidienne peuvent devenir dangereuses et entraîner des risques de chutes. Par exemple le syndrome de Diogène impliquant un lieu de vie encombré, mais encore une mise en danger due à la mauvaise utilisation des appareils électroménagers. Il y a donc une réelle incidence des troubles cognitifs sur les risques de chute, mais aussi les risques de fugue et les risques nutritionnels. Enfin, le danger est présent lorsque l'aidant ne peut pas aider son conjoint en cas de chute, car il est également atteint de troubles cognitifs.

E-UMG témoigne que « une patiente qui a chuté à la maison mais son mari qui vit avec elle est dément également. Ils sont déments tous les deux, et donc ils ne préviennent personne ». E-SSIAD rajoute « parce qu'elle a des troubles cognitifs elle est persuadée que quoiqu'il arrive elle arrivera toujours à se lever de son fauteuil sans appuis. »

c) Le besoin en aide humaine

La majorité des ergothérapeutes s'accordent à dire que le besoin en aide humaine est un obstacle au retour à domicile. Lorsque la dépendance est trop importante, il faut envisager d'autres solutions comme l'HAD³ ou un placement en EHPAD⁴.

De plus, en ce qui concerne les équipes de maintien à domicile, il existe une limite liée aux places disponibles et aux moyens humains, dont l'effectif est plus limité qu'à l'hôpital. Il apparaît alors nécessaire d'envisager un relais vers d'autres associations d'aide à domicile.

D'après E-H il faut « penser aux maisons de retraite quand ce n'est pas faisable ». Enfin E-SSIAD rajoute que « couvrir une aide humaine 24h/24 ce n'est pas possible ».

d) Le besoin en aménagement

L'idéal est de retrouver le lieu de vie de la personne au moment du retour à domicile. Cependant la dépendance peut impliquer des besoins de matériel, en sachant que l'environnement du domicile est très différent du milieu hospitalier. En effet dans certains cas, la dépendance implique une installation préalable du matériel au domicile.

Il existe différents facteurs de chute au domicile comme les tapis, les fils qui traînent et les meubles encombrants, le revêtement du sol... Il est donc nécessaire d'aménager le logement pour faciliter son accessibilité. En revanche ces aménagements vont modifier le lieu de vie, ce qui requiert un travail d'acceptation de la personne. Dans le cadre du SSIAD, les aides-soignantes ne pourront pas donner de douches si les patients ne respectent pas les indications de l'ergothérapeute. La principale difficulté serait liée à un environnement trop complexe sans possibilités de réaliser des travaux.

Pour E-H il existe un obstacle « si on ne peut pas modifier le logement comme il faut, si on ne peut pas mettre un lit médicalisé parce que la chambre est trop petite ». E-CR quant à lui ne voit pas d'obstacles au domicile. Il déclare qu'il y a toujours des solutions possibles. E-SSIAD quant à lui requiert un aménagement préalable du domicile « s'il y a besoin de matériel, on demande que le matériel soit installé avant qu'on intervienne. »

e) Le financement

Ensuite, les ergothérapeutes évoquent le financement des aménagements et des aides à domicile comme un obstacle.

³ Hospitalisation à domicile

⁴ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Il peut s'agir du financement des travaux, ou alors d'envisager un déménagement lorsqu'on ne peut pas changer le lieu de vie. Le maintien à domicile est également coûteux, conduisant la personne vieillissante à entreprendre des démarches d'aides financières.

E-H en témoigne « on n'a pas pu modifier la baignoire en douche parce que c'est trop cher ». D'ailleurs E-UMG évoque la problématique d'un besoin d'aide humaine 24h/24 comme étant « trop coûteux ».

f) La durée des prises en charge

D'après E-H les difficultés de retour à domicile sont également liées à la durée de prise en charge à l'hôpital. Le temps peut être considéré comme trop long ou trop court selon les contraintes institutionnelles.

Enfin E-H souligne cette problématique et témoigne « on se demande quand est ce qu'on va pouvoir envisager le retour à domicile, et dans d'autres cas ils l'envisagent très tôt et nous on est obligé de se speeder ».

g) Le respect du choix de la personne vieillissante

Enfin le dernier obstacle relève du choix de la personne. En effet la mise en place du matériel peut être refusée pour des raisons esthétiques. Dans d'autres cas, des patients vont refuser de déménager même si le domicile n'est plus accessible. De ce fait, la personne va poser ses priorités, et l'ergothérapeute l'aidera à palier d'une autre façon sans lui imposer.

E-SSIAD souligne notamment « L'obstacle c'est que la personne ne veut pas du tout modifier son projet de vie ».

III. Les moyens facilitants le retour à domicile

1. Les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour favoriser le retour à domicile

a) L'évaluation des besoins de la personne vieillissante

Il convient tout d'abord d'évaluer les besoins de la personne. En effet les ergothérapeutes mettent en évidence l'importance de connaître l'environnement physique, humain, et social. Pour cela, il s'agit de définir les activités significatives, si la personne aime les sorties, ou se rendre dans un club du troisième âge... L'objectif est de déterminer ses besoins au domicile, puis réfléchir avec elle de quelle façon adapter ses activités de façon sécurisée.

E-H cherche à trouver « le moyen de lui donner envie de s'impliquer dans le projet de retour à domicile ».

b) Les mises en situation pratiques

Les mises en situation demandent une connaissance préalable des capacités motrices et cognitives, de l'environnement social, et des éventuels antécédents psychologique.

En effet l'observation de la personne dans une activité de la vie quotidienne vise à déterminer s'il existe des risques de chute. De plus, les mises en situation ont pour objectif de stimuler les personnes, et les amener à réaliser qu'elles en sont capables.

Tout d'abord E-CR s'appuie sur les mises en situation pour « leur montrer même s'ils sont infimes les petits progrès ». E-UMG quant à lui, utilise les mises en situation pour évaluer la personne « Ils me font visiter leur appartement comme ça je vois comment ils se déplacent dans chaque pièce ».

c) La relation de confiance soignant / soigné

Les ergothérapeutes mettent en avant que l'engagement de la personne dans le retour à domicile soit favorisé par la relation de confiance. En effet, le projet principal du patient est de retourner à son lieu de vie. Pour cela les ergothérapeutes réalisent un travail quotidien de stimulation et de valorisation, en expliquant aux patients qu'ils en sont capables. La relation thérapeutique est donc favorable à l'expression des personnes sur leurs éventuelles difficultés. L'ergothérapeute doit s'adapter au cas par cas et trouver compromis avec les personnes et l'entourage, pour favoriser leur acceptation sans leur imposer. Il convient de rassurer les personnes et respecter leurs choix. L'acceptation des patients est un travail de cheminement pour qu'ils comprennent les enjeux, ce qui est favorisé par la bienveillance du thérapeute.

Ensuite E-UMG souligne l'importance « d'empathie qu'on a avec le patient » et rassurer la personne par des « appels téléphoniques quelques temps après ». Enfin E-SSIAD appuie ces discours « pour qu'une aide technique soit acceptée il faut que la personne chemine et comprenne pourquoi on l'installe à domicile ».

d) L'aménagement du lieu de vie

La sécurité de la personne au domicile peut être assurée par des aménagements. Il peut s'agir d'une planche de bain, ou des barres pour éviter les chutes. Mais aussi des barres latérales de lit ou des aides aux transferts, qui ont un intérêt si elles sont utilisées de la bonne façon.

Il est également important de dégager l'espace pour installer le matériel, comme un lit médicalisé qui est nécessaire pour l'intervention du SSIAD. Enfin, il est facile de proposer des petits aménagements au domicile, mais la problématique survient avec le besoin d'installer du matériel plus imposant. Enfin, dans le cas d'une récurrence de chute, les ergothérapeutes préconisent l'installation d'une téléalarme.

E-CR constate « il y a la téléalarme, il y a tout ce qui est matériel et aides techniques qui va permettre de sécuriser chaque point ». Enfin E-SSIAD précise « s'il y a besoin de mettre en place du matériel, ils ont obligation de le mettre. »

e) **La mise en place d'aides humaines**

La mise en place d'aides humaines a pour objectif de sécuriser et rassurer les personnes, mais aussi leur entourage, vis-à-vis du retour à domicile. En effet les ergothérapeutes organisent le passage d'aides humaines à domicile au cours de la journée pour la toilette, le ménage, la rééducation... Ensuite le soir ce sont les familles qui prennent le relais. Dans le cas des personnes démentes isolées qui ne sont plus capables de décider par eux-mêmes, il peut être envisagé des demandes de mise sous tutelle ou curatelle. La problématique apparaît lorsque les personnes ne peuvent pas rester seules la nuit, et amène la question d'un placement en EHPAD.

D'après E-CR « j'essaie de privilégier le plus de passages, et de façon harmonisée dans la journée ». E-UMG rajoute « Souvent on conseille de faire des démarches d'EHPAD quand on voit que c'est possible, mais dans la durée ça ne va pas aller en s'améliorant ».

f) **La collaboration pluridisciplinaire**

De plus, les ergothérapeutes amènent la notion de collaboration pluridisciplinaire. D'un côté il y a la notion de collaboration entre les professionnels d'une même équipe comme les soignants, le psychologue, ou le psychomotricien dans les cas de syndrome post chute. D'un autre côté il y a la notion de coordination entre les différentes structures. En effet il peut s'agir du cadre de santé qui appelle les équipes de l'ambulance pour un retour à domicile, mais ce sont principalement les familles qui habitent sur le secteur qui les contactent.

E-UMG évoque la place du psychologue pour « aider à ce que les personnes intègrent cette situation ». E-SSIAD déclare « on essaie de faire l'évaluation avec l'infirmière et l'ergothérapeute, dans la mesure du possible on essaie de le faire ensemble ». Il rajoute également « c'est le service de l'hôpital qui peut éventuellement nous appeler ».

2. Les autres moyens imaginés par les ergothérapeutes pour favoriser le retour à domicile

a) Favoriser la participation de la personne vieillissante

Les ergothérapeutes envisagent les mises en situation dans les activités de la vie quotidienne, comme un moyen supplémentaire pour favoriser l'engagement des personnes vieillissantes. Par exemple la cuisine thérapeutique, ou les transferts et la marche dans la chambre...

L'objectif est de constater les éventuelles difficultés, et voir avec la personne de quelle façon les surmonter pour faciliter le retour à domicile. Ces mises en situation stimulent la personne en l'invitant à se projeter.

D'après E-CR « on peut voir ensemble comment on peut surmonter ces difficultés, et ça va aussi le stimuler pour un retour à domicile ». E-SSIAD rajoute notamment « si la personne a ses solutions on va travailler là-dessus ».

b) Revoir la personne après l'intervention

Ensuite les ergothérapeutes évoquent qu'ils aimeraient revoir la personne après leur intervention. Cela permettrait de s'assurer de la sécurité des personnes, et continuer le suivi en ergothérapie après le retour à domicile. E-CR souligne d'ailleurs l'intérêt de l'hospitalisation de jour. De plus, E-UMG réalise des appels téléphoniques et des visites ponctuelles, mais il n'est présent qu'en tant que conseil. Les ergothérapeutes sont limités dans leurs interventions par des contraintes de moyens et de temps.

E-H aimerait revoir la personne après sa sortie, pour « revenir sur ce qui a été fait, ce qui n'a pas été fait, sur ce qu'il y a encore à faire, sur ce qui pourrait être amélioré ». E-CR évoque l'hospitalisation de jour comme « un bon intermédiaire entre l'hospitalisation en centre de rééducation et le retour à domicile ». Pour E-UMG « l'idéal serait de passer plus souvent ».

c) Favoriser le relais auprès des autres professionnels

La majorité des ergothérapeutes évoquent l'importance d'un relais après leur intervention. Ils s'appliquent notamment à organiser le suivi vers des associations de soins infirmiers, les centres locaux d'informations, la kinésithérapie... Ils considèrent également les ressources sociales, comme les associations de retour à domicile ou des ergothérapeutes exerçant en libéral. En effet il y aurait un intérêt à resocialiser les personnes après leur retour à domicile, du fait qu'ils manquent de repères sociaux. L'implication de la famille est également importante pour favoriser l'engagement des personnes à faire des projets. De plus, le lien fréquent avec les revendeurs de matériel médical permet de savoir si le travail a été continué, ce qui est rassurant pour le thérapeute.

Cependant l'installation du matériel à domicile ne serait pas toujours en adéquation avec la sortie du patient, malgré la réactivité des revendeurs. Il y aurait un temps de latence entre le retour à domicile et la mise en place du matériel, qui a pour conséquence de mettre la personne en difficulté.

Enfin E-SSIAD met en évidence un manque de coordination avec le centre hospitalier. Effet il constate des sorties prématurées et un manque de communication avec les équipes de maintien à domicile.

E-CR appuie l'intérêt social « il faudrait les sortir plus, continuer à aller dans les clubs, continuer à ce qu'ils aient une vie sociale ». Pour E-UMG « On essaie de faire intervenir tous les acteurs qui pourraient s'en occuper, d'oublier personne ». Enfin E-SSIAD témoigne d'un manque de communication « L'hôpital ne nous a pas contacté je trouve qu'il a manqué un peu de coordination à ce niveau-là ».

4. Discussion

- L'interprétation des résultats

Après avoir traité les données textuelles, il s'agit de confronter les résultats avec les savoirs théoriques apportés par la revue de littérature.

Dans la problématisation théorique, la question était de savoir comment l'ergothérapeute participe au retour à domicile de la personne vieillissante après une chute. L'objectif de la recherche était d'observer la complémentarité des pratiques des ergothérapeutes entre le contexte institutionnel et ambulatoire.

Il existe un écart entre les moyens utilisés en institution et ceux utilisés dans le contexte ambulatoire, en lien avec les contraintes de la structure. En effet le retour à domicile en institution est limité par des durées de prise en charge plus ou moins longue. Ce phénomène est d'ailleurs relevé dans la littérature qui mentionne une problématique économique liées à des séjours prolongés, interrogeant le fonctionnement de l'institution et le projet de vie du patient.

En ce qui concerne les patients, les résultats ont démontré deux types de comportements, soit dans l'acceptation des difficultés soit dans l'inconscience des nouvelles problématiques liées à la chute.

La littérature mentionne notamment les conséquences psychologiques, entraînant une réduction de l'autonomie et un risque d'entrée en institution.

Il serait alors indispensable de stimuler les personnes ou d'envisager un suivi psychologique, pour éviter la récurrence de chute ou l'apparition d'un syndrome de glissement.

Effectivement, la dépendance apparaît comme le principal obstacle au retour à domicile.

Un handicap lourd nécessite une augmentation des aides humaines et la mise en place d'aménagements adaptés. En revanche, les ergothérapeutes ont souligné une problématique, dans le cas où la personne nécessiterait d'une prise en charge continue au cours de la journée. Il serait alors intéressant d'envisager la continuité des soins auprès d'autres associations d'aide à domicile, ou dans d'autres cas un EHPAD.

Il s'avère ensuite qu'une minorité de personnes vieillissantes considère qu'il existe des risques à leur domicile. Les ergothérapeutes évoquent notamment un sentiment de sécurité, lié à des activités quotidiennes réalisées au domicile depuis plusieurs années. Ce constat est d'ailleurs appuyé par la littérature qui précise que la sous-estimation des risques domiciliaires serait liée à des facteurs environnementaux et comportementaux entraînant des conduites à risque. Le rôle des ergothérapeutes consiste à désamorcer ces processus de pensée impliquant des conduites à risques, et favoriser l'acceptation du changement sur un plan comportemental et environnemental.

Afin d'identifier les difficultés de la personne vieillissante sur le plan moteur, psychologique, et social, les ergothérapeutes évaluent les personnes à travers les mises en situation concrètes. L'objectif est d'inciter les personnes à réaliser leurs difficultés, mais aussi les stimuler. Hélène Blond appuie notamment l'intérêt d'évaluer les facteurs pouvant entraver ou faciliter l'indépendance et l'autonomie des personnes, en tenant compte de ses facteurs personnels et environnementaux.

Après avoir établi l'évaluation des besoins des personnes vieillissantes, les ergothérapeutes réalisent des préconisations d'aménagements pour sécuriser le domicile.

L'intérêt d'aménager le logement est corroboré par la revue de littérature qui établit des recommandations sur l'intérêt des interventions environnementales, réalisées par des professionnels formés.

En effet, il s'agit d'expliquer l'intérêt des aménagements aux personnes vieillissantes et à l'entourage pour favoriser l'acceptation des changements au domicile. La revue de littérature appuie notamment le rôle des soignants pour expliquer à l'entourage les projets de vie proposés à la sortie de leurs parents.

Il convient alors d'établir une relation de confiance, rassurer la personne, et l'amener à comprendre ce processus, pour favoriser son implication dans le projet de retour à domicile.

La littérature appuie d'ailleurs l'intérêt de respecter les choix des personnes vieillissantes en les impliquant à la prise de décision, ce qui favoriserait leur autonomie. Cependant, dans le cas où les personnes sont atteintes de troubles cognitifs, et se retrouvent en incapacité de gérer leur lieu de vie, il y aurait une augmentation des risques de chute au quotidien. Il faudrait alors envisager le placement de la personne en institution.

L'isolement social est d'ailleurs une autre problématique soulevée par les ergothérapeutes, qui peut impliquer une fragilité psychologique et des difficultés au quotidien. La littérature évoque notamment le rôle des facteurs extra médicaux comme l'environnement physique et humain pouvant retarder la sortie. En effet, dans le cas où la personne vieillissante n'a personne sur qui compter, et notamment dans le cas de troubles cognitifs, il serait alors indiqué d'envisager une autre alternative au retour à domicile.

Enfin l'ensemble des ergothérapeutes accordent une importance particulière à la notion de collaboration et de coordination entre les différentes structures. En effet, la littérature met en avant un enjeu économique lié à de nouveaux besoins en matériel et en aide humaine au moment de la sortie. La majorité des ergothérapeutes insiste notamment sur l'importance d'assurer un relais auprès des équipes de maintien à domicile après la sortie.

En effet, à défaut de revoir la personne après leur intervention au domicile, il serait intéressant d'établir des liens avec l'entourage de la personne vieillissante et d'autres associations, pour favoriser la bonne continuité des soins. La littérature soulève l'importance d'un travail en réseau, pour assurer une prise en charge précoce de la personne vieillissante après la survenue d'une chute.

- Réponse à l'objet de recherche

L'objectif de la recherche consistait à offrir une meilleure compréhension du suivi de la personne vieillissante après une chute, entre l'hôpital et le domicile. Il s'agit d'une description détaillée de l'exercice de l'ergothérapie dans différents contextes professionnels, et questionner la transférabilité des pratiques entre le cadre hospitalier et ambulatoire.

Dans le cas d'une chute, les personnes vieillissantes sont tout d'abord prises en charge en institution où elles réalisent leur rééducation, et la préparation du retour à domicile. Il vient ensuite la place de l'ambulatoire, pour assurer le suivi du patient au domicile après sa sortie.

Afin de définir les difficultés et besoins à domicile, tous les ergothérapeutes s'appuient sur l'évaluation.

Ensuite, ils accordent une importance particulière à l'engagement de la personne dans son projet de retour à domicile. Pour cela, il s'avère nécessaire d'établir une relation de confiance, stimuler les personnes à travers des mises en situation concrètes, pour les inviter à se projeter dans leur lieu de vie. Ils soulignent également l'intérêt d'aménager le logement pour favoriser la sécurisation des habitudes de vie. Enfin il convient de mettre en place des moyens humains, par le biais de relais de professionnels, à défaut de revoir la personne après leur intervention. Les ergothérapeutes exerçant en ambulatoire évoquent particulièrement le besoin de coordination entre les différentes structures. Il faut retenir de l'analyse des résultats, l'importance d'établir une communication entre les institutions et les équipes de relai intervenant au domicile.

- Discussion des résultats et critique du dispositif de recherche

Les réponses des ergothérapeutes ont été recueillies par des entretiens semi directifs enregistrés, pour laisser place à la discussion et éviter le biais de fixation sur l'objectif. Cette méthode implique un biais d'interprétation, à travers des questions préalablement définies. Cette trame de questions a pour visée d'explorer la globalité du phénomène, et éviter l'omission d'un élément important.

Tout d'abord il faut considérer les biais dans la passation des entretiens.

Les ergothérapeutes exerçant en institution ont été interrogés en face à face. En effet l'ergothérapeute hospitalier a été interrogé chez lui dans un climat convivial ce qui a favorisé la relation et la discussion. Tandis que l'ergothérapeute exerçant en centre de rééducation a été interrogé lors d'une pause sur son lieu de travail. Il faut alors prendre en compte le biais lié au cadre de l'entretien et notamment les contraintes de temps qui ont pu favoriser l'effet de primauté.

Ensuite les ergothérapeutes exerçant en ambulatoire ont été interrogé par téléphone, pour des raisons de distance. En effet, à la différence des autres ergothérapeutes, la mise en place d'un climat de confiance semble limitée. De ce fait, ne voyant pas la personne en face, il paraît difficile de repérer les biais affectifs ou de préjugés.

Pour cela les questions ont été réparties en deux parties, concernant le rôle de l'ergothérapeute dans l'engagement occupationnel, et dans la qualité de vie de la personne vieillissante.

Il s'agissait de faire émerger la parole des thérapeutes, et définir l'ensemble des moyens d'actions sur la personne vieillissante et son environnement.

Après l'analyse des entretiens, il en est ressorti des axes d'amélioration relatifs aux biais méthodologiques. En effet certaines questions ont nécessité des reformulations selon les ergothérapeutes. Il s'avère cependant que l'ensemble des professionnels a nécessité des précisions concernant la question 4 et 9.

Tout d'abord la question numéro 4, concernant les moyens supplémentaires imaginés par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement de la personne, a été reformulée pour l'ensemble des entretiens.

En effet au premier abord les ergothérapeutes exerçant en institution n'ont pas su répondre. Il a donc été nécessaire de préciser la question : « pensez à d'autres solutions au-delà des moyens utilisés en institution ? »

Ensuite, la question numéro 9, associée aux moyens supplémentaires imaginés par les ergothérapeutes pour assurer la qualité de vie des personnes vieillissantes au domicile, a été également reformulée pour l'ensemble des ergothérapeutes.

La même problématique a été constatée pour cette question. Il a donc fallu resituer le contexte et respecter les temps de silence, pour amener les professionnels à réfléchir sur leurs pratiques, et envisager les améliorations qu'ils aimeraient y apporter.

De plus les questions de relances ont été différentes selon les discours des ergothérapeutes interrogés. L'objectif était de favoriser la discussion malgré des questions préalablement définies. Ces relances ont permis de favoriser l'expression de certains professionnels sur des éléments qu'ils n'auraient pas évoqués.

Enfin il y a eu des cas où les ergothérapeutes n'ont pas trouvé de réponses, comme E-UMG n'imaginant pas de moyens supplémentaires à sa pratique. De ce fait les relances ont été formulées en tenant compte du biais de désirabilité sociale, pour éviter d'influencer le discours de la personne interrogée.

- Forces et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Concernant les forces de l'étude, quatre professionnels ont été interrogés, soit deux dans chaque domaine d'exercice, pour offrir une approche plus précise de la pratique de l'ergothérapie dans un contexte institutionnel et ambulatoire.

À la différence d'une étude quantitative, qui consiste à émettre une hypothèse que l'on valide ou réfute à l'issue de l'expérience, l'étude qualitative permet de décrire un phénomène et proposer des solutions à l'issue de la recherche.

L'analyse des résultats n'a pas démontré une radicale différence dans la pratique de l'ergothérapie en institution et en ambulatoire. En revanche il a été constaté une complémentarité des pratiques entre ces deux contextes.

Tous les ergothérapeutes témoignent qu'ils aimeraient revoir la personne après leur intervention, de continuer le suivi, et s'assurer de la qualité de vie des personnes vieillissantes après leur retour à domicile.

En effet, les ergothérapeutes exerçant en institution ont mis en avant un besoin de mettre en situation les personnes dans un contexte se rapprochant du lieu de vie. Il existe alors une complémentarité avec les ergothérapeutes en ambulatoire qui interviennent directement au domicile des personnes.

Cette complémentarité des pratiques est associée à un besoin de relai, qui nécessite un certain temps pour se mettre en place entre les ergothérapeutes et les équipes de maintien à domicile.

Concernant ensuite les limites, il s'avère que les résultats de cette étude amènent une description générale du phénomène.

Il s'agit d'une analyse visant à favoriser la compréhension d'un phénomène complexe, d'une façon moins individuelle. Cette recherche orientée sur un échantillon de quatre ergothérapeutes, limite l'exhaustivité et la représentativité de l'étude vis-à-vis de la pratique de l'ergothérapie à une échelle mondiale.

- Propositions de transférabilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude mettent en évidence des axes d'amélioration des pratiques, en vue de favoriser le retour à domicile de la personne vieillissante après une chute.

Il s'agit tout d'abord de favoriser l'implication des personnes vieillissantes dans leur projet de retour à domicile. Pour cela les ergothérapeutes exerçant en institution soulèvent l'idée de réaliser des mises en situation concrètes, au plus près de l'environnement écologique des patients. L'objectif étant de leur permettre de se projeter, et donc s'engager dans le projet.

Ensuite, les ergothérapeutes ont mentionné le besoin de revoir la personne après le retour à domicile. Il serait donc intéressant de pouvoir porter un regard sur la continuité des soins après l'intervention, pour s'assurer de la bonne application des recommandations au domicile.

En effet, à défaut de pouvoir revoir la personne vieillissante pour des contraintes institutionnelles de moyens et de temps, il apparaît nécessaire d'établir un relai de professionnels entre l'institution et le domicile. Pour cela il convient de créer un lien entre les ergothérapeutes exerçant en institution et les équipes de maintien à domicile.

- Perspectives de recherche et ouverture

Dans un premier temps l'engagement de la personne vieillissante en institution serait favorisé par des mises en situation pratiques, comme les réalisent actuellement les ergothérapeutes exerçant en ambulatoire.

Afin de favoriser la transition entre la prise en charge institutionnelle et la prise en charge ambulatoire, il pourrait être intéressant de confronter les personnes vieillissantes à des activités plus concrètes, se rapprochant de leur quotidien.

Pour cela, Isabelle Marchalot qui est une ergothérapeute rencontrée à l'occasion d'une allocation lors des 4èmes Assises Nationales de l'Ergothérapie, propose de concevoir un environnement ergothérapique facilitant l'engagement dans l'occupation. (36)

En effet ce concept consiste à décomposer le plateau technique des ergothérapeutes en succession d'espaces, permettant à chacun d'expérimenter les situations problématiques de leur quotidien. Il s'agit d'un lieu destiné à toute personne ayant eu une fracture, qui aspire à retrouver un équilibre physique, et psychique, mais aussi occupationnel. (36)

Le plateau central est donc séparé en différentes parties. Notamment l'espace habitat (salon, chambre, salle de bain, buanderie, salle à manger, bureau, cuisine), et l'espace extérieur (domicile, jardin, rue, transport en commun, cinéma, grande surface, lieu de travail ou de loisir...). Ces espaces permettent aux personnes de s'entraîner en vue du retour à domicile, et de trouver un sens à leurs occupations.

Dans un second temps il apparaît intéressant de se pencher au besoin de relai après l'intervention des ergothérapeutes.

En effet à la suite des entretiens, et après l'analyse des résultats, il en est ressorti une problématique de communication entre l'institution et l'ambulatoire.

Afin de comprendre les causes de ce constat, les ergothérapeutes ont été à nouveau interrogés sur leurs méthodes pour transmettre les préconisations aux équipes de relai à domicile.

E-H réalise des comptes rendus ajoutés à un dossier informatisé, pouvant être directement donné au patient, ou ajouté au dossier de sortie. Il contient notamment des préconisations en aménagements et aides techniques. Ces éléments ont été préalablement discutés avec la personne vieillissante et son entourage. Les aides humaines sont également évoquées mais ce n'est pas l'ergothérapeute qui décide le nombre d'heure ou de passages dans la semaine. Cependant, il s'avère que dans certains cas, les médecins demandent une nouvelle liste de matériel nécessaire malgré les préconisations informatisées. Cette problématique invite à une réflexion sur la qualité des transmissions, entre les ergothérapeutes et les professionnels s'assurant du suivi après leur retour à domicile.

E-CR quant à lui ne réalise pas d'écrits pour assurer la coordination avec les autres structures au moment du retour à domicile de la personne vieillissante. Dans le cas d'une HAD ou d'un besoin en aide humaine impliquant le SSIAD, la communication est réalisée au cours d'une rencontre entre l'ergothérapeute et le coordinateur, pour établir un état des lieux des besoins en matériel.

E-UMG déclare quant à lui qu'il réalise une synthèse écrite de son intervention pour le patient et l'entourage, concernant les différents aménagements réalisés et la mise en place des aides techniques. En revanche il n'existe aucune transmission écrite pour les équipes de maintien à domicile. Il s'agit d'une communication orale, voire d'un passage au domicile pour leur montrer l'utilisation du matériel. Il déclare notamment qu'il serait intéressant de mettre en place un système de transmission écrite formalisé entre les équipes pour favoriser une meilleure continuité des soins. Cependant il évoque une éventuelle limite concernant le droit de regard des professionnels sur données personnelles des patients, contenues dans le dossier médical.

Enfin E-SSIAD utilise un cahier de liaison contenant les synthèses de ses interventions à domicile, pour faire le lien avec les aides-soignantes, mais aussi des patients et l'entourage. Ce cahier serait également accessible aux autres associations d'aide à domicile, pour favoriser la bonne communication des actes entre les différentes structures. De plus, la traçabilité écrite peut être accompagné d'un passage à domicile par l'ergothérapeute pour vérifier la bonne intégration des informations transmises aux autres équipes. Ce dernier semble satisfait du système de communication installé par le service.

Ainsi ces éléments de réponse soulignent l'importance du travail pluridisciplinaire, à travers la coordination des actes entre les ergothérapeutes et les équipes de maintien à domicile.

Pour cela, il s'avère nécessaire d'établir un système de transmission d'informations efficace.

Ce constat incite à réfléchir sur la poursuite d'une étude, visant la collaboration entre les différents professionnels impliqués dans le retour à domicile.

Comment serait-il possible d'améliorer la traçabilité des actes entre les interventions des ergothérapeutes et les équipes de maintien à domicile ?

- Conclusion

Pour conclure, ce travail de recherche m'a permis d'établir un état des lieux global, en lien avec la problématique du retour à domicile de la personne vieillissante après une chute.

En effet la problématique du retour domicile va augmenter avec le vieillissement de la population. L'enjeu implique de répondre à de nouveaux besoins de prise en charge, impliquant l'environnement physique, humain et social.

Il s'agit pour les ergothérapeutes d'établir des partenariats avec d'autres professionnels, continuer à chercher de nouveaux moyens pour favoriser la qualité de vie au domicile, et ainsi éviter les ré hospitalisations.

La réalisation de cette étude aurait être plus représentative, avec d'autres entretiens permettant d'explorer un plus large domaine de pratiques, mais limité par des contraintes de temps. En revanche, la disponibilité des ergothérapeutes pour réaliser les entretiens et répondre à d'autres questions qui ont suivi, m'a permis de comprendre leurs pratiques, mais aussi leurs besoins pour améliorer leurs interventions.

De plus, la littérature française a offert un large choix d'articles scientifiques traitant du retour à domicile de la personne vieillissante. En revanche, une exploration plus importante de la littérature anglophone m'aurait permis d'explorer ce phénomène à une ampleur internationale, et confronter les pratiques de l'ergothérapie en France avec celles existantes dans d'autres pays. Cependant les contraintes d'accès aux ressources bibliographiques anglophones en ligne ont été une limite à l'approfondissement de cette voie.

Pour terminer, ce travail m'a apporté des connaissances théoriques sur le suivi de la personne vieillissante entre l'institution et le domicile.

En effet j'ai pu directement confronter mes connaissances à la pratique de terrain, dans le cadre de mon dernier stage dans un centre de rééducation à tendance gériatrique, traitant les différentes problématiques du retour à domicile au quotidien.

Enfin la réalisation d'une analyse thématique m'a permis d'expérimenter un travail de recherche qui m'a incité à me remettre en question et réajuster mon point de vue.

Ce travail m'a particulièrement intéressé pour envisager d'autres axes de recherche en ergothérapie, en corrélation avec l'augmentation des besoins et des moyens de la population.

Bibliographie :

1. Cœur-Larreux M, Malifarge D, Lefèbvre S. Des difficultés de sortie du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles... au projet de vie. Quel accompagnement en ergothérapie pour trouver le sens de la sortie ? J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. 1 mars 2010;30(1):25-31.

2. Nicolas F, Delahaye A. Prévention des troubles psychiques après un accident de la voie publique. [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatarevues12938505v67i238S1293850517304311](http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1199152/resultatrecherche/11) [Internet]. 28 févr 2018 [cité 25 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1199152/resultatrecherche/11>

3. Seramy N, Rimaud B, Catinat L, Libissa A, Zanker C, Beaune S, et al. Évaluation de la prise en charge des troubles de stress post-traumatique secondaire aux accidents de la voie publique aux urgences. [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatarevues099398570020001S622](http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/110639/resultatrecherche/73) [Internet]. 7 mars 2008 [cité 25 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/110639/resultatrecherche/73>

4. Le retour à domicile des personnes âgées hospitalisées : objectif utopiste ou réaliste? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2006;6(31):1-2.

5. Rogers CR, Richon H-G, Kirschenbaum H, Henderson VL, Randin J-M. L'approche centrée sur la personne. Genève: Éditions Ambre; 2013.

6. Odier G. Carl Rogers : être vraiment soi-même. Rev Int Psychosociologie Gest Comport Organ. 7 juin 2012;XVIII(45):297-8.

7. pubmeddev. Home - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
8. ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books. [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/>
9. EM Premium [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com/>
10. Traumatisme (médecine). In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Traumatisme_\(m%C3%A9decine\)&oldid=145829413](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Traumatisme_(m%C3%A9decine)&oldid=145829413)
11. Circuits hospitaliers d'urgence des personnes âgées expérience de transfert direct en unité de médecine interne et gériatrie. Réanimation Urgences. 1 janv 1992;1(4):555-61.
12. Bloch F, Bouilly C, Bourgoïn G. La chute de la personne âgée, des facteurs de risque à la prévention. Wwwem-Premiumcomdatarevues12686034v20i114S1268603415000821 [Internet]. 8 juill 2015 [cité 16 janv 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/988785/>
13. Cayado V, Chahbi R. La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 août 2015;15(88):194-9.
14. Bouras AF. Sortie des patients âgés après chirurgie : entre réhabilitation précoce et demande de convalescence ! J Chir Viscérale. 1 avr 2014;151(2):95-6.

15. Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 août 2015;15(88):188-90.
16. Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs. *Rev Médecine Interne*. 1 août 2016;37(8):521-8.
17. Planning older people's discharge from acute hospital care: linking risk management and patient participation in decision-making: *Health, Risk & Society: Vol 6, No 2* [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1369857042000219797>
18. Mihaljcic T, Haines TP, Ponsford JL, Stolwyk RJ. Investigating the relationship between reduced self-awareness of falls risk, rehabilitation engagement and falls in older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 1 mars 2017;69:38-44.
19. Blond H. La visite préalable au retour à domicile. [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatarevues12686034v20i113S1268603415000444](http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/data/revues/12686034v20i113S1268603415000444) [Internet]. 5 mai 2015 [cité 21 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/973672/resultatrecherche/2>
20. Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JCT, Cumming RG. Environmental Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older People: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *J Aging Health*. 1 déc 2008;20(8):954-71.
21. Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* [Internet]. 9 oct 2018 [cité 21 oct 2018]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S1627483018301508>

22. Le retour à domicile. Rev Mal Respir. 1 oct 2008;25(8):1057-8.
23. Intérêt de l'optimisation du retour au domicile après une chute pour prévenir la survenue d'une nouvelle chute. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 août 2015;15(88):191-3.
24. Falls-in-the-Elderly-the-Need-for-Teamwork-Through-a-Network.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Gilles_Berrut/publication/26425732_Falls_in_the_Elderly_the_Need_for_Teamwork_Through_a_Network/links/0deec5161838d6bcbe000000/Falls-in-the-Elderly-the-Need-for-Teamwork-Through-a-Network.pdf
25. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
26. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie. De Boeck Supérieur SA; 2017. 242 p.
27. ergo-psycho.com. Le Modèle de l'Occupation Humaine: MOH [Internet]. ergo-psycho.com. 2019 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://ergo-psycho.com/le-modele-de-loccupation-humaine-moh/>
28. Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G. MOHOST: outil d'évaluation de la participation occupationnelle. 2017.
29. Sohier A, Bellagamba D. Developing a descriptive framework for "occupational engagement". Un article paru en 2017, rédigé par Karen Morris et Diane L. Cox. Rev Francoph Rech En Ergothérapie. 5 oct 2018;4(2):151-6.

30. Bley D, Vernazza-Licht N. La qualité de vie : actualité et enjeux d'un concept. In: BLEY D, éditeur. Cadre de vie et travail Les dimensions d'une qualité de vie au quotidien [Internet]. Edisud; 2005 [cité 26 janv 2019]. p. 13-24. (Ecologie Humaine). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01442713>
31. Eymard-Simonian C, Vial M, Thuilier O. Le travail de fin d'études: s'initier à la recherche en soins et santé. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2004. (Les fondamentaux).
32. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010;N° 102(3):23-34.
33. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
34. TRENTESE A. La valeur ajoutée des équipes mobiles de gériatrie [Internet]. Infirmiers.com. 2013 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/les-equipes-mobiles-de-geriatrie-pour-qui-pour-quoi-comment.html>
35. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. :17.
36. Marchalot I. Concevoir un environnement ergothérapeutique favorisant l'engagement dans l'occupation. In ANFE; 2019.

Annexe 1**Résultats de la revue de littérature**

Total à partir des mots clés	Base de données	Sélection par le texte	Sélection par le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
Articles en français	ScienceDirect Sans le critère « ergothérapie »	444	20	15	7
	EMPremium	5532	334	22	6
Articles anglophones	Pubmed Sans le critère « ergothérapie »	28	25	3	1
	AMU	1885	134	7	2

Annexe 2**Enquête exploratoire**

1) *À votre avis le délai prise en charge en ergothérapie des personnes vieillissantes hospitalisées en traumatologie est -il suffisant ?*

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / ni en accord ni en désaccord / Plutôt en désaccord / Tout à fait en désaccord

En effet cette question s'intéresse aux modalités de prise en charge à l'hôpital, et dans quelle mesure la prise en charge en ergothérapie est-elle proche de la chute de la personne vieillissante.

2) *Pensez-vous que le temps d'hospitalisation des personnes âgées permet d'assurer une bonne qualité des soins ?*

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / ni en accord ni en désaccord / Plutôt en désaccord / Tout à fait en désaccord

L'objectif est de savoir si le temps d'hospitalisation permet de fournir une prise en charge de qualité aux personnes vieillissantes.

3) *À votre avis la durée d'hospitalisation est-elle suffisante pour permettre le retour à domicile en sécurité ?*

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / ni en accord ni en désaccord / Plutôt en désaccord / Tout à fait en désaccord

Cette question permet de savoir si les personnes vieillissantes ont récupéré l'ensemble de leurs capacités physiques et psychologiques au moment de la sortie.

4) *Pensez-vous que l'institution favorise la continuité des soins entre les différents professionnels du service ?*

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / ni en accord ni en désaccord / Plutôt en désaccord / Tout à fait en désaccord

Cette interrogation permet de situer la place de l'ambulatoire dans la sortie de la personne vieillissante.

5) *D'après vous en ergothérapie, à quelle moment la préparation à la sortie est-elle la plus importante ?*

- Dès l'arrivée du patient
- Pendant l'hospitalisation
- À sa sortie

Cette question permet d'identifier l'importance de préparer le retour à domicile de la personne vieillissante à tout moment de son hospitalisation.

6) *Certaines personnes vieillissantes sont-elles confrontées à des difficultés de sortie ?*

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / ni en accord ni en désaccord / Plutôt en désaccord / Tout à fait en désaccord

Si oui, quelles seraient ces difficultés :

Cette question permettrait de valider l'existence de difficultés de sortie en fin de prise en charge.

7) *Pourquoi la fin de prise en charge peut être difficile à concevoir pour les personnes vieillissantes ?*

- Récupération des fonctions incomplète
 - Domicile non adapté
 - Contexte familial
- Autres, précisez :

Cette question permet d'identifier les causes de ces difficultés si elles existent sur le terrain.

8) *Quels moyens utilisez-vous pour optimiser la prise en charge en ergothérapie vers le retour à domicile ?*

Choisir une ou plusieurs réponses :

- Bilans réguliers
 - Activités individuelles
 - Activités en groupe
 - Mises en situation
 - Coopération en équipe de professionnels
- Autres moyens, précisez :

Il s'agit de déterminer les moyens utilisés par l'ergothérapeute dans une institution, pour favoriser l'implication de la personne vieillissante dans la préparation de son retour à domicile.

9) *Les moyens institutionnels sont suffisants pour assurer le transfert des acquis au domicile ?*

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / ni en accord ni en désaccord / Plutôt en désaccord / Tout à fait en désaccord

Cette question a pour objectif de mesurer la satisfaction des ergothérapeutes sur le fonctionnement de l'institution.

Pensez-vous que d'autres moyens seraient nécessaires ? (Si oui lesquels)

Cette question laisse la possibilité aux ergothérapeutes de réfléchir à d'autres solutions pour favoriser la sécurisation des personnes vieillissantes au domicile.

10) *Pensez-vous que l'ergothérapeute puisse agir en amont au domicile pour éviter l'hospitalisation de la personne vieillissante ?*

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / ni en accord ni en désaccord / Plutôt en désaccord / Tout à fait en désaccord

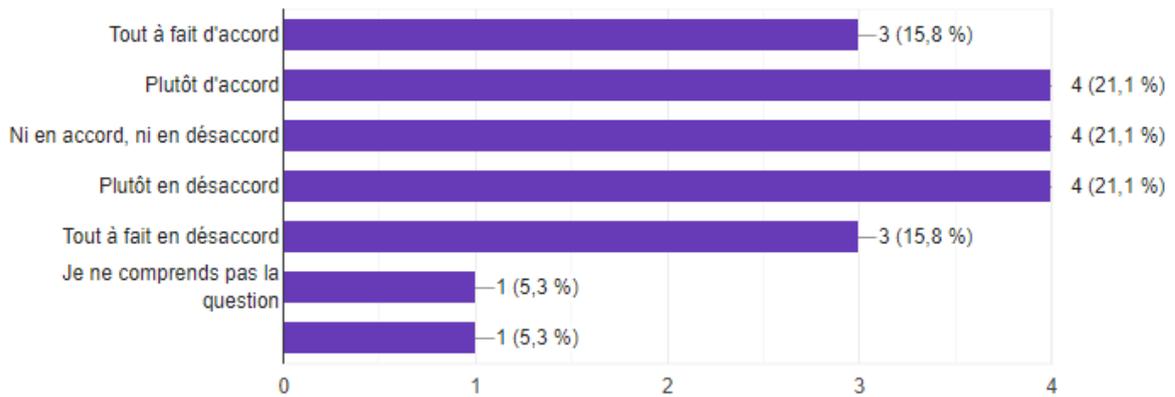
Si oui, de quelle façon d'après vous ?

Il s'agit de mettre en avant l'intérêt de la prévention, afin d'éviter la chute de la personne vieillissante au domicile.

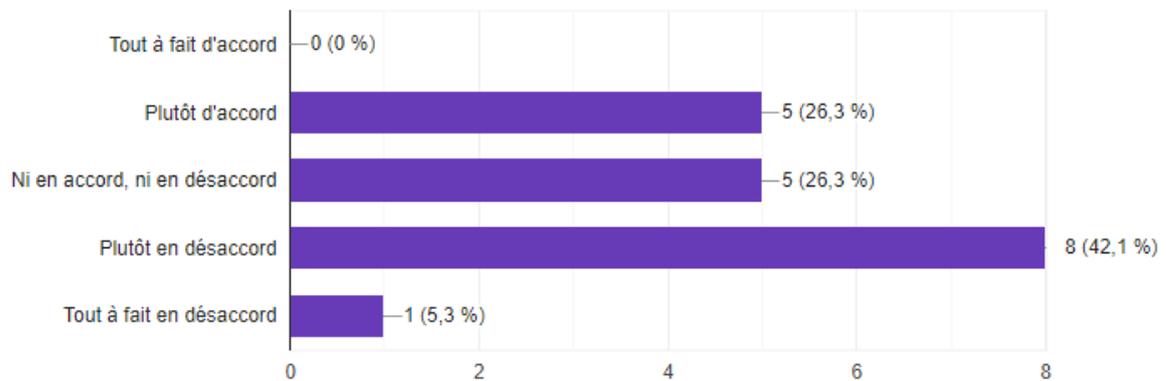
Annexe 3

Résultats de l'enquête exploratoire

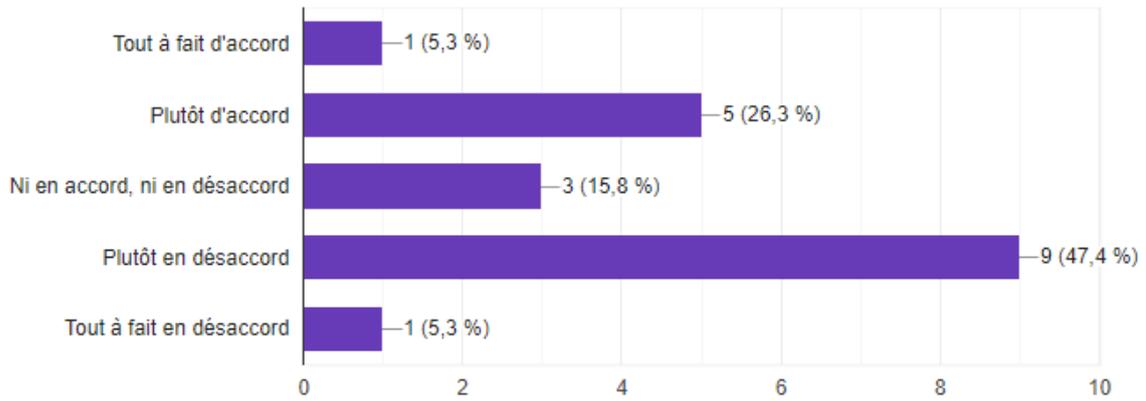
1) *D'après vous la prise en charge des personnes vieillissantes en ergothérapie arrive-t-elle suffisamment tôt dans le processus de soin à l'hôpital ?*



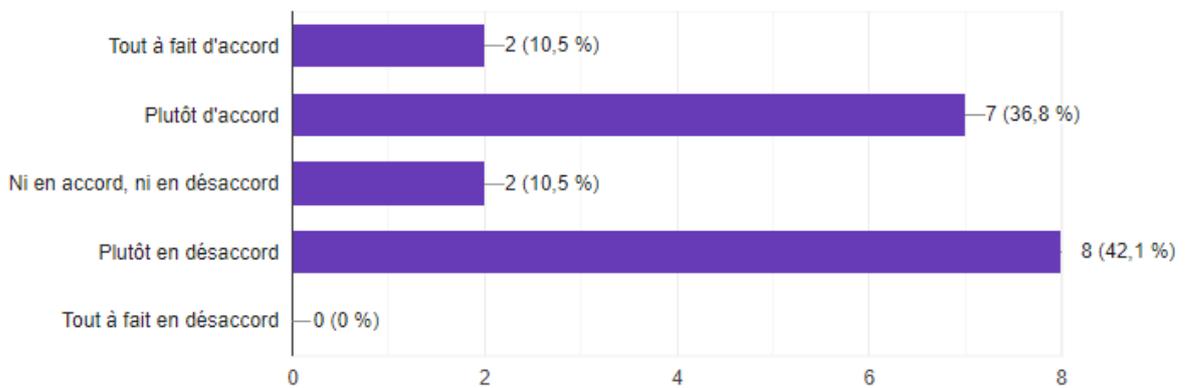
2) *Pensez-vous que le temps d'hospitalisation de la personne vieillissante est suffisant pour assurer la qualité des soins ?*



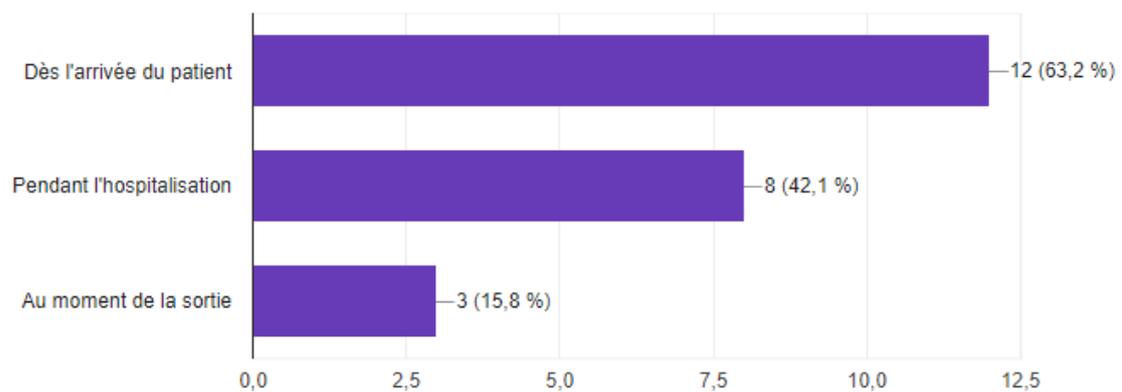
3) *À votre avis la durée d'hospitalisation est-elle suffisante à la récupération de la personne vieillissante ?*



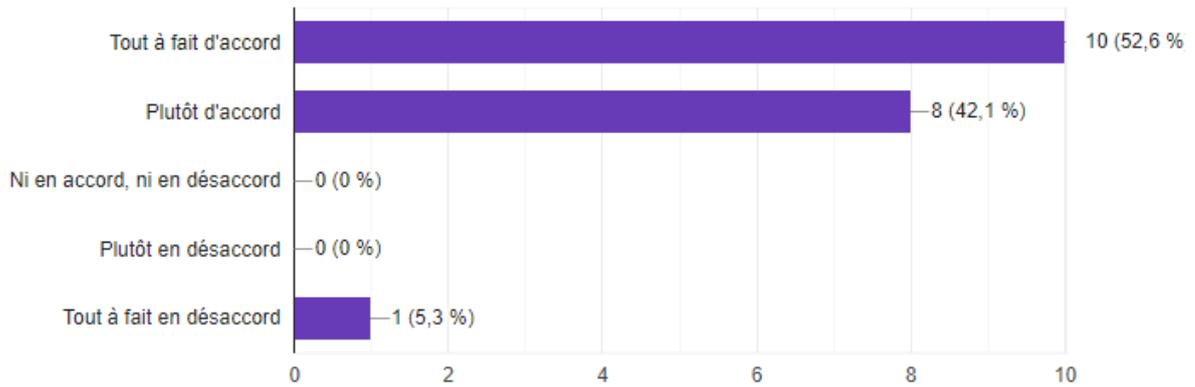
4) *Pensez-vous que la structure assure la continuité des soins entre les professionnels vers le retour à domicile ?*



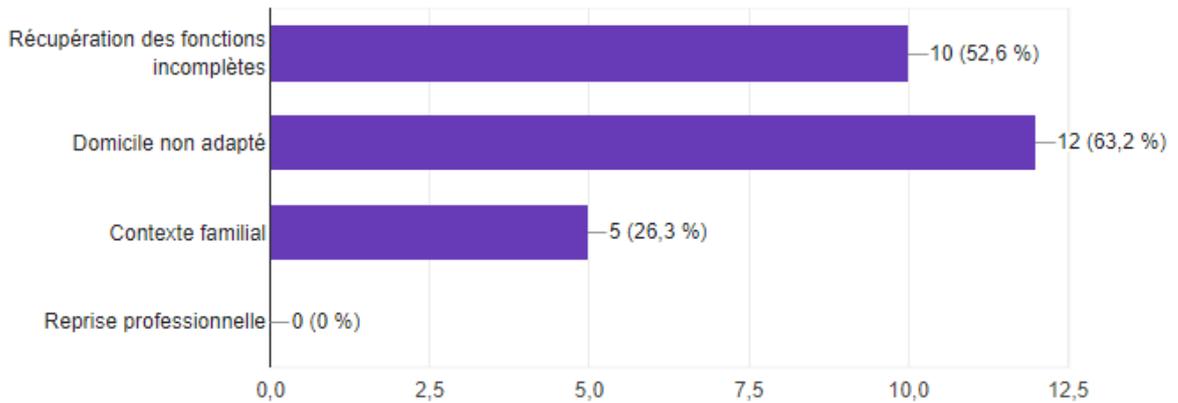
5) *D'après vous en ergothérapie, à quelle moment la préparation à la sortie est-elle la plus importante ?*



6) *Certaines personnes vieillissantes sont-elles confrontées à des difficultés de sortie ?*

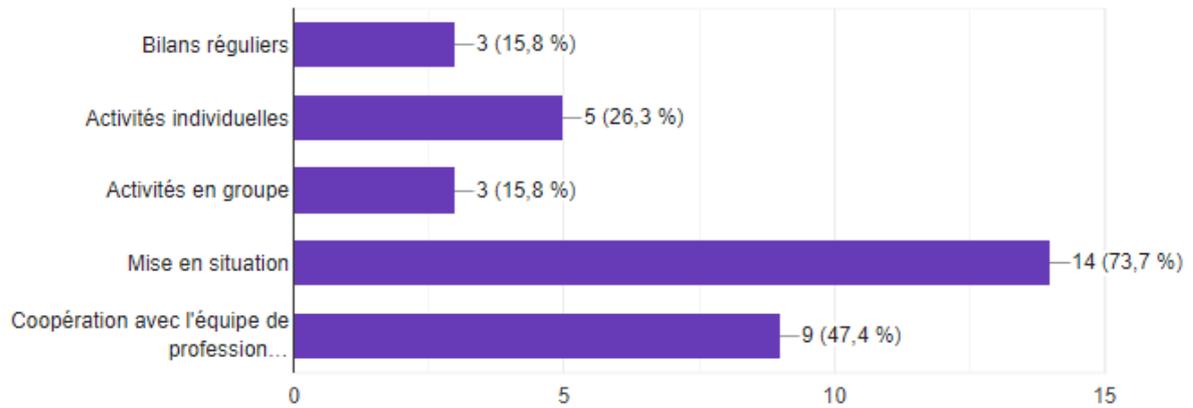


7) Pourquoi la fin de prise en charge peut être difficile à concevoir pour les personnes vieillissantes ?



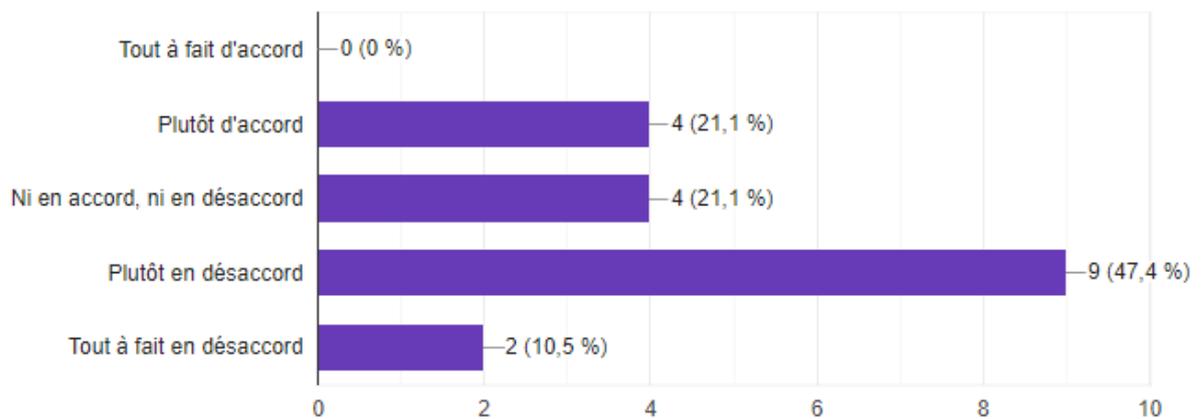
- *Autres, précisez :* Certains ergothérapeutes rajoutent également un facteur psychologique engagé dans l'accompagnement de la personne vieillissante. L'appréhension de vivre seule à son domicile serait alors accentuée par la modification des habitudes de vie, la peur de rechuter, les démarches administratives, et les besoins d'aménagements de l'environnement.

8) *Quel moyens utilisez-vous pour optimiser la prise en charge en ergothérapie vers le retour à domicile ?*



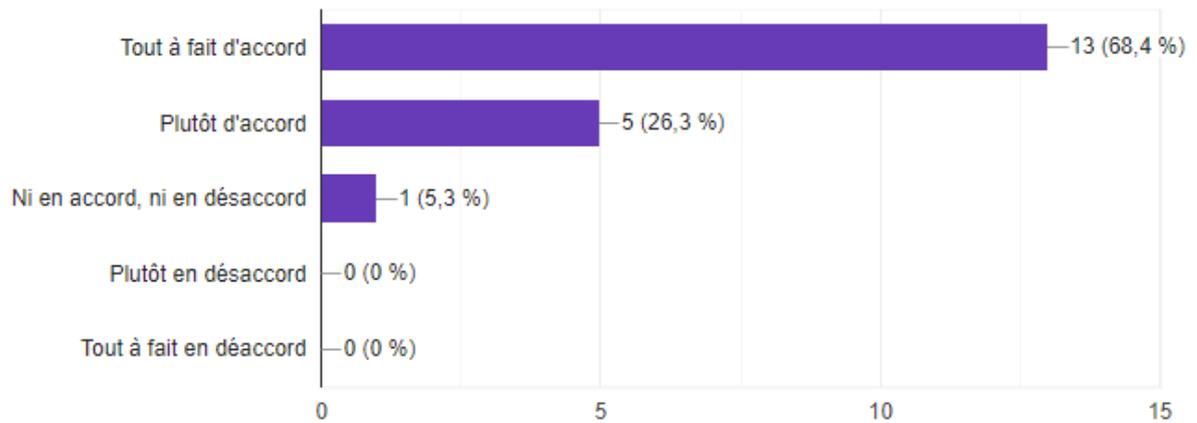
- *Autres, précisez :* Il s'avère également que les visites à domicile sont importantes pour envisager le retour à domicile de la personne vieillissante.

9) *Les moyens institutionnels sont suffisants pour assurer le transfert des acquis au domicile ?*



- *Pensez-vous que d'autres moyens seraient nécessaires ? (Si oui, lesquels)* Les ergothérapeutes mentionnent l'intérêt de mettre en place des mises en situation directement au domicile. De plus ils s'accordent sur le fait qu'il serait intéressant d'avoir la possibilité de suivre la personne vieillissante après sa sortie en collaboration avec d'autres professionnels de santé.

10) Pensez-vous que l'ergothérapeute puisse agir en amont pour éviter l'hospitalisation de la personne vieillissante ?



- *Si oui, de quelle façon d'après vous ?* Les ergothérapeutes s'accordent sur le fait qu'il est plus important d'agir en prévention pour éviter les chutes. Pour cela il s'agit d'informer la personne vieillissante sur les risques de chutes, d'aménager le domicile en amont, et favoriser la communication entre les professionnels de santé.

Annexe 4**Construction de l'analyse de recueil de données**

Concepts	Critères	Indicateurs
Engagement occupationnel (29)	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs externes • Facteurs internes 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociaux • Culturels • Physiques • Valeurs • Conséquences
Qualité de vie (30)	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement et santé • Mesure et perception • Individuel et collectif 	<ul style="list-style-type: none"> • Etat de santé • Accessibilité aux services • Culture • Santé perçue • Santé subjective • Cadre de vie • Représentations • Pratiques

Annexe 5**Matrice de questionnement**I. Rôle de l'ergothérapeute dans l'engagement occupationnel de la personne vieillissante

Questions	Apports
À quel moment de la prise en charge envisagez-vous le retour à domicile ?	<ul style="list-style-type: none"> • Situer la place du retour à domicile dans la prise en charge
Quels sont les freins pouvant limiter son engagement dans le projet ?	<ul style="list-style-type: none"> • Connaitre l'avis des professionnels sur facteurs internes et externes pouvant influencer l'adhésion des personnes
Quels moyens utilisez-vous pour favoriser l'implication des personnes dans leur projet de retour à domicile ?	<ul style="list-style-type: none"> • Connaitre les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des personnes dans le processus
D'après vous, quels moyens supplémentaires l'ergothérapeute pourrait utiliser pour favoriser l'engagement de la personne dans son retour à domicile ?	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre une ouverture sur d'autres possibilités d'intervention imaginées par les professionnels pour augmenter l'adhésion des personnes vieillissantes

II. Le rôle de l'ergothérapeute dans la qualité de vie de la personne vieillissante

Questions	Apports
Comment la personne vieillissante perçoit son état de santé après une chute ?	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir s'il existe un écart de représentations entre la santé réelle et perçue par la personne vieillissante • Connaitre les conséquences de ces différences sur la qualité de vie
Quelle est la vision de la personne vieillissante sur la sécurité de son domicile ? Et ses habitudes de vie ?	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer la vision des personnes vieillissantes partir des observations des professionnels sur la sécurité du lieu de vie et des activités antérieures

<p>Quels sont les éléments physiques et environnementaux pouvant faire obstacle au retour à domicile ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les freins du changement de mode de vie après une chute
<p>Quels sont les moyens privilégiés pour favoriser la sécurisation des habitudes de vie au domicile ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaitre les moyens pour optimiser la qualité de vie après une chute au domicile • Savoir comment l'ergothérapeute amène le changement du cadre de vie, des représentations, et des pratiques à domicile
<p>D'après vous, existe-t-il d'autres solutions pour assurer la qualité de vie des personnes dans leur milieu écologique après une chute ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre une ouverture sur d'autres moyens, matériels ou humain, à envisager pour favoriser la qualité de vie des personnes vieillissantes

Annexe 6**Retranscription entretien ergothérapeute hospitalier**1) *À quel moment de la prise en charge envisagez-vous le retour à domicile ?*

« Ça dépend déjà à quel moment on reçoit la personne âgée. Parce que ça peut être en tout début de prise en charge donc là le retour à domicile n'est pas encore vraiment envisageable. Ou alors on le prend en plein milieu voir uniquement pour une évaluation du retour à domicile. Donc c'est vraiment au cas par cas. Je ne saurais pas trop donner un moment précis. Des fois c'est le médecin qui va le demander, des fois c'est l'équipe qui va poser la question, quel devenir ? Est-ce qu'on ne ferait pas une réunion de synthèse pour envisager le retour à domicile ? À quelle échéance ? Moi je le vois comme ça quoi... »

2) *Quels sont les freins pouvant limiter l'engagement de la personne vieillissante dans son projet de retour à domicile ?*

« Déjà selon la pathologie de la personne, des fois comme ils ne se rendent pas forcément compte de leur handicap ils peuvent ne pas s'engager du tout dans cette voie-là. Ensuite le handicap en lui-même s'il est vraiment très lourd c'est un frein au retour à domicile et dans ce cas on doit chercher d'autres solutions. Au mieux si on peut faire de l'hospitalisation à domicile c'est bien mais parfois on est obligé de penser aux maisons de retraite quand ce n'est pas faisable. On essaie au maximum de pouvoir retrouver le lieu de vie de la personne et on sait que des fois ça ne sera pas possible. Des fois c'est aussi les médecins qui prennent le temps et on se demande quand est-ce qu'on va pouvoir envisager le retour à domicile, et dans d'autres cas ils l'envisagent très tôt et nous on est obligé de se speeder. »

3) *Quels moyens utilisez-vous pour favoriser l'implication des personnes dans leur projet de retour à domicile ?*

« On essaie de les connaître le plus possible. On essaie de faire vraiment le tour de son environnement au niveau logement, de son environnement familial, de ses désirs, de ses loisirs aussi. Il faut trouver toutes les pistes pour les explorer et trouver le moyen qui pourrait lui donner envie de s'impliquer dans le projet de retour à domicile, de retour à sa vie d'avant, adapté selon le cas. S'il aime les sorties ? Un club du troisième âge vous allez-vous allier avant ? Est-ce que vous pouvez y retourner ? Est-ce qu'on peut adapter les gestes qui lui permettraient de refaire une activité qu'il aimait avant ?

Est-ce qu'elle peut lui permettre des sorties déjà une journée ou un week-end pour voir si ça se passe bien, et voir ce qui se passe mal et dans ce cas comment on peut l'adapter ? L'améliorer ? Comme ça on y va progressivement et toujours au cas par cas. »

4) *D'après vous, quels moyens supplémentaires l'ergothérapeute pourrait utiliser pour favoriser l'engagement de la personne dans son retour à domicile ?*

« Des moyens supplémentaires... Je ne sais pas... »

Relance : Pensez-vous à d'autres moyens au-delà de ceux que vous utilisez déjà dans l'institution ? Pensez-vous à d'autres solutions ?

« L'implication de la famille aussi qui est importante. Il faut savoir la modérer aussi. Des fois la famille est trop impliquée à vouloir trop aider ça ne va pas plaire. Ou alors elle ne s'implique pas assez et ça va freiner. Il faut doser l'implication de l'environnement familial, même amical... »

Relance : L'entourage ?

« Oui l'entourage si on peut avoir un levier là-dessus c'est toujours intéressant de le rajouter. Il n'y a pas toujours. Des personnes âgées isolées c'est plus difficile, des fois un ami, parfois un voisin, ce n'est pas évident. Après il y a peut-être des associations mais je ne connais pas vraiment. »

5) *Comment la personne vieillissante perçoit son état de santé après une chute ?*

« Ça dépend des caractères. Il y en a qui ne vont pas voir le handicap et vouloir absolument faire des choses et peut être se mettre en danger. Il y en a qui vont avoir peur et qui oseront plus faire les choses, donc ça va les freiner. Il faut réussir à les accompagner à chaque fois selon leur caractère. Il en a qui prennent ça pour une déchéance et qui vont complètement déprimer parce qu'ils se retrouvent coincés au fond du lit alors qu'ils étaient très actifs, même en étant âgé. Il y a des personnes âgées qui sont très très actives, et d'autre très planplan je regarde la télé, peut être sortir mon chien. Mais il y en a d'autres qui font des sorties, des randonnées, ils vont dans des clubs. Il y en a qui jouent à la pétanque, il y en a qui font du vélo même à 80 ans. Donc c'est très très différent, et parfois les personnes les plus actives quand elles se retrouvent coincées dans un lit, dans un fauteuil, et qu'ils voient que la rééducation ça va être très lent et que peut être qu'ils ne récupéreront pas tout, c'est très très difficile pour le moral il faut un suivi psychologique aussi. On n'est pas psychologues nous mais on a quand même une approche psychologique de la chose.

On a eu des cours, mais s'il faut en arriver à voir carrément un psychologue en plus et bien on l'intègre dans le groupe qui prend en charge la personne c'est important. Donc il y a vraiment différents niveaux pour la personne âgée, pour se voir après une chute, se percevoir en hospitalisation, ils ne réagissent vraiment pas tous de la même façon. Il y en a qui ne se rendent pas du tout compte qu'ils sont malades. Je ne sais pas ce qu'il s'est passé mais ils s'en fichent ils se laissent tranquillement vivre. Ils se disent c'est bon maintenant tout le monde m'aide, on me fait ma toilette, j'ai des couches on me fait la toilette c'est pénard... Et pour cela il faut un peu les tirer. On va éviter le syndrome de glissement ça serait dommage. »

6) *Quelle est la vision de la personne vieillissante sur la sécurité de son domicile ? Et ses habitudes de vie ?*

« C'est pareil ça dépend des personnes. Il y en a qui se rendent compte qu'après la chute il y a des choses à changer dans le domicile puisque c'est là qu'elles ont chuté, donc on peut rentrer en discussion là-dessus, voir comment est le domicile, d'ailleurs on fait des visites à domicile pour analyser, et analyser avec eux le problème. Il y en a qui ne voient pas le problème. Il dit moi j'ai toujours habité là, c'est la première fois que ça m'arrive, pourquoi on changerait mes habitudes ? Je n'ai pas envie qu'on bouge mes meubles, je n'ai pas envie qu'on enlève mes tapis, j'aime mes bibelots, j'y tiens, je veux les garder. Ma vieille armoire elle est très bien là où elle est. Ne touchez pas à mes affaires. Et il y en a qui ne veulent rien entendre ils ne vont même pas enlever une porte pour gagner un peu d'espace, il ne faut pas toucher le cadre de vie c'est sacré. Il y en a qui sont très ouverts mais il y en a non.

Relance : D'accord je vois.

« Si on arrive à amener la discussion pour modifier des trucs c'est bien mais on ne peut pas aller contre leur volonté non plus. C'est une intrusion ils vont très mal le vivre. Il y en a qui refusent les visites à domicile d'ailleurs. »

7) *Quelles sont les éléments physiques et environnementaux pouvant faire obstacles au retour à domicile ?*

« Silence »

Relance : Qu'est ce qui pourrait faire obstacle chez la personne au niveau de son domicile et de ses habitudes plus concrètement ?

« Il y a tellement de facteurs de chute différents dans une maison.

Comme je disais, déjà rien qu'un tapis tu te prends les pieds dedans, des fois on les colle au sol et on règle le problème mais pas toujours. Si la personne n'arrive pas à bien lever les pieds en marchant il y aura toujours un risque si on n'enlève pas les tapis ça va être problématique. Il y a toujours un fil qui traîne, un lampadaire avec le fil sur le sol, il faut ranger au maximum tous les fils, il faut parfois enlever quelques meubles pour gagner un peu d'espace, parce que la personne va revenir. Mais elle va revenir comment ? Elle va revenir sur ses deux pieds ? Elle va revenir avec une canne ou un déambulateur ? Il faut que ça passe et si ça ne passe pas elle s'embranchera dans une chaise en faisant une manœuvre et elle re chute. Et il y a encore la salle de bain c'est encore autre chose. Le revêtement au sol, comment s'asseoir sur les toilettes, si on n'a pas mis une barre d'appui parce que c'est moche. Ou on n'a pas pu modifier la baignoire en douche parce que c'est trop cher, ou parce que changer le logement ça prend du temps et il faut faire des dossiers pour avoir des demandes d'aides financières. Ou alors non on n'a pas les moyens d'acheter ne serait-ce qu'une planche de bain, alors qu'on fait ? Si on ne peut pas modifier le logement comme il faut, si on ne peut pas mettre un lit médicalisé parce que la chambre est trop petite, et qu'ils n'en veulent pas dans le salon. On le fait des fois, de mettre un lit médicalisé dans le salon, alors oui ce n'est pas beau mais c'est ça où tu ne peux pas rentrer chez toi. Mais ça va changer ton logement c'est plus pareil, c'est dur... »

Relance : Ah oui c'est dur ?

« Ben oui c'est dur et puis quand on dit que ça ne va pas être possible, il y a vraiment trop de choses, y a trop de problèmes vous habitez au troisième étage sans ascenseur comment vous allez faire ? Et qu'ils disent moi c'est hors de question que je déménage... »

8) *Quels sont les moyens privilégiés pour favoriser la sécurisation des habitudes de vie au domicile ?*

« On essaye de trouver des compromis... On fait ce qu'il peut être fait en fonction des moyens financiers, en fonction du temps qu'on a, en prévoyant peut être des choses à moyen terme ou à long terme, mais en essayant de faire le mieux possible tout de suite et puis en respectant ce qu'ils veulent et ce qu'ils ne veulent pas.

Relance : Ah oui c'est important de respecter les besoins des patients ?

« Oui s'ils ne veulent vraiment pas changer le logement et bien on va tout faire pour trouver une solution pour le logement actuel.

S'ils disent qu'ils ne peuvent pas faire des travaux dans la salle de bain, parce que c'est cher et bien on va essayer de trouver le siège antidérapant pour qu'il puisse s'asseoir, la planche de bain pas trop chère comme ça ils peuvent se le payer... »

Relance : Vous trouvez des compromis avec les personnes ?

« Il faut trouver les compromis sur le modèle, ou alors le déambulateur qui passe les portes mais à telle hauteur, avec les roues comme ceci... Si on peut avoir du choix dans un éventail de possibilités on le fait. S'il y a des endroits où il n'y a pas de choix on essaye de négocier que ça se fasse quand même. Si ça ne passe pas, ça ne passe pas mais on ne pourra pas dire qu'on ne l'a pas fait. C'est en discutant avec la personne et la famille aussi. Parce que si la personne ne veut rien entendre peut-être que la famille trouvera des arguments pour faire entendre raison à la personne si nous on n'y arrive pas. Il faut essayer tout. »

9) *D'après vous, existe-t-il d'autres solutions pour assurer la qualité de vie de la personne dans son milieu écologique après une chute ?*

« Hum je ne sais pas... »

Relance : Quelles actions supplémentaires l'ergothérapeute pourrait envisager ? Qu'il n'y aurait pas en institution actuellement ?

« Si on pouvait avoir un suivi après. Quand la personne est rentrée nous on n'a pas de retour sur ce qui se passe après. C'est dommage si nous on ne peut pas intervenir au domicile quand la personne n'est pas hospitalisée. Après il y a peut-être des associations de retour à domicile ou des ergothérapeutes en libéral qui pourraient eux assurer un suivi, quelques visites de contrôle à moyen terme, à long terme pour voir comment ça se passe, revenir sur ce qui a été fait, ce qui n'a pas été fait, sur ce qu'il y a encore à faire, sûr ce qui pourrait être amélioré. Comme ça on ne lâcherait pas la personne. En tout cas pas de façon brutale, même on a bien bordé le chemin avant de partir. Des fois on a des trucs en cours, alors si on n'a pas le lien avec le revendeur de matériel, qui va apporter les choses. Nous dans notre travail on a un lien assez fréquent avec ces revendeurs-là. Donc souvent ils nous disent j'ai livré telle chose à telle endroit, ou j'ai vu telle chose avec tel patient que tu m'avais demandé de voir. Donc on sait que des choses ont été continuées. Mais pour d'autres on a donné des recommandations et puis ils sont repartis avec. Et on ne sait pas ce qu'il s'est passé derrière et ça c'est embêtant ... »

Relance : Vous pensez donc aux liens avec les professionnels qui pourraient assurer le relais après la sortie ?

« Je pense que ça serait utile d'avoir un regard sur la continuité des soins après l'hospitalisation. Ça serait intéressant de pouvoir faire des liens on irait au fond des choses. Ça serait rassurant aussi pour nous de savoir qu'on a fait notre travail mais ça a été suivi jusqu'au bout, et que la personne est bien. »

Annexe 7**Entretien ergothérapeute centre de rééducation**

1) *À quel moment de la prise en charge envisagez-vous le retour à domicile ?*

« Quand on estime que le patient est capable de se débrouiller seul à la maison ou que le patient souhaite retourner à domicile. Ce qui ne correspond pas toujours au même moment. »

2) *Quels sont les freins pouvant limiter l'engagement de la personne vieillissante dans son projet de retour à domicile ?*

« Si le retour à domicile est trop dangereux, s'il est trop lourd pour la famille, si la personne est trop dépendante et nécessite des soins et une prise en charge en hospitalisation, ou EHPAD ou en Soins de Suite. Si le patient est trop dépendant et nécessite une hospitalisation plus lourde. »

3) *Quels moyens utilisez-vous pour favoriser l'implication des personnes dans leur projet de retour à domicile ?*

« Déjà on les stimule en leur disant qu'ils vont pouvoir rentrer à domicile. Ça c'est la première des choses. C'est-à-dire leur faire comprendre qu'on n'est pas là pour les garder, on n'est pas un EHPAD, on est un centre de rééducation et le but ça va être de les rendre le plus autonome possible en vue du retour à domicile. Donc en fait ils ont déjà un objectif, ça va être retourner chez eux. Et après ça va être au quotidien, les stimuler pour déjà leur apporter nous un peu de joie de vivre. Un peu les valoriser par rapport à ce qu'ils font, leur montrer même s'ils sont infimes les petits progrès qu'ils vont pouvoir faire tous les jours. Et tous les jours leur donner envie d'aller plus loin dans leur progression, et ça valorise le patient, ça lui donne envie de partager enfin de faire sa rééducation, ça le stimule. »

4) *D'après vous quels moyens supplémentaires l'ergothérapeute pourrait utiliser pour favoriser l'engagement de la personne dans le retour à domicile ?*

« Silence »

Relance : Est-ce qu'il y aurait d'autres moyens au-delà de ceux que vous utilisez déjà en institution ?

« Oui il y a tout ce qui est mise en situation pratique. Il y a tout ce qui est cuisine thérapeutique, éventuellement re travailler tout ce qui est transferts, marche, cette fois en chambre en mise en situation concrète. Là oui le patient va pouvoir pointer du doigt les difficultés qu'il a. On peut voir ensemble comment on peut surmonter ces difficultés, et ça va aussi le stimuler pour un retour à domicile. Parce qu'il va voir une ouverture, son horizon s'ouvrir par rapport à sa sortie. Donc là ça va le stimuler encore plus. »

5) *Comment la personne vieillissante perçoit son état de santé après une chute ?*

« Il y a un sentiment de dégradation chez le patient. Je pense qu'il se voit vieillir. Il y a une certaine lucidité par rapport au fait de vieillir et de perdre des capacités, et du coup ne pas pouvoir faire les choses comme il voudrait les faire. Et donc bien souvent ça peut être l'entrée dans une dépression parce qu'il y a une réalité qui s'oppose à lui par le fait qu'il vieillit et que les choses ne sont plus comme il voudrait qu'elles soient. Et donc il va falloir essayer de redonner un peu de joie de vivre là-dedans, et essayer de lui faire comprendre que c'est un épisode dans sa vie, mais que ça vie ne va pas s'arrêter là à cause d'une chute. Il y a des moyens qu'on peut mettre en place pour justement éviter les chutes. Faire attention de ne pas re tomber. De mettre en place des moyens divers pour éviter la chute et éviter cet épisode un peu dégradant pour lui. »

6) *Quelle est la vision de la personne vieillissante sur la sécurité de son domicile ? Et de ses habitudes de vie ?*

« Silence »

Relance : Est-ce que la personne a l'impression que ses habitudes sont sécurisées ? Et que son domicile est sécurisé ?

« Il y a deux types de comportement je crois. Il y a les gens qui sont très réalistes, qui comprennent qu'ils ont des difficultés, qu'il faut faire plus attention, qu'il faut sécuriser le domicile, qui sont prêts à tout justement pour se préserver à domicile. Ils sont prêts à tout mettre en œuvre pour faire attention, pour sécuriser etc. Et puis après il y a les gens qui sont un peu dans l'inconscience, et qui ne veulent rien changer à leurs habitudes de vie. Ils vont toujours aussi vite, ils ne font pas attention, ils ne veulent rien mettre en place parce que ça fait trop handicapé. Voilà il y a ces deux types de réaction, et ça c'est par rapports aux personnalités des patients. Par rapport à leur façon d'être, leur façon d'agir.

Donc chez les gens qui sont hyper sécurisés, qui sont prêts à se sécuriser, et bien n'y a pas de problème c'est facile. On voit ensemble ce qu'on peut mettre en place. Après chez les autres, c'est plus compliqué parce qu'il faut qu'ils se rendent compte que leurs capacités ne sont plus les mêmes. Donc ça c'est un travail qui est plus fait sur le mental, sur le psychique, sur la personnalité. Il faut un peu modifier leur personnalité. Il faut qu'il y ait une prise en conscience et ça, c'est plus compliqué à obtenir. »

7) *Quels sont les éléments physiques et environnementaux pouvant faire obstacle au retour à domicile ?*

« Il n'y a pas grand-chose qui fait obstacle. Il y a le fait que la personne soit isolée, ça c'est un gros problème. S'il n'y a pas d'enfants, s'il n'y a pas de la famille qui s'occupe du patient, c'est très compliqué de faire retourner quelqu'un chez elle. Parce que personne ne va la prendre en charge, personne ne va veiller sur elle. Et à ce moment-là il n'y aura personne pour détecter s'il y a un problème de santé, pour détecter s'il y a une chute etc. Donc même si on met en place des moyens comme la téléalarme, comme le passage des infirmiers etc. La personne est très isolée. Donc c'est l'isolement en fait qui peut être un frein au retour à domicile. Et puis après il y a l'état de santé, comme on disait au début de séance c'est l'état de santé du patient. Si le patient est trop dépendant, il arrive un moment où il faut passer à autre chose. C'est-à-dire en milieu médicalisé où il y aura tout le personnel nécessaire. A partir du moment où les gens la nuit ne peuvent plus se lever, ils ne peuvent plus assurer leur hygiène la nuit. C'est-à-dire se lever pour aller faire pipi, etc. Là ça devient aussi compliqué parce qu'il faudrait quelqu'un la nuit pour les garder, pour les surveiller. Et là ça devient très coûteux, ça devient problématique parce qu'on ne trouve personne pour veiller sur eux la nuit. Donc là après passe aussi en EHPAD, et en secteurs médicalisés...

Relance : D'accord, et au niveau de l'environnement du domicile ? Est qu'il y aurait des éléments pouvant faire obstacle ?

« Moi je n'en vois pas d'obstacles au domicile parce que les problèmes on trouve des solutions. Le seul petit inconvénient ça pourrait être les escaliers. Mais chez ce genre de patients qui sont limite de passer en EHPAD, ce sont des gens qui ne vont plus sortir de chez eux. Donc à la limite ils vont chez eux et ils restent chez eux, ils ne sortent plus. Donc après on réduit l'espace au domicile. Et au domicile on met en place des aides humaines, des aides techniques, on met en place du matériel.

Après ça peut être une Hospitalisation à Domicile, mais il n'y a pas grand-chose qui s'oppose au retour à domicile. Si ce n'est la dégradation au niveau médical, qui nécessite une prise en charge, j'allais dire pas heure par heure mais presque. Une surveillance médicale. »

8) *Quels sont les moyens privilégiés pour favoriser la sécurisation des habitudes de vie au domicile ?*

« Est-ce que vous pouvez répéter ? »

Relance : Quels sont les moyens utilisés par les ergothérapeutes en centre de rééducation pour favoriser la sécurisation du domicile et des habitudes de vie concrètement ?

« C'est vaste. Il y a la téléalarme, il y a le passage d'infirmières... Alors quand je fais des retours à domicile j'essaie de privilégier le plus de passages, et de façon harmonisée dans la journée. C'est-à-dire le matin il y a l'infirmière qui passe pour la toilette. Ensuite il y a l'aide-ménagère qui passe pour le ménage, repas etc. L'après-midi c'est bien d'avoir le passage d'un kinésithérapeute, même s'il ne reste qu'une demi-heure, trois quart d'heure, il y a toujours du monde. Et le soir bien souvent ce sont les enfants qui prennent le relais. Donc après la problématique c'est la nuit, ou si les gens ne peuvent pas rester seuls, s'ils sont agités, ils risquent de tomber la nuit. Là il faut, ou mettre quelqu'un ou alors comme je le disais tout à l'heure ça peut être le déclenchement pour aller en EHPAD. Après dans les moyens il y a la téléalarme, il y a tout ce qui est matériel et aides techniques qui va permettre de sécuriser chaque point de la maison. La salle de bain, les WC etc. Après il n'y a rien d'autres qui me vient là, mais déjà tout ça à mettre en place c'est pas mal. »

9) *D'après vous, existe-il d'autres solutions pour assurer la qualité de vie de la personne vieillissante dans son milieu écologique après une chute ?*

« Silence »

Relance : Est-ce qu'il y aurait des solutions que vous n'avez pas forcément à disposition dans un centre de rééducation ?

« L'hospitalisation de jour, je trouve que c'est un bon intermédiaire entre l'hospitalisation en centre de rééducation et le retour à domicile. Ça permet déjà de continuer la prise en charge, que ce soit kinésithérapie, ergothérapie, etc. Ça permet de surveiller aussi le patient, de continuer à l'éduquer sur la sécurité, et puis de lui maintenir une certaine dynamique qui va pouvoir remettre en œuvre après à la maison. Après il faudrait des gens qui accompagnent les personnes âgées.

C'est-à-dire les accompagner pour sortir, chose qui est faite un peu par le kinésithérapeute mais ça dépend s'il a le temps ou pas. Mais essayer de les re sociabiliser, parce que je m'aperçois que ces gens sont en perte de repères sociaux. C'est-à-dire qu'il faudrait les sortir plus, continuer à aller dans les clubs, continuer à ce qu'ils aient une vie sociale. Enfin un intérêt à vivre en fait. Au-delà de leur famille etc. Mais des activités qui leurs permettent de continuer à avoir en envie de rester chez eux, à avoir envie de vivre tout simplement. Il est là le challenge, c'est continuer malgré ses difficultés à avoir envie de faire les choses, faire des projets, chose qui leur manque un petit peu. Pas trop de projets, pas trop d'ouverture sur l'avenir. »

Annexe 8**Entretien ergothérapeute Unité Mobile de Gériatrie**

1) *À quel moment de la prise en charge envisagez-vous le retour à domicile de la personne vieillissante ?*

« Tout de suite, ça dépend du contexte en fait. Dans le cadre d'une équipe mobile, on peut voir la personne dans différents endroits. Soit à son arrivée directe aux urgences, soit dans un service, soit à la maison. Donc quand c'est aux urgences, la question est souvent de : est-ce que la personne peut rentrer chez elle ? Donc la demande en fait c'est de savoir si la personne peut rentrer chez elle, donc la question se pose tout de suite. »

2) *Quels sont les freins pouvant limiter l'engagement de la personne vieillissante dans son projet de retour à domicile ?*

« Les freins qui limitent l'engagement de la personne elle-même ? »

Relance : Oui tout à fait.

« Les troubles cognitifs, quand ce sont des patients déments qui ne comprennent pas les tenants et les aboutissants. Ça peut être aussi des troubles d'ordre psychologique, voir psychiatrique ça dépend du degré. Mais quand une personne est trop anxieuse pour rester toute seule à la maison. Souvent son état de santé, son état somatique il n'y a pas de soucis particuliers, son état moteur non plus. Mais elle ne se sent pas capable, elle a un peu peur d'être chez elle, et ça peut être limitant aussi également. Si on parle que de la personne elle-même et des facteurs qui peuvent limiter sa perception, son accord avec son retour à domicile, globalement c'est ça. Venant de la personne elle-même ce sont des troubles cognitifs ou des troubles psychologiques. »

3) *Quels moyens utilisez-vous pour favoriser l'implication des personnes dans leur projet de retour à domicile ?*

« En tant qu'ergothérapeute ou sur l'équipe mobile globalement ? »

Relance : En tant qu'ergothérapeute mais aussi dans le fonctionnement de l'équipe.

« Dans l'équipe on a une psychologue qu'on peut solliciter pour aider à ce que la personne intègre cette situation. Ça peut être des traitements, des anxiolytiques des choses comme ça sur le plan médical aussi. Sur le plan de l'ergothérapie ce que je peux faire moi quand la personne est réticente à rentrer mais qu'elle est capable, c'est de faire avec elle.

C'est lui montrer ses mises en situations, c'est lui montrer qu'elle est capable de faire les choses, la rassurer dans le discours aussi. Dans l'empathie qu'on a avec le patient, tout ce qui est la communication avec le patient, ne pas lui imposer, ne pas lui donner des ordres. Il faut qu'il accepte, mais plutôt être dans la bienveillance et lui expliquer assez calmement, doucement. Et puis après faire avec la personne en expliquant qu'elle est capable de le faire et que tout devrait bien se passer. Ce qu'on peut faire aussi, on fait des appels téléphoniques quelques temps après. Quand la personne sait qu'on va la rappeler quelques temps après ça la rassure. Elle a un petit objectif à court terme. Elle dit : si ça ne va pas ils me rappelleront et je pourrai leur dire. Mettre en place des aides à domicile ça peut rassurer aussi quand les patients acceptent. Il y a multitude de solutions possibles qui peuvent faire que psychologiquement, enfin on est plutôt sur la partie psychologique là. Après quand c'est cognitif, c'est plus au niveau de l'entourage. Parce que les personnes qui sont un peu démentes qui ont perdu leurs repères, quand ce sont des personnes qu'elles connaissent qu'elles ont assimilé, qui leurs disent les choses, ça peut être mieux retenu, entendu. Donc on peut voir avec la famille qu'elle puisse leur expliquer. Et sinon ça peut arriver que ce soient des demandes de mise sous tutelle, de curatelle, pour qu'une personne puisse décider à leur place parce qu'ils ne sont pas capables de décider pour eux-mêmes. »

4) D'après vous quels moyens supplémentaires l'ergothérapeute pourrait utiliser pour favoriser l'engagement de la personne dans son retour à domicile ?

« Au niveau de l'ergothérapeute envisager d'autres moyens que l'on n'utilise pas... Vous me prenez un peu de cours, là en tête tout de suite je n'en ai pas. »

Relance : D'accord, et pensez-vous à d'autres moyens que vous pourriez solliciter au niveau de l'équipe ?

« Après au niveau de l'équipe ce sont des ressources sur le plan social, sur des rendez-vous à court terme, comme on fait déjà avec les appels téléphoniques. Pouvoir repasser rapidement, rassurer la personne, ou quand les personnes on les voit dans les services, parfois ça arrive qu'elle ait peur de rentrer chez elle. Alors on leur propose une visite à domicile dans la semaine. Après ce n'est pas la personne, ce sont plus les familles que ça rassure que les personnes souvent. Parce que la personne n'est pas toujours capable de comprendre. Mais là des choses qu'on ne fait pas... Parce qu'on a déjà beaucoup de moyens ici. Donc des choses qu'on n'a pas actuellement et qu'on pourrait mettre en place, c'est compliqué à vous dire comme ça. »

5) Comment la personne vieillissante perçoit son état de santé après une chute ?

« Comment elle se perçoit la personne après une chute ? »

Relance : Oui tout à fait.

« C'est très patient dépendant. Il y a des personnes, qui vont dire tout va bien, que c'est habituel, ça ne va pas plus les choquer que ça, qui ne vont pas mettre plus de points de rappels que ça. Elles vont dire c'est comme d'habitude, je me sens très bien. Il y a souvent la fatigue des premiers jours mais après à part la fatigue elles se sentent comme d'habitude. Il y a des personnes à qui ça va faire peur, qui s'appelle le syndrome post chute. Elles n'oseront plus se remettre debout par peur de tomber de nouveau malgré les capacités présentes. Donc une grosse perte de confiance en elles. Il y a les personnes avec des troubles cognitifs qui ne se rappellent pas qu'elles ont chuté, pour qui c'est comme tous les jours... Qu'est-ce qu'il y a d'autres comme personnes à qui je pourrais penser aussi... Comment elles se sentent après une chute ? Comment elles se voient après une chute ? »

Relance : Oui comment la personne perçoit son état de santé ?

« Ça dépend s'il y a des pathologies associées aussi. S'il y a une fracture, elles vont se retrouver totalement dépendantes. Elles vont mal le vivre, leur dépendance qui va augmenter. Car souvent quand elles ont des pathologies cognitives sous-jacentes et qu'il y a un élément déclencheur par une chute, ça révèle toutes les difficultés qui étaient un peu masquées jusqu'à présent, il y a ces choses-là aussi. C'est vraiment chaque personne qui est différente par rapport à son ressenti de la chute. Même s'il y a des grosses tendances entre les personnes qui perdent confiance, et qui ont peur après de se déplacer. Les personnes qui sont rassurées d'être hospitalisées ou d'être prises en charge, alors qu'au final parfois concrètement on ne fait rien de plus. Mais le fait que quelqu'un s'occupe d'elles, ça les remet en confiance juste ça. Donc elles savent qu'elles ont besoin de rééducation, elles se sentent fatiguées, elles se disent qu'elles ont besoin de repos et après ça ira mieux. Il y a d'autres personnes ça va pas du tout, il y en a j'ai un peu besoin de repos on verra après, il y en a d'autre ça va très bien c'est comme d'habitude. Il y en a ça a révélé des fractures, ils se disent qu'ils sont trop dépendants. Il y a des personnes en conséquence à une chute, au niveau moral qui disent il faut mourir à notre âge etc. ça leur remet en question beaucoup de chose sur leur existence on va dire. Ça met en évidence leur fragilité qu'elles n'avaient pas forcément rencontrées jusqu'à présent. »

6) *Quelle est la vision de la personne vieillissante sur la sécurité de son domicile ? Et de ses habitudes de vie ?*

« Globalement il y en a très peu qui disent que leur domicile n'est pas sécurisé. La plupart c'est : j'ai toujours fait comme ça, il n'y a pas de raisons, j'ai mes habitudes à la maison, je sais ce que je fais. Après quand on leur fait remarquer en visite à domicile les choses dangereuses... Il y en a une partie, pas la majorité à mon avis, à qui l'œil extérieur leur apporte quelque chose et qu'elles se remettent en question par rapport à leur sécurité. Je pense que c'est une minorité quand même. Et que la majorité qui disent non non, ils trouvent des excuses, ils ont du mal à accepter à se remettre en question on va dire. Donc pour eux si leur domicile n'est pas sécurisé c'est juste momentané, suite à plusieurs circonstances mais en fait c'est des excuses. Soit non non, c'est les habitudes et si on change les habitudes ça peut les perturber. Ce qui est aussi vrai certaines fois avec certains patients si on veut trop aseptiser le domicile et qu'au final ils ont perdu leurs repères, ça peut rendre les choses plus difficiles aussi c'est toujours un équilibre qu'on doit avoir. Mais je pense, enfin il n'y a pas d'études formelles, mais je pense qu'une minorité accepte après le passage de quelqu'un que c'est dangereux. La majorité dit que ça se passe très bien. Et avant le passage de quelqu'un, c'est très rare les personnes qui disent que c'est leur domicile qui n'est pas adapté et qu'il y a des choses à changer. Souvent c'est l'entourage... Ou quoique maintenant que j'y réfléchis, c'est vrai que ça arrive souvent qu'ils disent : oui c'est vrai depuis le temps que je voulais faire ça maintenant ça va être nécessaire. Que ce soient les escaliers ou une baignoire à la place d'une douche quelque chose comme ça. Des choses un peu grosses comme ça, mais ça reste quand même des minorités. »

7) *Quels sont les éléments physiques et environnementaux pouvant faire obstacle au retour à domicile ?*

« Des éléments qui sont liés à la personne et à son environnement ? »

Relance : Voilà, que pensez-vous de ces deux aspects ?

« Qui peuvent faire obstacle à un retour à domicile ? »

Relance : Oui tout à fait.

« Les capacités motrices par les franchissements d'obstacles et les escaliers. Quand il y a un accès à domicile où les chambres ne sont pas aménageables au rez-de-chaussée, et qu'elles sont à l'étage. Quand la personne n'est plus capable de monter les escaliers ça peut être un obstacle globalement. Ça peut être lié aux troubles cognitifs, qui font que la personne ne va pas penser à prendre son aide technique.

Justement à domicile quand on sait que c'est un peu exigü, ou encombré, ou que la personne pourra s'entraver avec une canne ou un déambulateur à la maison, parce qu'elle ne saura pas gérer les obstacles... Il y a des tas de raisons... ça peut être des troubles de l'équilibre, mais ça peut être compensable par des aides à domicile. Après est ce qu'on considère avant la compensation par des aides techniques et humaines ? Ou juste les obstacles ?

Relance : Oui avant que vous pensiez à une compensation quelconque tout à fait. Au moment de la sortie quels pourraient être les obstacles ?

« Ça peut être aussi tout ce qui est hygiène à domicile. Je suis déjà intervenu chez des gens qui avait le syndrome de Diogène, qui ne faisaient pas le ménage, et accumulaient les choses à la maison. La nourriture qui pourrit dans la cuisine des choses comme ça. Sur le plan hygiénique ça peut être dangereux. Sur le plan de l'équilibre aussi ne pas s'encombrer de partout. Ça peut être un équilibre précaire pour enjamber une baignoire. Ça peut être des troubles cognitifs dans l'utilisation des plaques chauffantes au gaz qui doivent être retirées parce que sinon il y a un risque d'explosion. Ou quelqu'un qui ne gère pas sa cuisine, qui va faire brûler ses aliments, avec des risques d'incendie. Ou au contraire qui n'aura pas la notion du temps, qui ne va pas manger, pas faire ses courses, qui ne va pas manger et se mettre en danger sur le plan nutritionnel. Alors par rapport à l'environnement qu'est-ce qu'il pourrait y avoir d'autres... Il y a aussi quelqu'un de dément qui peut faire des fugues, qui peut être perdu et désorienté, qui ne reconnaît pas son domicile, qui va sortir en pleine nuit et se balader dans les rues. Ou alors quelqu'un qui va vouloir prendre sa voiture. Il y a plein de choses je prends le temps de réfléchir... On a déjà vu sur le plan moteur avec les aides techniques avec une mauvaise utilisation. Mais aussi en s'habillant, quelqu'un qui va avoir des troubles de l'équilibre et qui ne va pas arriver à s'habiller tout seul il va risquer de tomber. Principalement ça peut être un risque de chute, un risque de fugue, un risque nutritionnel, des risques de mise en danger avec des appareils comme la voiture, et les plaques à gaz. Et la mauvaise utilisation d'appareils. Que ce soit quelqu'un qui va essayer de prendre sa tondeuse et tondre le gazon, ou quelqu'un qui va essayer d'étendre son linge, tomber dans le jardin et qui ne pourra prévenir personne. L'isolement aussi. Les facteurs d'isolement ce n'est pas propre à la personne ni à l'environnement physique. Mais l'environnement social aussi, s'il n'y a pas d'aide à domicile, pas de famille, que personne ne passe le voir. Si jamais il y a un souci qu'il n'est pas capable de prévenir. Ça m'ait arrivé pas plus tard que la semaine dernière, une patiente qui a chuté à la maison mais son mari qui vit avec elle est dément également. Ils sont déments tous les deux, et donc ils ne préviennent personne.

Ils ont passé la nuit au sol sur un matelas, et ils n'ont appelé que le lendemain. Ça peut être des mises en danger, par incapacité de gérer aussi le conjoint qui a des troubles. La personne qui a toujours été aidante et qui a besoin d'être aidé à moment donné, elle ne peut plus aider l'autre et puis elle ne peut plus se faire aider non plus. Donc il y a le social qui joue aussi un rôle important. Je pense avoir fait le tour des choses, je ne sais pas si j'ai réussi à être exhaustif c'est tellement large... Ah oui et psychologiquement il y a aussi le risque suicidaire avec un patient qui a une perte de moral. Les amis sont décédés, donc socialement ils sont assez isolés, leur épouse est décédée. Ils sont un peu dépendants aussi ils le supportent mal et ils peuvent passer à l'acte, se suicider, c'est arrivé chez certains patients. »

8) *Quels sont les moyens privilégiés pour favoriser la sécurisation des habitudes de vie au domicile ?*

« On s'adapte au cas par cas on va dire. On analyse, déjà on évalue les situations à risque selon les capacités. En général on a déjà fait les évaluations au préalable, on a dégrossi le terrain. On sait si la personne a plutôt des difficultés sur le plan cognitif, sur le plan moteur voir comment elle se débrouille, sur le plan social son environnement voir sur qui elle peut compter. Ses antécédents pour voir s'il y a un caractère psychologique. Et puis en fonction de ça, sur le plan moteur on évalue si elle est capable de se déplacer à domicile lors de notre visite. Moi en général je leur fais faire le tour de la maison. Ils me font visiter leur appartement comme ça je vois comment ils se déplacent dans chaque pièce. Je vois s'il arrive à rentrer dans une baignoire ou une douche. Je vois comment ils se lèvent ou ils se couchent dans leur lit. Des mises en situation vraiment. Et puis après avec l'expérience voir s'il y a un risque de chute principalement, voir aussi s'il y a des oublis. J'ai fait des mises en situation cuisine également chez les personnes. Donc, voir comment ils gèrent un petit peu leur recette, s'ils sont capables de se faire à manger. Surtout sur le plan moteur et cognitif. Parce qu'après sur le plan social il y a les psychologues qui sont plus là par rapport à l'entourage. Et après en fonction des difficultés, soit on va conseiller des aides techniques, soit on va conseiller des aides humaines, soit une rééducation en parallèle. Souvent on conseille de la kinésithérapie si on voit que l'équilibre est juste. On va conseiller la kinésithérapie pour qu'ils puissent adapter les aides techniques ensuite, et puis assurer les capacités que possède la personne. On peut conseiller une hospitalisation si c'est trop limite et que ce n'est pas possible. Souvent on conseille de faire des démarches d'EHPAD quand on voit que c'est possible, mais dans la durée ça ne va pas aller en s'améliorant et qu'il y aura des risques à moyen et long terme.

On conseille d'anticiper les démarches d'EHPAD par exemple. Quand ce sont des aides techniques, ce sont souvent des planches de bain, pour éviter les risques de chute dans la salle de bain. Ça peut être des barres d'appuis. Ça peut être l'utilisation de la bonne aide technique. Ça peut être des barres latérales de lit, car souvent ce sont les transferts au lit qui sont difficiles. Après il y a les moyens de prévention secondaire avec les téléalarmes en cas de chute. Trouver une solution pour pas que ça soit trop grave, et ne pas rester au sol trop longtemps. Donc ça va être matériel, ça va être rééducation, ça va être orientation, ça va être humain. Il y a beaucoup de moyens d'action, et ce qui est important c'est de ne pas en oublier, et de choisir les bons au bon moment. »

9) *D'après vous existe-t-il d'autres solutions pour assurer la qualité de vie des personnes dans leur milieu écologique après une chute ?*

« D'autres solutions que quoi ? »

Relance : Pensez-vous à d'autres solutions auxquelles vous pourriez penser, au-delà des moyens que vous avez à disposition en unité mobile de gériatrie ?

« Globalement non. Parce que sinon ça voudrait dire qu'on ne fait pas tout pour que ça se passe bien. J'en ai peut-être oublié, mais globalement si je me disais qu'il y a d'autres choses qui manquent, on essaierait de les mettre en place pour que la personne se sente bien. Le but c'est que ça se passe au maximum. Après il y a les relais. Faire des relais vers d'autres associations j'ai oublié de vous dire. Souvent on se met en lien avec des associations de soins infirmiers, on organise le passage. Mais aussi tous les CLIC, les centres locaux d'information. Il y a des organismes qui s'occupent de coordonner les acteurs à domicile. Des associations avec des bénévoles qui passent juste discuter un moment avec les personnes. Pour que les personnes se sentent bien, il y a un relais qui se fait après vers d'autres structures où nous on est là en ponctuel, pour s'assurer qu'il y ait un bon suivi. Mais après ça reste plutôt la tâche plutôt du médecin traitant d'assurer ce suivi quotidien. On essaie de faire intervenir tous les acteurs qui pourraient s'en occuper, d'oublier personne. Et globalement si je vous disais des choses qu'on pourrait faire et qu'on ne fait pas, je ne vois pas pourquoi on ne les ferait pas. Après ça peut être aussi les questions de moyens et de temps. Parce que l'idéal ça serait de passer plus souvent. Moi en tant que rééducateur, quand j'explique au patient une technique pour se lever du lit plus facilement, ça pourrait être intéressant éventuellement de passer quelques temps après revoir. Après ce n'est pas le même travail. C'est un travail de rééducation qui me frustre toujours dans mon métier d'ergothérapeute, c'est d'être là en ponctuel et de ne pas suivre la rééducation.

Mais une fois je me suis mis en contact avec le kinésithérapeute qui passe à la maison pour faire travailler les transferts. On s'assure donc que quelqu'un le fasse, même si on aimerait le faire nous même, pour suivre le suivi, pour que ça soit le plus cohérent. Et on a un suivi en tête en tant que rééducateur, même si sur l'équipe mobile on est plus sur l'observation, évaluation et proposition de solutions. C'est le médecin qui voit, c'est le patient qui voit, c'est l'entourage quoi voit. Nous on est là qu'en tant que conseil. Mais forcément on se met une prise en charge idéale dans la tête qu'on ne suit pas par la suite parce qu'on ne passe que ponctuellement. Mais ça c'est les limites de la structure qui font ça. Mais globalement on essaie de tout faire pour que ça se passe bien donc si j'avais des idées j'essaierai de les mettre en place, mais je n'en ai pas du coup. »

Annexe 9**Retranscription entretien ergothérapeute SSIAD***1) À quel moment de la prise en charge envisagez-vous le retour à domicile ?*

« Alors nous au service de soins infirmier à domicile les gens qu'on voit ce ne sont pas forcément des retours à domicile. Il y a des gens qui sont au domicile au départ, et soit la personne elle-même soit sa famille, c'est souvent l'entourage souvent qui appelle, pour savoir si on peut prendre en charge la personne à son domicile. Donc soit elle a toujours été à domicile et là son état de santé nécessite de l'aide car elle a perdu un peu d'autonomie. Après ça peut arriver que ce soient des gens qui viennent de l'hôpital et qui retournent à domicile, et c'est la famille qui nous contacte pour dire qu'à la suite de son problème de santé mon parent retourne à domicile. Et après on voit si on peut la prendre ou pas et de quelle façon. Au SSIAD dans tous les cas il faut qu'il y ait une demande de prise en soin pour les soins de nursing. Si la famille nous contacte parce qu'elle veut juste avoir l'avis d'un ergothérapeute sur l'aménagement on ne peut pas. Il faut que la personne ait besoin d'une aide-soignante, qui lui permette de rentrer dans le service. Et après dans le service, moi je suis là à 80%, je peux intervenir, et il y a aussi un psychomotricien qui intervient. Par contre ce n'est pas nous qui décidons si la personne rentre chez elle ou pas. »

2) Quels sont les freins pouvant limiter l'engagement de la personne vieillissante dans son projet de retour à domicile ?

« Déjà c'est sa dépendance en fait. S'il est très dépendant, s'il y a besoin d'installer du matériel. Si la personne est hospitalisée on nous contacte pour savoir si on peut prendre en charge la personne, donc on voit déjà s'il y a de la place. Si on a la place après, s'il y a besoin de matériel, on demande que le matériel soit installé avant qu'on intervienne. Alors pour le lit médicalisé c'est assez facile, voilà c'est une toilette au lit c'est facile de dire qu'au domicile il faut vraiment un lit médicalisé. Après quand c'est de l'aide aux transferts, ça ce n'est pas toujours mis en place au départ. Parce que le milieu hospitalier et le domicile c'est quand même différent aussi, au niveau de l'environnement. Et puis effectivement dans le milieu hospitalier si le transfert est difficile il peut y avoir deux aides-soignantes. Au domicile il faut qu'on sache un peu, et dans la plupart des prises en charge l'aide-soignante est seule. C'est donc peut être un frein. Mais des fois on ne sait pas tout au départ non plus.

On nous transmet des informations mais des fois on nous dit que les transferts se passent bien et nous quand on la prend en charge et qu'on commence la prise en charge au domicile, les transferts sont plus difficiles qu'on nous a dit, ça peut arriver ça. Mais après le frein réellement si la personne hospitalisée veut retourner chez elle et qu'il y a un frein... Ça peut être selon l'environnement humain, si elle vit seule ou pas. Quels services peut être mis en place aussi. Parce que le SSIAD on intervient le matin et le soir mais si la personne a besoin par exemple d'être accompagnée aux toilettes la journée, si elle vit seule, il faut qu'il y ait un service quoi soit mis en place pour ça. Mais je dirais que c'est beaucoup l'environnement humain qui freinerait le retour à domicile parfois. Nous on est en secteur rural et de montagne où le service est implanté, donc il n'y a pas que nous qui intervenons. Il y a aussi un service d'aide à la personne, et puis des services qui interviennent avec des personnes indépendantes, des auxiliaires de vie indépendantes ou des aides à domicile indépendantes. »

3) *Quels moyens utilisez-vous pour favoriser l'engagement des personnes dans leur projet de retour à domicile ?*

« Ce n'est pas un projet de retour à domicile mais un projet de maintien à domicile. Nous on ne va pas les voir à l'hôpital. Sous le secteur aussi on a un service de Soins de Suite et Réadaptation et sur notre territoire on a une petite coordination. C'est-à-dire les différentes structures sur le territoire on se connaît. Donc pour le retour à domicile la cadre de santé nous demande si on peut intervenir ou pas, et ça peut nous arriver de rencontrer la personne sur le SSR. Parce qu'il est à 15 kilomètres de chez nous. Après le centre hospitalier n'est pas un lieu où on va voir les gens à l'hôpital pour un projet de retour à domicile. Donc c'est le service de l'hôpital qui peut éventuellement nous appeler. Mais c'est quand même rarement le service de l'hôpital qui nous appelle, c'est plutôt la famille qui habite sur le secteur et qui se dit, il y a un service qui existe on peut voir s'ils peuvent faire quelque chose avec nous. Mais par contre on n'évalue pas la personne en amont de notre prise en charge quand ils sont à l'hôpital. En SSR ça peut nous arriver de l'évaluer, ou quand ils sont au domicile et qu'il y a une demande de prise en charge on va les voir aussi. Généralement on essaie de faire l'évaluation avec l'infirmière et l'ergothérapeute, dans la mesure du possible on essaie de le faire ensemble. Donc voire un peu dans quel environnement la personne vit, quelle aide humaine elle a, de quoi elle a besoin par rapport à son autonomie et sa dépendance aussi. »

4) *D'après vous, quels moyens supplémentaires l'ergothérapeute pourrait utiliser pour favoriser l'engagement de la personne dans son retour à domicile ?*

« Pour favoriser l'engagement de la personne elle-même ? »

Relance : Oui tout à fait. Une ouverture sur d'autres solutions.

« On a aussi des cas de personnes qu'on suivait qui ont chuté à domicile et qui ont été hospitalisées. Du coup on sait qu'ils sont allés à l'hôpital. Donc l'infirmière se renseigne à l'hôpital pour savoir dans quel service est la personne, comment ça va et comment s'engage la suite. Dans ce sens-là ça marche. Après si la personne qu'on ne connaît pas a été hospitalisé après une chute, l'hôpital ne se renseigne pas pour se demander sur le secteur qu'est-ce qu'il y a, tiens on va appeler le SSIAD. Ce n'est pas souvent ça, on va souvent aux infos, dans ce sens-là c'est souvent organisé, et des fois c'est un peu prématuré. Là dernièrement on a une dame qu'on suivait qui a chuté, donc a contacté l'hôpital pour savoir comment ça se passait. Après ils ont prévu un retour à domicile, en se disant que c'est bien. Et nous on l'a trouvée très fatiguée au retour, et ils ont organisé la sortie sans trop nous contacter en fait. Ils ont même prévu la sortie un peu trop tôt, et ils ne nous ont pas trop interrogé pour savoir ce qu'on en pensait, si on avait les moyens... On n'a pas été averti forcément, et nous on s'est dit qu'il aurait fallu qu'elle ait un tremplin entre le centre hospitalier et chez elle, qu'elle soit en SSR. Là on ne nous a pas interrogé. Nous on connaissait un peu son environnement humain, et aussi au niveau de domicile, au niveau matériel mais surtout humain. Et là je trouve que ça a manqué... L'hôpital ne nous a pas contacté je trouve qu'il a manqué un peu de coordination à ce niveau-là. »

Relance : Autour de l'organisation vraiment...

« Ben nous ce n'est pas faute de l'infirmière qui a appelé plusieurs fois le service pour voir où elle en était, parce que c'est quelqu'un avec une oxygénation. Mais là voilà, l'hôpital on a trouvé qu'ils sont allés assez rapidement. Après je ne sais pas, il y a des choses qui nous échappent quand même. Mais en moyens supplémentaire d'où vient la personne, des fois on va l'évaluer à son retour et si là on se rend compte que c'est lourd, qu'il manque des aménagements, qu'il manque du matériel. Il y a une période qui est un peu critique parce qu'on a beau avoir des gens réactifs dans notre entourage, des fois le matériel on ne l'a pas non plus en 24 heures forcément. Ça peut mettre la personne en situation de difficultés, et le service également d'ailleurs. Nous, connaissant l'environnement du domicile par rapport à son environnement humain ou matériel, c'est vrai qu'il y a des orientations qu'on prendrait différemment que ce que l'hôpital a pris par exemple. Après pour cette dame en question je pense que l'hôpital a quand même contacté l'un des enfants de la dame en question, mais le ressenti n'est pas le même. Le centre hospitalier n'a pas la même vision du domicile, et ce n'est pas forcément l'idéal tout le temps au domicile.

Il faut un laps de temps pour que les choses se mettent en place, pour que ça se passe au mieux. »

5) *Comment la personne vieillissante perçoit son état de santé après une chute ?*

« Comment elle se perçoit elle-même après une chute ? »

Relance : Oui, comment la personne perçoit son état de santé justement ?

« Ça dépend déjà du contexte de la chute j'ai envie de dire. Pourquoi la personne a chuté. Et après son état de santé, elle se sent un peu affaiblie quand même. C'est toujours pareil ça dépend du contexte, ça dépend vraiment si c'était une chute banale, ou des fois ils peuvent dire : c'est à cause de ça... Des fois ils trouvent la raison eux-mêmes et ils comprennent, et des fois ça arrive vraiment bêtement, et ils peuvent se dire qu'ils se sentent plus faibles effectivement. Voilà ça m'ait arrivé et mon Dieu ça n'aurait pas dû m'arriver. Et puis ça dépend aussi s'ils ont pu se relever, si de l'aide a été rapidement là aussi ou pas. Oui, ou eux des fois ils prennent conscience qu'il faut qu'ils fassent vraiment attention, qu'ils sont quand même fragiles, et c'est plus vite fait que ce qu'ils imaginaient peut-être aussi. »

6) *Quelle est la vision de la personne vieillissante sur la sécurité de son domicile ? Et de ses habitudes de vie ?*

« Sa vision à elle ? »

Relance : Oui sa vision à elle sur la sécurité de ses habitudes dans son environnement...

« Ben c'est vrai que les personnes ont des fois des habitudes de vie qui ne sont pas sécuritaires. Ils s'habillent d'une certaine façon, et ils ne voient pas pourquoi ils changeraient de façon de faire. Pourquoi ils s'assiéraient, pour pouvoir enfiler leur pantalon. Ça c'est vrai, dans l'observation qu'on voit déjà effectivement on voit qu'ils ont fait ça depuis X années et eux ils ne se voient pas en danger. Enfin des fois ils ne se voient pas en danger c'est un fait. Effectivement moi je les mets en situation pour voir comment se passe l'entrée dans la douche par exemple. Si je vois qu'ils cherchent un point d'appui et qu'il n'y a pas de barre d'appui, par exemple. Donc c'est des mises en situation des fois en même temps que les soignants donc c'est vraiment la réelle mise en situation. Mais des fois c'est une mise en situation en dehors du temps du contexte de la toilette, donc ce n'est pas la même chose ils sont encore chaussés des choses comme ça. Donc si moi je constate qu'il manque un peu des points d'appui, dans un second temps si je leur dis que je les verrais bien avec une barre d'appui et que ça sécuriserait. Des fois ils me disent mais non j'ai toujours fait comme ça.

C'est vrai qu'eux des fois ils sentent en sécurité avec leurs habitudes. Ils ne voient pas pourquoi on changerait les choses parce qu'ils ont toujours fait comme ça. Après je me rends compte aussi qu'ils ont la connaissance aussi de leur logement. S'il y a une marche entre deux pièces par exemple ou s'il n'y a pas forcément une marche mais une différence de niveau. Il y a des personnes qui peuvent être limite dans le franchissement d'obstacles... Mais s'il y a des fois un petit seuil différent, on voit bien qu'ils ont toujours franchi le pas d'une façon. Donc là c'est plutôt ma vision à moi. Mais il y en a beaucoup de gens qui disent je l'ai toujours fait, et après ils n'ont pas toujours conscience que finalement ils sont un peu plus raides, qu'ils franchissent moins la marche. Ça dépend des personnes. Il y a des personnes qui disent moi j'y arrive moins bien parce qu'il y a des marches, mais il y en a qui disent non il n'y a pas de soucis je l'ai toujours fait. Et puis ça dépend du caractère des personnes. Il y a des personnes qui sont volontaires et qui minimisent leur problème de santé, et d'autres pour un problème de santé un peu égal, ils vont vraiment nous dire qu'ils sont en grosse difficulté. »

7) *Quelles sont les éléments physiques et environnementaux pouvant faire obstacles au retour à domicile ?*

« Ben c'est sûr que si la personne a sa pièce de vie au rez-de-chaussée et toutes les pièces, dont les sanitaires et la chambre à l'étage, et que la chute s'est passée dans les escaliers admettons... Disons qu'il faut analyser pourquoi elle est tombée aussi vraiment. Est-ce qu'il n'y avait vraiment pas de point d'appui dans l'escalier effectivement. Est-ce que pour la personne, franchir 14 marches c'est trop important elle ne peut plus... L'obstacle c'est que la personne ne veut pas du tout modifier son projet de vie. Si la personne peut dire et bien moi finalement je veux quand même rentrer chez moi, ma chambre est à l'étage mais ça ne fait rien je vais mettre un lit au rez-de-chaussée je vais quand même lui mettre. Il faut faire ce qu'il faut. Bon s'il y a juste une cuisine en bas et tout le reste est en haut, ça peut être complexe aussi. Après c'est le choix de la personne. L'environnement joue énormément, l'environnement matériel joue beaucoup effectivement. Suite à une chute il y a des choses qu'on a essayé de mettre en place, chez quelqu'un mais ce n'est plus possible... Une personne seule qui n'a plus vraiment conscience des difficultés, parce qu'elle a des troubles cognitifs elle est persuadée que quoiqu'il arrive elle arrivera toujours à se lever de son fauteuil sans appuis. Et que la personne vit seule, effectivement maintenant si elle se lève seule sans appuis elle va tomber, là c'est sûr c'est un gros frein. Ça c'est sûr. Couvrir une aide humaine 24h/24 ça ce n'est pas possible. Enfin plutôt ce genre de frein j'ai envie de dire. Quelqu'un qui a toutes ses fonctions cognitives, qu'il sait qu'il ne peut plus tout faire comme avant, qu'il a un peu des limites suite à sa chute.

Et maintenant la journée s'il a besoin aller aux WC, qu'il ne faut pas qu'il y aille seul il ne faut pas qu'il essaie parce que c'est impossible à y aller juste à la sortie de l'hôpital en fait. Parce que l'aménagement n'est peut-être pas fait, ou peut-être qu'il n'est pas possible d'être fait je ne sais pas. Mais quelqu'un qui pense qu'il pourra et en fait qu'il ne peut pas et bien c'est sûr que c'est plus une limite. Et puis après donc il y a cette limite là au niveau des fonctions cognitives. Après l'environnement s'il est très très complexe, il n'y a aucun aménagement possible avec plein d'escaliers partout et qu'on ne peut pas enlever les escaliers, c'est un frein aussi ça c'est sûr. Mais après les familles ou même, la personne âgée elle-même, des fois elle peut prendre des décisions que nous, on n'aurait peut-être pas pris. Mais que, elle va limiter peut-être son espace de vie... En fait c'est elle qui va mettre ses priorités. Si pour elle c'est important d'être chez elle-même, si elle ne vit pas comme avant dans sa chambre, et qu'elle n'a pas accès forcément à la salle de bain... Mais que finalement elle veut être chez elle, on l'aidera à palier d'une autre façon. Ou il y a des personnes qui n'utilisent plus la douche parce que la salle de bain n'est plus accessible on ne peut pas faire de travaux. Ben la toilette est faite d'une autre façon, mais c'est eux qui choisissent. C'est sûr que là on ne va pas leur imposer, mais il y a des personnes qui peuvent limiter leur espace et accepter de faire autrement. Mais sinon c'est une limite c'est un fait. »

8) *Quels sont les moyens privilégiés pour favoriser la sécurisation des habitudes de vie au domicile ?*

« Effectivement moi en fait je joue sur deux plans. Il y a la sécurité au niveau des usagers. On appelle les usagers les clients chez qui on va. Et j'ai aussi une mission auprès de mes collègues aides-soignantes sur la prévention des troubles musculo squelettiques. Donc il y a les deux pendants effectivement. Après pour privilégier les moyens de sécurité vous m'avez dit ? »

Relance : Oui la sécurisation des habitudes de vie au domicile.

« Oui voilà donc moi je donne des conseils effectivement. Après le domicile reste le domicile des personnes. Donc je donne des indications. Effectivement la barre d'appui pour aller dans la salle de bain c'est important c'est la sécurité c'est sûr. Si la personne ne veut pas du tout faire de trous à ses murs on ne peut pas lui imposer de les faire. Du coup les aides-soignantes ne prendront pas en charge les personnes comme elles auraient dû la prendre. Si pour la douche il faut vraiment la barre d'appui pour que la personne soit sécurisée, mais que la personne ne veut pas mettre de barre d'appui, mes collègues aides-soignantes ne donnent pas de douches du coup. Il y a cette notion là quand même. Après, c'est ce que je dis à mes collègues aides-soignantes.

La première visite où je vais chez les gens effectivement je perçois que là il faut mettre une barre d'appui là, ce meuble nous embarrasse il faudrait l'enlever... Dans ma tête. Après la personne elle-même je ne peux pas lui imposer toutes ces choses-là non plus. Donc on prend le temps, c'est un cheminement aussi. Il faut qu'on avance avec la personne. Parce qu'on me dit, des fois, il faut que t'aïlles chez cette dame parce que la salle de bain c'est infernal voilà. Et là je reviens de la visite et on me dit : alors tu lui as dit d'enlever ce meuble ? Non je ne peux pas lui dire. Aujourd'hui j'ai évalué, effectivement je sens qu'il gêne, mais après il faut que la personne chemine pour accepter de l'enlever. Voilà c'est un exemple que je donne comme ça. Ce qu'on impose vraiment nous, c'est si on doit faire la toilette au lit, il n'y a pas le choix il faut vraiment installer un lit médicalisé. Ça c'est la politique du service. Après dans le service ce qui est dit à la personne, c'est s'il y a besoin de mettre en place du matériel, ils ont obligation de le mettre. Mais c'est vrai, on le sait en temps qu'ergothérapeute, pour qu'une aide technique soit acceptée il faut que la personne chemine et comprenne pourquoi on l'installe à domicile aussi. Donc ça nous met dans une situation pas toujours si simple que ça non plus. Mais après en cheminant les personnes comprennent. Pour la barre d'appui ils voient bien qu'ils perdent l'équilibre, qu'ils vont la mettre. Il y a des choses qui cheminent mais des fois ce n'est pas du jour au lendemain. Ce qui est compliqué aussi les aides-techniques aux transferts. C'est pour la personne âgée elle-même et pour l'aidant aussi, qui vit avec elle ou pas d'ailleurs. L'aidant, le conjoint ou l'enfant, ou des fois ça coïncide. Des fois pour les transferts, la personne ne peut être pas trop sécurité, et les aidants peuvent se faire mal aussi alors voilà. Il faut qu'on chemine là-dessus aussi. Mais les éléments privilégiés quand même c'est les barres d'appuis dans les éléments des sanitaires, et puis aussi la sécurité autour du lit aussi, et les transferts aussi. Mais du coup des fois, pas tout est mis en place tout de suite. Les choses simples qui ne compliquent pas trop l'environnement qui ne modifient pas trop les habitudes de vie ça va. S'il y a un changement de mobilier, ou l'arrivée de quelque chose qui prend un peu trop de place dans le domicile, ce n'est pas toujours simple. »

9) *D'après vous, existe-t-il d'autres solutions pour assurer la qualité de vie de la personne dans son milieu écologique après une chute ?*

« Oui c'est surtout après la chute. Après la chute c'est arrivé que la personne ait perdu l'équilibre en se relevant des WC, effectivement il lui manquait quelque chose. La barre d'appui va être facile à mettre en place ça c'est sûr. Après chaque chute, dans le service on remplit une fiche de chute pour comprendre un peu le contexte de la chute et comment ça s'est passé.

Donc moi généralement, je les rencontre pour qu'elles m'expliquent, qu'on voit un peu. Je n'ai pas d'exemples comme ça précis, mais je demande à la personne si elle pense que la chute aurait pu être évitée et comment. Donc c'est vrai, que si la personne a ses solutions on va travailler là-dessus. Après moi je les remets en situation j'essaie de comprendre la chose. Si c'est une perte d'équilibre, pour se lever ça lui a demandé un effort et puis finalement elle n'avait pas d'accoudoirs sur sa chaise et c'est ça qui l'a déséquilibrée et entraînée la chute. Voilà si c'est des choses très précises comme ça, on re ça travaille avec la personne. Je reviens un peu sur la question d'avant... Mais du coup la personne a bien conscience de la chose. Donc moi je rencontre les personnes, et dans le service on a aussi un psychomotricien, qui est là à 20% dans le service. Et après les chutes on se rend compte que le comportement change. La personne change sa gestuelle, pour se lever, dans ses déplacements... Selon le contexte de la chute, effectivement il y a des personnes qui ont le syndrome post chute, et qui ont perdu confiance en eux aussi. Donc là du coup ces pertes de confiances entraînent des pertes de leurs capacités, qu'il faut retravailler. Donc c'est vrai que le psychomotricien aide à re travailler ça aussi, la reprise de confiance... On superpose un nos outils de travail avec le psychomotricien. Mais il travaille beaucoup sur la peur de rechuter etc. Donc ça c'est vrai que ça a des effets. La personne petit à petit re ose faire les choses. Parce que des fois après une chute la personne, soit si elle en a vraiment conscience, des fois elle peut être plutôt sidérée et diminuer ses activités de la vie quotidienne. Donc après c'est redémarrer un peu sur les activités de la vie quotidienne. Moi je demande je leur pose la question : qu'est-ce que vous faisiez avant ? Quelqu'un que je n'ai pas vu avant la chute, que je connais après son hospitalisation. Effectivement j'interroge beaucoup sur les habitudes de vie. Est-ce qu'aujourd'hui elle a les mêmes activités qu'il y a six mois en arrière ? Pourquoi ? Et du coup petit à petit on met en ce certaines choses. Soit au niveau de la gestuelle, soit au niveau de l'aide technique... Et donc la question c'était s'il y aurait d'autres moyens ? »

Relance : Oui voilà

« Eh bien c'est vrai que c'est vraiment important de bien comprendre les raisons et de bien retravailler tout ça. Il y a des personnes qui vont peut-être augmenter leur prise en charge de kinésithérapie. Aussi le médecin peut augmenter la prise en charge de kinésithérapie. Et puis des fois il y a aussi à retravailler l'aménagement du logement, mais ça se fait assez progressivement. Et ce n'est pas possible chez tout le monde aussi je crois. »

Annexe 10**Tableau de présentation des résultats**

I- Rôle de l'ergothérapeute dans l'engagement occupationnel de la personne vieillissante

1) À quel moment de la prise en charge envisagez-vous le retour à domicile ?

E-H (Hôpital)	« Ça dépend déjà à quel moment on reçoit la personne âgée. [...] ça peut être en tout début de prise en charge donc là le retour à domicile n'est pas encore vraiment envisageable. Ou alors on le prend en plein milieu voire uniquement pour une évaluation du retour à domicile. Donc c'est vraiment au cas par cas. [...] Des fois c'est le médecin qui va le demander, des fois c'est l'équipe qui va poser la question [...]
E-CR (Centre de rééducation)	« Quand on estime que le patient est capable de se débrouiller seul à la maison ou que le patient souhaite retourner à domicile. Ce qui ne correspond pas toujours au même moment. »
E-UMG (Unité mobile de gériatrie)	« Tout de suite, ça dépend du contexte. Dans le cadre d'une équipe mobile, on peut voir la personne dans différents endroits. Soit à son arrivée directe aux urgences, soit dans un service, soit à la maison. Donc quand c'est aux urgences [...] la demande c'est de savoir si la personne peut rentrer chez elle, donc la question se pose tout de suite. »
E-SSIAD (SSIAD)	Alors nous au service de soins infirmier à domicile les gens qu'on voit ce ne sont pas forcément des retours à domicile. [...] Donc soit elle a toujours été à domicile et là son état de santé nécessite de l'aide car elle a perdu un peu d'autonomie. Après ça peut arriver que ce soient des gens qui viennent de l'hôpital et qui retournent à domicile, et c'est la famille qui nous contacte pour dire qu'à la suite de son problème de santé mon parent retourne à domicile. Et après on voit si on peut la prendre ou pas et de quelle façon. Au SSIAD dans tous les cas il faut qu'il y ait une demande de prise en soin pour les soins de nursing. [...].

	Il faut que la personne ait besoin d'une aide-soignante, qui lui permette de rentrer dans le service. [...] Par contre ce n'est pas nous qui décidons si la personne rentre chez elle ou pas.
--	---

2) *Quels sont les freins pouvant limiter l'engagement de la personne vieillissante dans son projet de retour à domicile ?*

E-H	« Déjà selon la pathologie de la personne, des fois comme ils ne se rendent pas forcément compte de leur handicap ils peuvent ne pas s'engager du tout dans cette voie-là. Ensuite le handicap en lui-même s'il est vraiment très lourd c'est un frein au retour à domicile et dans ce cas on doit chercher d'autres solutions. Au mieux si on peut faire de l'hospitalisation à domicile c'est bien mais parfois on est obligé de penser aux maisons de retraite quand ce n'est pas faisable. On essaie au maximum de pouvoir retrouver le lieu de vie de la personne et on sait que des fois ça ne sera pas possible. Des fois c'est aussi les médecins qui prennent le temps et on se demande quand est ce qu'on va pouvoir envisager le retour à domicile et dans d'autres cas ils l'envisagent très tôt et nous on est obligé de se speeder. »
E- CR	« Si le retour à domicile est trop dangereux, s'il est trop lourd pour la famille, si la personne est trop dépendante et nécessite des soins et une prise en charge en hospitalisation, ou EHPAD ou en Soins de Suite. Si le patient est trop dépendant et nécessite une hospitalisation plus lourde. »
E-UMG	« Les troubles cognitifs, [...] Ça peut être aussi des troubles d'ordre psychologique, voir psychiatrique ça dépend du degré. Mais quand une personne est trop anxieuse pour rester toute seule à la maison. Souvent son état de santé, son état somatique il n'y a pas de soucis particuliers, son état moteur non plus. Mais elle ne se sent pas capable, elle a un peu peur d'être chez elle, et ça peut être limitant également. [...] Venant de la personne elle-même ce sont des troubles cognitifs ou des troubles psychologiques. »
E-SSIAD	« [...] S'il est très dépendant, s'il y a besoin d'installer du matériel. Si la personne est hospitalisée on nous contacte pour savoir si on peut prendre en charge la personne, donc on voit déjà s'il y a de la place. Si on a la place après, s'il y a besoin de matériel, on demande que le matériel soit installé avant qu'on intervienne.

	<p>Alors pour le lit médicalisé c'est assez facile, voilà c'est une toilette au lit c'est facile de dire qu'au domicile il faut vraiment un lit médicalisé. Après quand c'est de l'aide aux transferts, ça ce n'est pas toujours mis en place au départ. Parce que le milieu hospitalier et le domicile c'est quand même différent aussi, au niveau de l'environnement. [...] dans le milieu hospitalier si le transfert est difficile il peut y avoir deux aides-soignantes.</p> <p>Au domicile il faut qu'on sache un peu, et dans la plupart des prises en charge l'aide-soignante est seule. C'est donc peut être un frein. Mais des fois on ne sait pas tout au départ non plus. On nous transmet des informations mais des fois on nous dit que les transferts se passent bien et nous quand on la prend en charge et qu'on commence la prise en charge au domicile, les transferts sont plus difficiles qu'on nous a dit, ça peut arriver ça. [...] Ça peut être selon l'environnement humain, si elle vit seule ou pas. Quels services peut être mis en place aussi. Parce que le SSIAD on intervient le matin et le soir mais si la personne a besoin par exemple d'être accompagnée aux toilettes la journée, si elle vit seule, il faut qu'il y ait un service qui soit mis en place pour ça. Mais je dirais que c'est beaucoup l'environnement humain qui freinerait le retour à domicile parfois. [...] il n'y a pas que nous qui intervenons. Il y a aussi un service d'aide à la personne, et puis des services qui interviennent avec des personnes indépendantes, des auxiliaires de vie indépendantes ou des aides à domicile indépendantes. »</p>
--	--

3) *Quels moyens utilisez-vous pour favoriser l'engagement des personnes dans leur projet de retour à domicile ?*

E-H	<p>« On essaye de les connaître le plus possible. On essaye de faire vraiment le tour de son environnement au niveau logement, de son environnement familial, de ses désirs, de ses loisirs aussi. Il faut trouver toutes les pistes pour les explorer et trouver le moyen qui pourrait lui donner envie de s'impliquer dans le projet de retour à domicile, de retour à sa vie d'avant, adapté selon le cas.</p> <p>S'il aime les sorties ? Un club du troisième âge vous alliez avant ? Est-ce vous pouvez y retourner ? Est-ce qu'on peut adapter les gestes qui lui permettrait de refaire une activité qu'il aimait avant ?</p>
-----	--

	<p>Est-ce qu'elle peut lui permettre des sorties déjà une journée ou un week-end pour voir si ça se passe bien, et voir ce qui se passe mal et dans ce cas comment on peut l'adapter ? L'améliorer ? Comme ça on y va progressivement et toujours au cas par cas. »</p>
E-CR	<p>« Déjà on les stimule en leur disant qu'ils vont pouvoir rentrer à domicile. Ça c'est la première des choses.</p> <p>C'est-à-dire leur faire comprendre qu'on n'est pas là pour les garder, on n'est pas un EHPAD on est un centre de rééducation et le but ça va être de les rendre le plus autonome possible en vue du retour à domicile. Donc en fait ils ont déjà un objectif, ça va être retourner chez eux. Et après ça va être au quotidien, les stimuler pour déjà leur apporter nous un peu de joie de vivre.</p> <p>Un peu les valoriser par rapport à ce qu'ils font, leur montrer même s'ils sont infimes les petits progrès qu'ils vont pouvoir faire tous les jours. Et tous les jours leur donner envie d'aller plus loin dans leur progression, et ça valorise le patient, ça lui donne envie de partager enfin de faire sa rééducation, ça le stimule. »</p>
E-UMG	<p>« Dans l'équipe on a une psychologue qu'on peut solliciter pour aider à ce que la personne intègre cette situation. Ça peut être des traitements, des anxiolytiques des choses comme ça sur le plan médical aussi. Sur le plan de l'ergothérapie ce que je peux faire moi quand la personne est réticente à rentrer mais qu'elle est capable, c'est de faire avec elle. C'est lui montrer ses mises en situations, c'est lui montrer qu'elle est capable de faire les choses, la rassurer dans le discours aussi. Dans l'empathie qu'on a avec le patient, tout ce qui est la communication avec le patient, ne pas lui imposer, ne pas lui donner des ordres. Il faut qu'il accepte, mais plutôt être dans la bienveillance et lui expliquer assez calmement, doucement. Et puis après faire avec la personne en expliquant qu'elle est capable de le faire et que tout devrait bien se passer. Ce qu'on peut faire aussi, on fait des appels téléphoniques quelques temps après. Quand la personne sait qu'on va la rappeler quelques temps après ça la rassure. Elle a un petit objectif à court terme. Elle dit : si ça ne va pas ils me rappelleront et je pourrai leur dire. Mettre en place des aides à domicile ça peut rassurer aussi quand les patients acceptent. Il y a multitude de solutions possibles [...] Après quand c'est cognitif, c'est plus au niveau de l'entourage. Parce que les personnes qui sont un peu démentes qui ont perdu leurs repères, quand ce sont des personnes qu'elles connaissent [...] ça peut être mieux retenu.</p>

	<p>Donc on peut voir avec la famille qu'elle puisse leur expliquer. Et sinon ça peut arriver que ce soient des demandes de mise sous tutelle, de curatelle, pour qu'une personne puisse décider à leur place parce qu'ils ne sont pas capables de décider pour eux-mêmes. »</p>
E-SSIAD	<p>« Ce n'est pas un projet de retour à domicile mais un projet de maintien à domicile. Nous on ne va pas les voir à l'hôpital. [...] on a un service de Soins de Suite et Réadaptation et sur notre territoire on a une petite coordination [...] les différentes structures sur le territoire on se connaît. Donc pour le retour à domicile la cadre de santé nous demande si on peut intervenir ou pas, et ça peut nous arriver de rencontrer la personne sur le SSR. [...] le centre hospitalier n'est pas un lieu où on va voir les gens à l'hôpital pour un projet de retour à domicile. Donc c'est le service de l'hôpital qui peut éventuellement nous appeler. Mais c'est quand même rarement le service de l'hôpital qui nous appelle, c'est plutôt la famille qui habite sur le secteur et qui se dit, il y a un service qui existe on peut voir s'ils peuvent faire quelque chose avec nous. Mais par contre on n'évalue pas la personne en amont de notre prise en charge quand ils sont à l'hôpital.</p> <p>En SSR ça peut nous arriver de l'évaluer, ou quand ils sont au domicile et qu'il y a une demande de prise en charge on va les voir aussi. Généralement on essaie de faire l'évaluation avec l'infirmière et l'ergothérapeute, dans la mesure du possible on essaie de le faire ensemble. Donc, voir un peu dans quel environnement la personne vit, quelle aide humaine elle a, de quoi elle a besoin par rapport à son autonomie et sa dépendance aussi. »</p>

4) *D'après vous, quels moyens supplémentaires l'ergothérapeute pourrait utiliser pour favoriser l'engagement de la personne dans son retour à domicile ?*

E-H	<p>« L'implication de la famille aussi qui est importante. [...] Des fois la famille est trop impliquée à vouloir trop aider ça ne va pas plaire. Ou alors elle ne s'implique pas assez et ça va freiner. Il faut doser l'implication de l'environnement familial, même amical... »</p>
E-CR	<p>« Il y a tout ce qui est mise en situation pratique. Il y a tout ce qui est cuisine thérapeutique, éventuellement re travailler tout ce qui est transferts, marche, cette fois en chambre en mise en situation concrète. [...]</p>

	<p>On peut voir ensemble comment on peut surmonter ces difficultés, et ça va aussi le stimuler pour un retour à domicile. Parce qu'il va voir une ouverture, son horizon s'ouvrir par rapport à sa sortie. Donc là ça va le stimuler encore plus. »</p>
E-UMG	<p>« Au niveau de l'ergothérapeute envisager d'autres moyens que l'on n'utilise pas... Vous me prenez un peu de cours, là en tête tout de suite je n'en ai pas. »</p>
E-SSIAD	<p>« On a aussi des cas de personnes qu'on suivait qui ont chuté à domicile et qui ont été hospitalisées. Du coup on sait qu'ils sont allés à l'hôpital. Donc l'infirmière se renseigne à l'hôpital pour savoir dans quel service est la personne, comment ça va et comment s'engage la suite. [...] Après si la personne qu'on ne connaît pas a été hospitalisé après une chute, l'hôpital ne se renseigne pas pour se demander sur le secteur qu'est-ce qu'il y a, tiens on va appeler le SSIAD. Ce n'est pas souvent ça, on va souvent aux infos, dans ce sens-là c'est souvent organisé, et des fois c'est un peu prématuré. Là dernièrement on a une dame qu'on suivait qui a chuté, donc on a contacté l'hôpital pour savoir comment ça se passait. Après ils ont prévu un retour à domicile, en se disant que c'est bien. Et nous on l'a trouvée très fatiguée au retour, et ils ont organisé la sortie sans trop nous contacter en fait. Ils ont même prévu la sortie un peu trop tôt, et ils ne nous ont pas trop interrogé pour savoir ce qu'on en pensait, si on avait les moyens... On n'a pas été averti forcément, et nous on s'est dit qu'il aurait fallu qu'elle ait un tremplin entre le centre hospitalier et chez elle, qu'elle soit en SSR. Là on ne nous a pas interrogé. Nous on connaissait un peu son environnement humain, et aussi au niveau de domicile, au niveau matériel mais surtout humain. Et là je trouve que ça a manqué... L'hôpital ne nous a pas contacté je trouve qu'il a manqué un peu de coordination à ce niveau-là. »</p>
<p>Réponses après relance</p>	
E-H	<p>« Oui l'entourage si on peut avoir un levier là-dessus c'est toujours intéressant de le rajouter. Il n'y a pas toujours. Des personnes âgées isolées c'est plus difficile, des fois un ami, parfois un voisin, ce n'est pas évident. Après il y a peut-être des associations mais je ne connais pas vraiment. »</p>

E-CR	« Après au niveau de l'équipe ce sont des ressources sur le plan social, sur des rendez-vous à court terme, comme on fait déjà avec les appels téléphoniques. Pouvoir repasser rapidement, rassurer la personne, ou quand les personnes on les voit dans les services, parfois ça arrive qu'elle ait peur de rentrer chez elle. Alors on leur propose une visite à domicile dans la semaine. Ce sont plus les familles que ça rassure que les personnes souvent. Parce que la personne n'est pas toujours capable de comprendre.
E-UMG	On a déjà beaucoup de moyens ici. [...] donc c'est compliqué à vous dire comme ça »
E-SSIAD	[...] en moyens supplémentaire d'où vient la personne, des fois on va l'évaluer à son retour et si là on se rend compte que c'est lourd, qu'il manque des aménagements, qu'il manque du matériel. Il y a une période qui est un peu critique parce qu'on a beau avoir des gens réactifs dans notre entourage, des fois le matériel on ne l'a pas non plus en 24 heures forcément. Ça peut mettre la personne en situation de difficultés, et le service également d'ailleurs. Nous, connaissant l'environnement du domicile par rapport à son environnement humain ou matériel, c'est vrai qu'il y a des orientations qu'on prendrait différemment que ce que l'hôpital a pris par exemple. [...] Le centre hospitalier n'a pas la même vision du domicile, et ce n'est pas forcément l'idéal tout le temps au domicile. Il faut un laps de temps pour que les chose les choses se mettent en place, pour que ça se passe au mieux. »

I- Rôle de l'ergothérapeute dans la qualité de vie de la personne vieillissante

5) Comment la personne vieillissante perçoit son état de santé après une chute ?

E-H	« Ça dépend des caractères. Il y en a qui ne vont pas voir le handicap et vouloir absolument faire des choses et peut être se mettre en danger. Il y en a qui vont avoir peur et qui oseront plus faire les choses, donc ça va les freiner. [...] Il y en a qui prennent ça pour une déchéance et qui vont complètement déprimer parce qu'ils se retrouvent coincés au fond du lit alors qu'ils étaient très actifs, même en étant âgé. [...]
-----	---

	<p>Donc c'est très différent, et parfois les personnes les plus actives quand elles se retrouvent coincées dans un lit, dans un fauteuil, et qu'ils voient que la rééducation ça va être très lent et que peut être qu'ils ne récupéreront pas tout, c'est très difficile pour le moral il faut un suivi psychologique aussi. [...] Donc il y a vraiment différents niveaux pour la personne âgée, pour se voir après une chute, se percevoir en hospitalisation, ils ne réagissent vraiment pas tous de la même façon. Il y en a qui ne se rendent pas du tout compte qu'ils sont malades. [...] Et pour cela il faut un peu les tirer. On va éviter le syndrome de glissement ça serait dommage. »</p>
E-CR	<p>« Il y a un sentiment de dégradation chez le patient. Je pense qu'il se voit vieillir. Il y a une certaine lucidité par rapport au fait de vieillir et de perdre des capacités, et du coup ne pas pouvoir faire les choses comme il voudrait les faire. Et donc bien souvent ça peut être l'entrée dans une dépression parce qu'il y a une réalité qui s'oppose à lui par le fait qu'il vieillit et que les choses ne sont plus comme il voudrait qu'elles soient. Et donc il va falloir essayer de redonner un peu de joie de vivre là-dedans, et essayer de lui faire comprendre que c'est un épisode dans sa vie, mais que ça vie ne va pas s'arrêter là à cause d'une chute. [...] »</p>
E-UMG	<p>« C'est très patient dépendant. Il y a des personnes qui vont dire tout va bien c'est comme d'habitude, je me sens très bien. Il y a souvent la fatigue des premiers jours mais à part la fatigue elles se sentent comme d'habitude. Il y a des personnes à qui ça va faire peur, qui s'appelle le syndrome post chute. Elles n'oseront plus se remettre debout par peur de tomber de nouveau malgré les capacités présentes. Donc une grosse perte de confiance en elles. Il y a les personnes avec des troubles cognitifs qui ne se rappellent pas qu'elles ont chuté. »</p>
E-SSIAD	<p>Ça dépend déjà du contexte de la chute j'ai envie de dire. Pourquoi la personne a chuté. [...] elle se sent un peu affaiblie quand même. C'est toujours pareil ça dépend du contexte [...] Des fois ils trouvent la raison eux-mêmes et ils comprennent, et des fois ça arrive vraiment bêtement, et ils peuvent se dire qu'ils se sentent plus faibles [...] Et puis ça dépend aussi s'ils ont pu se relever, si de l'aide a été rapidement là aussi ou pas. Oui, ou eux des fois ils prennent conscience qu'il faut qu'ils fassent vraiment attention, qu'ils sont quand même fragiles, et c'est plus vite fait que ce qu'ils imaginaient peut-être aussi. »</p>
Réponses après relance	

E-UMG	<p>« Ça dépend s'il y a des pathologies associées aussi. S'il y a une fracture, elles vont se retrouver totalement dépendantes.</p> <p>Elles vont mal vivre leur dépendance qui va augmenter. Car souvent quand elles ont des pathologies cognitives sous-jacentes et qu'il y a un élément déclencheur par une chute, ça révèle toutes les difficultés qui étaient un peu masquées jusqu'à présent.</p> <p>Chaque personne est différente par rapport à son ressenti de la chute. Même s'il y a des grosses tendances entre les personnes qui perdent confiance, et qui ont peur après de se déplacer.</p> <p>Mais le fait que quelqu'un s'occupe d'elles, ça les remet en confiance. Donc elles savent qu'elles ont besoin de rééducation, elles se sentent fatiguées, elles se disent qu'elles ont besoin de repos et après ça ira mieux. Il y a d'autres personnes ça va pas du tout. Il y en a d'autre ça va très bien c'est comme d'habitude. Il y en a ça a révélé des fractures, ils se disent qu'ils sont trop dépendants. Après une chute il y a des personnes au niveau moral qui disent : il faut mourir à notre âge etc. ça leur remet en question beaucoup de chose sur leur existence, ça met en évidence leur fragilité qu'elles n'avaient pas forcément rencontrées jusqu'à présent. »</p>
-------	--

6) *Quelle est la vision de la personne vieillissante sur la sécurité de son domicile ? Et ses habitudes de vie ?*

E-H	<p>« C'est pareil ça dépend des personnes. Il y en a qui se rendent compte qu'après la chute il y a des choses à changer dans le domicile puisque c'est là qu'elles ont chuté [...] Il y en a qui ne voit pas le problème. Il dit moi j'ai toujours habité là, c'est la première fois que ça m'arrive, pourquoi on changerait mes habitudes ? [...] Et il y en a qui ne veulent rien entendre [...] il ne faut pas toucher le cadre de vie c'est sacré. Il y en a qui sont très ouverts mais il y en a non. Si [...] mais on ne peut pas aller contre leur volonté non plus. C'est une intrusion ils vont très mal le vivre. Il y en a qui refusent les visites à domicile d'ailleurs. »</p>
E-CR	<p>« Il y a deux types de comportement je crois. Il y a les gens qui sont très réalistes, qui comprennent qu'ils ont des difficultés, qu'il faut faire plus attention, qu'il faut sécuriser le domicile, qui sont prêts à tout justement pour se préserver à domicile. Ils sont prêts à tout mettre en œuvre pour faire attention, pour sécuriser etc.</p>

	<p>Et puis après il y a les gens qui sont un peu dans l'inconscience, et qui ne veulent rien changer à leurs habitudes de vie. Ils vont toujours aussi vite, ils ne font pas attention, ils ne veulent rien mettre en place parce que ça fait trop handicapé. Voilà il y a ces deux types de réaction, et ça c'est par rapports aux personnalités des patients. Par rapport à leur façon d'être, leur façon d'agir. Donc chez les gens qui sont hyper sécurisés, qui sont prêts à se sécuriser, et bien il n'y a pas de problème c'est facile. [...] Après chez les autres, c'est plus compliqué parce qu'il faut qu'ils se rendent compte que leurs capacités ne sont plus les mêmes.</p> <p>Donc ça c'est un travail qui est plus fait sur le mental, sur le psychique, sur la personnalité. [...] Il faut qu'il y ait une prise en conscience et ça, c'est plus compliqué à obtenir. »</p>
E-UMG	<p>« Globalement il y en a très peu qui disent que leur domicile n'est pas sécurisé [...] j'ai toujours fait comme ça, il n'y a pas de raisons, j'ai mes habitudes à la maison, je sais ce que je fais. Après quand on leur fait remarquer en visite à domicile les choses dangereuses, il y en a une partie, pas la majorité à mon avis, à qui l'œil extérieur leur apporte quelque chose et qu'elles se remettent en question par rapport à leur sécurité. Je pense que c'est une minorité quand même. Et que la majorité [...] ils trouvent des excuses, ils ont du mal à accepter et à se remettre en question on va dire. Donc pour eux si leur domicile n'est pas sécurisé c'est juste momentanément [...] mais en fait c'est des excuses. Soit non, ce sont les habitudes et si on change les habitudes ça peut les perturber. Ce qui est aussi vrai certaines fois avec certains patients, si on veut trop aseptiser le domicile et qu'au final ils ont perdu leurs repères, ça peut rendre les choses plus difficiles aussi. C'est toujours un équilibre qu'on doit avoir. Je pense qu'une minorité accepte après le passage de quelqu'un que c'est dangereux. La majorité dit que ça se passe très bien. Et avant le passage de quelqu'un, c'est très rare les personnes qui disent que c'est leur domicile qui n'est pas adapté et qu'il y a des choses à changer. Souvent c'est l'entourage... Quoique [...] c'est vrai que ça arrive souvent qu'ils disent : oui c'est vrai depuis le temps que je voulais faire ça maintenant ça va être nécessaire. [...] les escaliers ou une baignoire à la place d'une douche. Mais ça reste quand même des minorités. »</p>
E-SSIAD	<p>Ben c'est vrai que les personnes ont des fois des habitudes de vie qui ne sont pas sécuritaires. Ils s'habillent d'une certaine façon, et ils ne voient pas pourquoi ils changeraient de façon de faire.</p>

	<p>Pourquoi ils s'assiéraient, pour pouvoir enfiler leur pantalon [...] on voit qu'ils ont fait ça depuis X années et eux ils ne se voient pas en danger. Enfin des fois ils ne se voient pas en danger c'est un fait. Effectivement moi je les mets en situation pour voir comment se passe l'entrée dans la douche par exemple. Si je vois qu'ils cherchent un point d'appui et qu'il n'y a pas de barre d'appui, par exemple. [...] c'est des mises en situation des fois en même temps que les soignants donc c'est vraiment la réelle mise en situation. Mais des fois c'est une mise en situation en dehors du temps du contexte de la toilette [...]</p> <p>Donc si moi je constate qu'il manque un peu des points d'appui, dans un second temps si je leur dis que je les verrais bien avec une barre d'appui et que ça sécuriserait.</p> <p>Des fois ils me disent mais non j'ai toujours fait comme ça. C'est vrai qu'eux des fois ils sentent en sécurité avec leurs habitudes. Ils ne voient pas pourquoi on changerait les choses parce qu'ils ont toujours fait comme ça.</p> <p>Après je me rends compte aussi qu'ils ont la connaissance aussi de leur logement. [...] S'il y a une marche entre deux pièces [...] on voit bien qu'ils ont toujours franchi le pas d'une façon [...] Mais il y en a beaucoup de gens qui disent je l'ai toujours fait, et après ils n'ont pas toujours conscience que finalement ils sont un peu plus raides, qu'ils franchissent moins la marche. Ça dépend des personnes. Il y a des personnes qui disent moi j'y arrive moins bien parce qu'il y a des marches, mais il y en a qui disent non il n'y a pas de soucis je l'ai toujours fait. Et puis ça dépend du caractère des personnes. Il y a des personnes qui sont volontaires et qui minimisent leur problème de santé, et d'autres pour un problème de santé un peu égal, ils vont vraiment nous dire qu'ils sont en grosse difficulté. »</p>
--	---

7) *Quelles sont les éléments physiques et environnementaux pouvant faire obstacles au retour à domicile ?*

E-H	<p>« Il y a tellement de facteurs de chute différents dans une maison. Déjà rien qu'un tapis [...] Si la personne n'arrive pas à bien lever les pieds en marchant il y aura toujours un risque si on n'enlève pas les tapis ça va être problématique. Il y a toujours un fil qui traîne, un lampadaire avec le fil sur le sol, il faut ranger au maximum tous les fils, il faut parfois enlever quelques meubles pour gagner un peu d'espace,</p>
-----	---

	<p>parce que la personne va revenir. [...] Et il y a encore la salle de bain c'est encore autre chose. Le revêtement au sol, comment s'asseoir sur les toilettes, si on n'a pas mis une barre d'appui parce que ce n'est pas beau. Ou on n'a pas pu modifier la baignoire en douche parce que c'est trop cher, ou parce que changer le logement ça prend du temps et il faut faire des dossiers pour avoir des demandes d'aides financières. Ou alors non on n'a pas les moyens d'acheter ne serait-ce qu'une planche de bain alors qu'on fait ? Si on ne peut pas modifier le logement comme il faut, si on ne peut pas mettre un lit médicalisé parce que la chambre est trop petite, et qu'ils n'en veulent pas dans le salon. On le fait des fois de mettre un lit médicalisé dans le salon, ce n'est pas beau mais c'est ça où tu ne peux pas rentrer chez toi. Mais ça va changer ton logement c'est plus pareil, c'est dur... »</p>
E-CR	<p>« Il n'y a pas grand-chose qui fait obstacle. Il y a le fait que la personne soit isolée, ça c'est un gros problème. S'il n'y a pas d'enfants, s'il n'y a pas de la famille qui s'occupe du patient, c'est très compliqué de faire retourner quelqu'un chez elle. Parce que personne ne va la prendre en charge, personne ne va veiller sur elle. [...] Donc même si on met en place des moyens comme la téléalarme, comme le passage des infirmiers etc. La personne est très isolée. Donc c'est l'isolement en fait qui peut être un frein au retour à domicile. Après il y a l'état de santé, comme on disait au début c'est l'état de santé du patient. Si le patient est trop dépendant il arrive un moment où il faut passer à autre chose. [...] A partir du moment où les gens la nuit ne peuvent plus se lever, ils ne peuvent plus assurer leur hygiène la nuit. [...] Là ça devient aussi compliqué parce qu'il faudrait quelqu'un la nuit pour les garder, pour les surveiller. Et là ça devient très coûteux, ça devient problématique parce qu'on ne trouve personne pour veiller sur eux la nuit. [...] »</p>
E-UMG	<p>« Les capacités motrices par les franchissements d'obstacles et les escaliers. Quand il y a un accès à domicile où les chambres ne sont pas aménageables au rez-de-chaussée, et qu'elles sont à l'étage. Quand la personne n'est plus capable de monter les escaliers ça peut être un obstacle. Ça peut être lié aux troubles cognitifs, qui font que la personne ne va pas penser à prendre son aide technique. Justement à domicile quand on sait que c'est un peu exigü, ou encombré, ou la personne pourra s'entraver avec une canne ou un déambulateur à la maison. Parce qu'elle ne saura pas gérer les obstacles, ça peut être des troubles de l'équilibre aussi, mais ça peut être compensable par des aides à domicile. »</p>

E- SSIAD	<p>« [...] Si la personne a sa pièce de vie au rez-de-chaussée et toutes les pièces, dont les sanitaires et la chambre à l'étage, et que la chute s'est passée dans les escaliers admettons... Disons qu'il faut analyser pourquoi elle est tombée aussi vraiment. Est-ce qu'il n'y avait vraiment pas de point d'appui dans l'escalier effectivement. Est-ce que pour la personne, franchir 14 marches c'est trop important elle ne peut plus... L'obstacle c'est que la personne ne veut pas du tout modifier son projet de vie. Si la personne peut dire et bien moi finalement je veux quand même rentrer chez moi, ma chambre est à l'étage mais ça ne fait rien je vais mettre un lit au rez-de-chaussée je vais quand même lui mettre. [...] s'il y a juste une cuisine en bas et tout le reste est en haut, ça peut être complexe aussi. Après c'est le choix de la personne. L'environnement joue énormément, l'environnement matériel joue beaucoup effectivement. Suite à une chute il y a des choses qu'on a essayé de mettre en place, chez quelqu'un mais ce n'est plus possible...</p> <p>Une personne seule qui n'a plus vraiment conscience des difficultés, parce qu'elle a des troubles cognitifs elle est persuadée que quoiqu'il arrive elle arrivera toujours à se lever de son fauteuil sans appuis. Et que la personne vit seule, effectivement maintenant si elle se lève seule sans appuis elle va tomber, là c'est sûr c'est un gros frein. Ça c'est sûr. Couvrir une aide humaine 24h/24 ça ce n'est pas possible. [...]</p> <p>Et maintenant la journée s'il a besoin d'aller aux WC, qu'il ne faut pas qu'il y aille seul il ne faut pas qu'il essaie parce que c'est impossible à y aller juste à la sortie de l'hôpital en fait. Parce que l'aménagement n'est peut-être pas fait, ou peut-être qu'il n'est pas possible d'être fait je ne sais pas. Mais quelqu'un qui pense qu'il pourra et en fait qu'il ne peut pas et bien c'est sûr que c'est plus une limite. Et puis après donc il y a cette limite là au niveau des fonctions cognitives. Après l'environnement s'il est très très complexe, il n'y a aucun aménagement possible avec plein d'escaliers partout et qu'on ne peut pas enlever les escaliers, c'est un frein aussi ça c'est sûr. Mais après les familles ou même, la personne âgée elle-même [...] elle peut prendre des décisions que nous, on n'aurait peut-être pas pris [...] elle va limiter peut-être son espace de vie... En fait c'est elle qui va mettre ses priorités. Si pour elle c'est important d'être chez elle-même, si elle ne vit pas comme avant dans sa chambre, et qu'elle n'a pas accès forcément à la salle de bain... [...] elle veut être chez elle, on l'aidera à palier d'une autre façon. Ou il y a des personnes qui n'utilisent plus la douche parce que la salle de bain n'est plus accessible on ne peut pas faire de travaux.</p>
-------------	---

	[...] la toilette est faite d'une autre façon, mais c'est eux qui choisissent. C'est sûr que là on ne va pas leur imposer, mais il y a des personnes qui peuvent limiter leur espace et accepter de faire autrement. Mais sinon c'est une limite c'est un fait. »
Réponses après relance	
E-H	« Ben oui c'est dur et puis quand on dit que ça ne va pas être possible, il y a vraiment trop de choses, y a trop de problèmes vous habitez au troisième étage sans ascenseur comment vous allez faire ? Et qu'ils disent moi c'est hors de question que je déménage... »
E-CR	« Moi je n'en vois pas d'obstacles au domicile parce que les problèmes on trouve des solutions. Le seul petit inconvénient ça pourrait être les escaliers [...] Après ça peut être une Hospitalisation à Domicile, mais il n'y a pas grand-chose qui s'oppose au retour à domicile. Si ce n'est la dégradation au niveau médical, qui nécessite une prise en charge pas heure par heure mais presque. Une surveillance médicale. »
E-UMG	« Ça peut être aussi tout ce qui est hygiène à domicile. Je suis déjà intervenu chez des gens qui avait le syndrome de Diogène, qui ne faisaient pas le ménage et accumulaient les choses à la maison. [...] Ça peut être un équilibre précaire pour enjambrer une baignoire. Ça peut être des troubles cognitifs dans l'utilisation des plaques chauffantes au gaz qui doivent être retirées. [...] Ou quelqu'un qui ne gère pas sa cuisine [...] avec des risques d'incendie [...] qui ne va pas manger, pas faire ses courses, qui ne va pas manger et se mettre en danger [...] On a déjà vu sur le plan moteur avec les aides techniques avec une mauvaise utilisation. Mais aussi en s'habillant, quelqu'un qui va avoir des troubles de l'équilibre et qui ne va pas arriver à s'habiller tout seul il va risquer de tomber. Principalement ça peut être un risque de chute, un risque de fugue, un risque nutritionnel, des risques de mise en danger avec des appareils comme la voiture, et les plaques à gaz. Et la mauvaise utilisation d'appareils. [...] quelqu'un qui va essayer d'étendre son linge, tomber dans le jardin et qui ne pourra prévenir personne. L'isolement aussi. Les facteurs d'isolement ce n'est pas propre à la personne ni à l'environnement physique. Mais l'environnement social aussi, s'il n'y a pas d'aide à domicile, pas de famille, que personne ne passe le voir. Si jamais il y a un souci qu'il n'est pas capable de prévenir. [...] une patiente qui a chuté à la maison mais son mari qui vit avec elle est dément également. Ils sont déments tous les deux, et donc ils ne préviennent personne [...] Ça peut être des mises en danger par incapacité de gérer aussi le conjoint qui a des troubles.

	<p>La personne qui a toujours été aidante et qui a besoin d'être aidé à moment donné, elle ne peut plus aider l'autre et puis elle ne peut plus se faire aider non plus. Donc il y le social qui joue aussi un rôle important [...] psychologiquement il y a aussi le risque suicidaire avec un patient qui a une perte de moral. Les amis sont décédés, donc socialement ils sont assez isolés, leur épouse est décédée. Ils sont un peu dépendants aussi ils le supportent mal et ils peuvent passer à l'acte, se suicider, c'est arrivé chez certains patients. »</p>
--	--

8) *Quels sont les moyens privilégiés pour favoriser la sécurisation des habitudes de vie au domicile ?*

E-H	<p>« On essaye de trouver des compromis. On fait ce qu'il peut être fait en fonction des moyens financiers, en fonction du temps qu'on a, en prévoyant peut être des choses à moyen terme ou à long terme, mais en essayant de faire le mieux possible tout de suite et puis en respectant ce qu'ils veulent et ce qu'ils ne veulent pas. S'ils ne veulent vraiment pas changer le logement et bien on va tout faire pour trouver une solution pour le logement actuel. [...] on va essayer de trouver le siège antidérapant pour qu'il puisse s'asseoir, la planche de bain pas trop chère comme ça ils peuvent se le payer. »</p>
E-CR	<p>« C'est vaste. Il y a la téléalarme, il y a le passage d'infirmières. Alors quand je fais des retours à domicile j'essaie de privilégier le plus de passages, et de façon harmonisée dans la journée. C'est-à-dire le matin il y a l'infirmière qui passe pour la toilette. Ensuite il y a l'aide-ménagère qui passe pour le ménage, repas etc. L'après-midi c'est bien d'avoir le passage d'un kinésithérapeute, même s'il ne reste qu'une demi-heure, trois quart d'heure, il y a toujours du monde. Et le soir bien souvent ce sont les enfants qui prennent le relais. Après la problématique c'est la nuit, si les gens ne peuvent pas rester seuls, s'ils sont agités, ils risquent de tomber la nuit.</p> <p>Là il faut, ou mettre quelqu'un ou alors comme je le disais tout à l'heure ça peut être le déclenchement pour aller en EHPAD. Après dans les moyens il y a la téléalarme, il y a tout ce qui est matériel et aides techniques qui va permettre de sécuriser chaque point de la maison. La salle de bain, les WC etc. »</p>

E- UMG	<p>« On s'adapte au cas par cas. On analyse, déjà on évalue les situations à risque selon les capacités. En général on a déjà fait les évaluations au préalable [...] On sait si la personne a plutôt des difficultés sur le plan cognitif, sur le plan moteur voir comment elle se débrouille, sur le plan social son environnement sur qui elle peut compter. Ses antécédents pour voir s'il y a un caractère psychologique. Et puis en fonction de ça, sur le plan moteur on évalue si elle est capable de se déplacer à domicile à notre visite. Moi en général je leur fais faire le tour de la maison. Ils me font visiter leur appartement comme ça je vois comment ils se déplacent dans chaque pièce. Je vois s'ils arrivent à rentrer dans une baignoire ou une douche. Je vois comment ils se lèvent ou ils se couchent dans leur lit. Des mises en situation vraiment.</p> <p>Après avec l'expérience voir s'il y a un risque de chute principalement, voir aussi s'il y a des oublis.</p> <p>J'ai fait des mises en situation cuisine également chez les personnes. Donc, voir comment ils gèrent un petit peu leur recette, s'ils sont capables de se faire à manger. Surtout sur le plan moteur et cognitif. Parce qu'après sur le plan social il y a les psychologues qui sont plus là par rapport à l'entourage. Après en fonction des difficultés, soit on va conseiller des aides techniques, soit on va conseiller des aides humaines, soit une rééducation en parallèle. Souvent on conseille de la kinésithérapie si on voit que l'équilibre est juste. On va conseiller la kinésithérapie pour qu'ils puissent adapter les aides techniques ensuite, et assurer les capacités que possède la personne. On peut conseiller une hospitalisation si c'est trop limite et que ce n'est pas possible. Souvent on conseille de faire des démarches d'EHPAD quand on voit que c'est possible, mais dans la durée ça ne va pas aller en s'améliorant et qu'il y aura des risques à moyen et long terme. On conseille d'anticiper les démarches d'EHPAD par exemple. Quand ce sont des aides techniques, ce sont souvent des planches de bain, pour éviter les risques de chute dans la salle de bain. Ça peut être des barres d'appuis. Ça peut être l'utilisation de la bonne aide technique. Ça peut être des barres latérales de lit, car souvent ce sont les transferts au lit qui sont difficiles. Après il y a les moyens de prévention secondaire avec les téléalarmes en cas de chute. Trouver une solution pour pas que ça soit trop grave, et ne pas rester au sol trop longtemps. Donc ça va être matériel, ça va être rééducation, ça va être orientation, ça va être humain. Il y a beaucoup de moyens d'action. Ce qui est important c'est de ne pas en oublier, et de choisir les bons au bon moment. »</p>
-----------	---

E-SSIAD	« Effectivement moi en fait je joue sur deux plans. Il y a la sécurité au niveau des usagers. [...] Et j'ai aussi une mission auprès de mes collègues aides-soignantes sur la prévention des troubles musculo squelettiques. [...] »
Réponses après relance	
E-H	<p>« Il faut trouver les compromis sur le modèle, ou alors le déambulateur qui passe les portes mais à telle hauteur, avec les roues comme ceci... Si on peut avoir du choix dans un éventail de possibilités on le fait. S'il y a des endroits où il n'y a pas de choix on essaye de négocier que ça se fasse quand même.</p> <p>Si ça ne passe pas, ça ne passe pas mais on ne pourra pas dire qu'on ne l'a pas fait. C'est en discutant avec la personne et la famille aussi. Parce que si la personne ne veut rien entendre peut-être que la famille trouvera des arguments pour faire entendre raison à la personne si nous on n'y arrive pas. Il faut essayer tout. »</p>
E-SSIAD	<p>Oui voilà donc moi je donne des conseils [...] je donne des indications. Effectivement la barre d'appui pour aller dans la salle de bain c'est important c'est la sécurité c'est sûr. Si la personne ne veut pas du tout faire de trous à ses murs on ne peut pas lui imposer de les faire. Du coup les aides-soignantes ne prendront pas en charge les personnes comme elles auraient dû la prendre. Si pour la douche il faut vraiment la barre d'appui pour que la personne soit sécurité, mais que la personne ne veut pas mettre de barre d'appui, mes collègues aides-soignantes ne donnent pas de douches du coup. [...] La première visite où je vais chez les gens effectivement je perçois que là il faut mettre une barre d'appui là, ce meuble nous embarrasse il faudrait l'enlever... Dans ma tête. Après la personne elle-même je ne peux pas lui imposer toutes ces choses-là non plus. Donc on prend le temps, c'est un cheminement aussi.</p> <p>Il faut qu'on avance avec la personne. [...] Ce qu'on impose vraiment nous, c'est si on doit faire la toilette au lit, il n'y a pas le choix il faut vraiment installer un lit médicalisé. Ça c'est la politique du service. [...] s'il y a besoin de mettre en place du matériel, ils ont obligation de le mettre. Mais c'est vrai, on le sait en temps qu'ergothérapeute, pour qu'une aide technique soit accepté il faut que la personne chemine et comprenne pourquoi on l'installe à domicile aussi. Donc ça nous met dans une situation pas toujours si simple que ça non plus. Mais après en cheminant les personnes comprennent. Pour la barre d'appui ils voient bien qu'ils perdent l'équilibre, qu'ils vont la mettre. [...] des fois ce n'est pas du jour au lendemain.</p>

	<p>Ce qui est compliqué aussi les aides-techniques aux transferts. C'est pour la personne âgée elle-même et pour l'aidant aussi. [...] la personne ne peut être pas trop sécurité, et les aidants peuvent se faire mal aussi [...] Mais les éléments privilégiés quand même c'est les barres d'appuis dans les éléments des sanitaires, et puis aussi la sécurité autour du lit aussi, et les transferts aussi. Mais du coup des fois, pas tout est mis en place tout de suite. Les choses simples qui ne compliquent pas trop l'environnement qui ne modifient pas trop les habitudes de vie ça va. S'il y a un changement de mobilier, ou l'arrivée de quelque chose qui prend un peu trop de place dans le domicile, ce n'est pas toujours simple. »</p>
--	---

9) *D'après vous, existe-t-il d'autres solutions pour assurer la qualité de vie de la personne dans son milieu écologique après une chute ?*

E-H	<p>« Si on pouvait avoir un suivi après. Quand la personne est rentrée nous on n'a pas de retour sur ce qui se passe après. C'est dommage si nous on ne peut pas intervenir au domicile quand la personne n'est pas hospitalisée. Après il y a peut-être des associations de retour à domicile ou des ergothérapeutes en libéral qui pourraient eux assurer un suivi, quelques visites de contrôle à moyen terme, à long terme pour voir comment ça se passe, revenir sur ce qui a été fait, ce qui n'a pas été fait, sur ce qu'il y a encore à faire, sûr ce qui pourrait être amélioré. Comme ça on ne lâcherait pas la personne. [...] le lien avec le revendeur de matériel, qui va apporter les choses, nous dans notre travail on a un lien assez fréquent avec ces revendeurs-là. [...] Donc on sait que des choses ont été continuées. Mais pour d'autres on a donné des recommandations et puis ils sont repartis avec. Et on ne sait pas ce qu'il s'est passé derrière et ça c'est embêtant... »</p>
E-CR	<p>« L'hospitalisation de jour, je trouve que c'est un bon intermédiaire entre l'hospitalisation en centre de rééducation et le retour à domicile. Ça permet déjà de continuer la prise en charge, que ce soit kinésithérapie, ergothérapie, etc. Ça permet de surveiller aussi le patient, de continuer à l'éduquer sur la sécurité, et puis de lui maintenir une certaine dynamique qui va pouvoir remettre en œuvre après à la maison. Après il faudrait des gens qui accompagnent les personnes âgées. C'est-à-dire les accompagner pour sortir, chose qui est faite un peu par le kinésithérapeute mais ça dépend s'il a le temps ou pas.</p>

	<p>Mais essayer de les re sociabiliser, [...] ces gens sont en perte de repères sociaux. C'est-à-dire qu'il faudrait les sortir plus, continuer à aller dans les clubs, continuer à ce qu'ils aient une vie sociale. [...] des activités qui leurs permettent de continuer à avoir en envie de rester chez eux, à avoir envie de vivre tout simplement. Il est là le challenge, c'est continuer malgré ses difficultés à avoir envie de faire les choses, faire des projets, ce qui leur manque un petit peu. [...] »</p>
E-UMG	<p>« Globalement non. Parce que sinon ça voudrait dire qu'on ne fait pas tout pour que ça se passe bien. [...] si je me disais qu'il y a d'autres choses qui manquent, on essaierait de les mettre en place [...] Le but c'est que ça se passe au maximum. Après il y a les relais. Faire des relais vers d'autres associations. Souvent on se met en lien avec des associations de soins infirmiers, on organise le passage. Mais aussi tous les CLIC, les centres locaux d'information. Il y a des organismes qui s'occupent de coordonner les acteurs à domicile. Des associations avec des bénévoles qui passent juste discuter un moment avec les personnes. Pour que les personnes se sentent bien, il y a un relais qui se fait après vers d'autres structures où nous on est là en ponctuel, pour s'assurer qu'il y ait un bon suivi. [...] ça reste plutôt la tâche plutôt du médecin traitant d'assurer ce suivi quotidien. On essaie de faire intervenir tous les acteurs qui pourraient s'en occuper, d'oublier personne. [...] Après ça peut être aussi les questions de moyens et de temps. Parce que l'idéal ça serait de passer plus souvent. [...] quand j'explique au patient une technique pour se lever du lit plus facilement, ça pourrait être intéressant éventuellement re passer quelques temps après revoir. Après ce n'est pas le même travail. C'est un travail de rééducation qui me frustre toujours dans mon métier d'ergothérapeute, c'est d'être là en ponctuel et de ne pas suivre la rééducation. [...] je me suis mis en contact avec le kinésithérapeute qui passe à la maison pour faire travailler les transferts. On s'assure donc que quelqu'un le fasse, même si on aimerait le faire nous même, pour suivre le suivi, pour que ça soit le plus cohérent. Et on a un suivi en tête en tant que rééducateur, même si sur l'équipe mobile on est plus sur l'observation, évaluation et proposition de solutions. C'est le médecin qui voit, c'est le patient qui voit, c'est l'entourage qui voit. Nous on est là qu'en tant que conseil. Mais forcément on se met une prise en charge idéale dans la tête qu'on ne suit pas par la suite parce qu'on ne passe que ponctuellement. Mais ce sont les limites de la structure qui font ça.</p>

	<p>Mais globalement on essaie de tout faire pour que ça se passe bien [...] si j'avais des idées j'essaierai de les mettre en place, mais je n'en ai pas du coup. »</p>
E-SSIAD	<p>« [...] Après la chute, c'est arrivé que la personne ait perdu l'équilibre en se relevant des WC, effectivement il lui manquait quelque chose. La barre d'appui va être facile à mettre en place [...] dans le service on remplit une fiche de chute pour comprendre un peu le contexte de la chute et comment ça s'est passé. [...] Donc moi généralement, je les rencontre pour qu'elles m'expliquent, qu'on voit un peu [...] je demande à la personne si elle pense que la chute aurait pu être évitée et comment. Donc c'est vrai, que si la personne a ses solutions on va travailler là-dessus. Après moi je les remets en situation j'essaie de comprendre la chose. [...] si c'est des choses très précises comme ça, on re ça travaille avec la personne. [...] du coup la personne a bien conscience de la chose. Donc moi je rencontre les personnes, dans le service on a aussi un psychomotricien [...] il y a des personnes qui ont le syndrome post chute, et qui ont perdu confiance en eux. Donc c'est vrai que le psychomotricien aide à re travailler ça aussi, la reprise de confiance... On superpose nos outils de travail avec le psychomotricien. Mais il travaille beaucoup sur la peur de rechuter etc. [...] après une chute la personne, soit si elle en a vraiment conscience, des fois elle peut être plutôt sidérée et diminuer ses activités de la vie quotidienne. Donc après c'est redémarrer un peu sur les activités de la vie quotidienne. Moi je demande je leur pose la question : qu'est-ce que vous faisiez avant ? Quelqu'un que je n'ai pas vu avant la chute, que je connais après son hospitalisation [...] j'interroge beaucoup sur les habitudes de vie. [...] Et du coup petit à petit on met en place certaines choses. Soit au niveau de la gestuelle, soit au niveau de l'aide technique... [...]</p>
Réponses après relance	
E-H	<p>« Je pense que ça serait utile d'avoir un regard sur la continuité des soins après l'hospitalisation, ça serait intéressant de pouvoir faire des liens on irait au fond des choses. Ça serait rassurant aussi pour nous de savoir qu'on a fait notre travail mais ça a été suivi jusqu'au bout et la personne est bien. »</p>
E-SSIAD	<p>« [...] c'est vraiment important de bien comprendre les raisons et de bien retravailler tout ça. Il y a des personnes qui vont peut-être augmenter leur prise en charge de kinésithérapie. Aussi le médecin peut augmenter la prise en charge de kinésithérapie. [...] des fois il y a aussi à retravailler l'aménagement du logement,</p>

	mais ça se fait assez progressivement. Et ce n'est pas possible chez tout le monde aussi je crois. »
--	--

Résumé

L'objectif de cette étude est d'observer la complémentarité des pratiques entre le contexte institutionnel et ambulatoire lors du retour à domicile de la personne vieillissante après une chute. L'ergothérapeute a un rôle essentiel dans le retour à domicile de ces personnes, en sa qualité d'expert en évaluation des besoins et en aménagement de l'environnement. Une méthode qualitative a été réalisée auprès de quatre ergothérapeutes pratiquant dans ces deux contextes. Une analyse thématique a été menée afin de faire ressortir les moyens utilisés par ces différents professionnels pour favoriser le retour à domicile. Les résultats ont montré que l'aménagement du domicile, les mises en situation, et les moyens humains, tentent de répondre à des nouveaux besoins de dépendance. L'élément le plus important des résultats relève du besoin de relais entre les institutions et le domicile, grâce à une amélioration de la traçabilité des actes. Cela invite à poursuivre la recherche sur la collaboration entre les professionnels exerçant en institutions et les équipes de l'ambulatoire.

Mots clés : Retour à domicile, personne vieillissante, chute, ergothérapie, collaboration

Abstract

This study tried to describe the collaboration tracking process between occupational therapists', working in institutional and ambulatory settings, for older persons after a fall. The occupational therapist has an role with the older persons in there plan to return home after a fall, essentially as an expert in needs assessment and environmental modification. In order to better understand the curent practices within the french hardcare system, a thematic analysis was conducted with four occupational therapists in both settings. The results show that home modification enhancement, home like ecological situations, and human resources, help to address the needs of older people after a fall. Subsequently, the study highlights the need for a more pathway from the institutions to home, through the traceability of professional retranscriptions. Further rescearch is needed to understand how the traceability is perform between professionals working in institutional and ambulatory settings.

Keywords : Return home, older persons, fall, occupationnal therapy, collaboration