



HAL
open science

La chute de la personne âgée atteinte de démence en institution : le rôle de l'ergothérapeute dans la liberté de déplacement

Lisa Milon

► To cite this version:

Lisa Milon. La chute de la personne âgée atteinte de démence en institution : le rôle de l'ergothérapeute dans la liberté de déplacement. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03694198

HAL Id: dumas-03694198

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03694198>

Submitted on 13 Jun 2022

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



Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

École des sciences de la réadaptation Formation Ergothérapie

Lisa MILON

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation

à la recherche

23 mai 2022

**La chute de la personne âgée atteinte de démence en institution :
le rôle de l'ergothérapeute dans la liberté de déplacement**

Sous la direction de ALBUQUERQUE Sophie et de BRUN Marie

Diplôme d'Etat d'ergothérapie

Remerciements

Dans un premier temps j'aimerais remercier Sophie Albuquerque, ma référente mémoire, pour son accompagnement, ses conseils et son écoute tout au long de cette aventure. Sans elle, ce mémoire ne serait pas ce qu'il est maintenant.

Je remercie également Marie Brun, ma référente professionnelle qui grâce à elle, m'a permis, sans le savoir, de trouver le thème de ce mémoire. Je la remercie aussi pour son suivi, son soutien et son aide.

J'aimerais également remercier Géraldine Despres, Catheline Blanc et Julien Pavé pour leur accompagnement tout au long de la formation mais aussi pour tous les outils qu'ils ont pu nous apporter pour réaliser ce mémoire.

J'aimerais aussi remercier tous les professionnels de santé qui ont contribué à sa réalisation mais aussi tous les tuteurs de stage qui ont pu m'apporter leur aide.

Je remercie également mon groupe de mémoire pour ses précieux conseils et son entraide, ainsi que mes copines de choc : Sarah, Maëlys, Julie, Gaëlle, Charlotte et Maureen pour leur soutien, leur motivation, leur écoute et leur aide. Vous avez su me remonter le moral et canaliser mon stress dans les périodes les plus difficiles de cette aventure.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et plus particulièrement mes parents, ma sœur et mes grands-parents pour leur soutien, leurs avis, leurs idées, leur écoute et surtout leur patience. Je remercie également mon copain pour toutes les fois où il a pu m'aider, me soutenir et me réconforter.

QUE VOIS-TU, TOI QUI ME SOIGNES, QUE VOIS-TU ? QUAND TU ME REGARDES, QUE PENSES-TU ?

Une vieille femme grincheuse, un peu folle
Le regard perdu, qui n'y est plus tout à fait,
Qui bave quand elle mange et ne répond jamais,
Qui, quand tu dis d'une voix forte "essayez"
Semble ne prêter aucune attention à ce que tu fais
Et ne cesse de perdre ses chaussures et ses bas,
Qui docile ou non, te laisse faire à ta guise,
Le bain et les repas pour occuper la longue journée grise.
C'est ça que tu penses, c'est ça que tu vois ?
Alors ouvre les yeux, ce n'est pas moi.
Je vais te dire qui je suis, assise là si tranquille
Me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux :
Je suis la dernière de dix, avec un père et une mère,
Des frères et des sœurs qui s'aiment entre eux.
Une jeune fille de 16 ans, des ailes aux pieds,
Rêvant que bientôt, elle rencontrera un fiancé.
Mariée déjà à 20 ans. Mon cœur bondit de joie
Au souvenir des vœux que j'ai fait ce jour-là.
J'ai 25 ans maintenant et un enfant à moi
Qui a besoin de moi pour lui construire une maison.
Une femme de trente ans, mon enfant grandit vite,
Nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront.
Quarante ans, bientôt il ne sera plus là.
Mais mon homme est à mes côtés qui veille sur moi.
Cinquante ans, à nouveau jouent autour de moi des bébés ;
Me revoilà avec des enfants, moi et mon bien-aimé.
Voici les jours noirs, mon mari meurt.
Je regarde vers le futur en frémissant de peur,
Car mes enfants sont tous occupés à élever les leurs,
Et je pense aux années et à l'amour que j'ai connus.
Je suis vieille maintenant, et la nature est cruelle,
qui s'amuse à faire passer la vieillesse pour folle,
Mon corps s'en va, la grâce et la force m'abandonnent.
Et il y a maintenant une pierre là où jadis j'eus un cœur.
Mais dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure
Dont le vieux cœur se gonfle sans relâche.
Je me souviens des joies, je me souviens des peines,
Et à nouveau je sens ma vie et j'aime.
Je repense aux années trop courtes et trop vite passées,
Et accepte cette réalité implacable que rien ne peut durer
Alors ouvre les yeux, toi qui me soignes et regarde.
Non la vieille femme grincheuse... regarde mieux, tu me verras !

Ce poème a été retrouvé dans les affaires d'une vieille dame Irlandaise après sa mort.

(Source : En gériatrie, regarder le patient n'est pas toujours le voir [Internet]. Infirmiers.com. 2012 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/edito-les-lecons-de-la-vieille-femme-grincheuse.html>)

Sommaire

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Introduction | 1 |
| 1.1 | Contexte | 1 |
| 1.2 | Thème..... | 2 |
| 1.3 | Explication terminologique | 2 |
| 1.4 | Résonance du thème..... | 3 |
| 1.5 | Revue de littérature | 4 |
| 1.5.1 | Les facteurs de risque de chutes | 9 |
| 1.5.2 | La prévention des chutes | 10 |
| 1.5.3 | L'éducation pour se relever après une chute | 11 |
| 1.5.4 | Résonance du thème..... | 12 |
| 1.5.5 | Problématisation pratique..... | 12 |
| 1.6 | Enquête exploratoire | 13 |
| 1.6.1 | Résultats de l'enquête exploratoire | 15 |
| 1.6.2 | Apports à la problématisation pratique | 22 |
| 1.7 | Question initiale de recherche | 23 |
| 1.8 | Cadre de référence..... | 23 |
| 1.8.1 | La démence | 23 |
| 1.8.2 | L'institutionnalisation en EHPAD | 27 |
| 1.8.3 | La personne âgée chutante | 34 |
| 2 | Matériel et méthode..... | 40 |
| 3 | Résultats | 43 |
| 4 | Discussion | 53 |
| | Bibliographie..... | 58 |
| | Annexes | 63 |

1 Introduction

1.1 Contexte

Lors d'un stage en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à travers des recherches, j'ai pu remarquer que l'autonomie de la personne âgée pouvait être fortement altérée après une, voire plusieurs chutes. En effet, toute chute de la personne âgée, d'origine traumatique ou non traumatique, entraînerait des conséquences en termes de perte d'autonomie ou de mortalité (1). De plus, lors du stage et notamment lors des toilettes, j'ai pu remarquer que le soignant pouvait contribuer inconsciemment à cette perte d'autonomie. En effet, il pouvait avoir tendance à faire à la place de la personne, ne lui laissant alors pas la possibilité d'agir avec ses capacités résiduelles. Or, lors des toilettes, il est important de faire participer au maximum la personne (2), comme toute activité. Ceci, afin d'aider la personne à garder une maîtrise de ses habitudes de vie et de préserver un maximum d'autonomie (2). D'après l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, il est précisé que « L'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence » (3). Ainsi, j'ai été surprise de voir que le maintien de l'autonomie de la personne âgée lors des activités quotidiennes pouvait être délaissé. Lors du stage, j'ai également pu constater une diminution de l'autonomie chez les personnes âgées ayant une contention, comme une ceinture ou des barrières de lit, après une ou plusieurs chutes.

Ainsi, la problématique professionnelle ressortant de ce contexte est la suivante : Comment concilier le maintien de l'autonomie et les conséquences post-chutes de la personne âgée en institution ?

Pour travailler sur ce contexte, j'ai alors un rapport implication / distanciation. En effet, je me sens impliquée dans le maintien de l'autonomie de la personne âgée en général et ainsi après une chute. Il est important que la personne âgée puisse agir comme et quand elle le souhaite, comme aller aux toilettes, boire, allumer la télévision et se laver, dans la mesure de ses capacités et des règles de l'institution. J'ai toutefois conscience que le maintien de l'autonomie en institution peut être difficile à cause de différents facteurs comme la charge de travail des soignants et les contentions pour prévenir les risques de chutes. Ainsi, il me paraît intéressant d'entreprendre une recherche sur le sujet du fait de mon implication et ma distanciation. De plus, la chute de la personne âgée étant un phénomène important en termes de conséquences, il serait d'autant plus intéressant d'entreprendre cette recherche. Cette recherche permettra ainsi de

prendre conscience des différents facteurs de risque de chutes et de leurs conséquences en institution. Celle-ci, dans l'optique d'agir sur les chutes et ainsi d'améliorer et de maintenir l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées, dans un futur professionnel proche.

1.2 Thème

Le thème de ce travail serait ainsi « la chute de la personne âgée en institution ». Ce thème rentrerait alors dans plusieurs champs disciplinaires comme celui de :

- La santé. En effet, la chute de la personne âgée peut entraîner des répercussions sur sa santé mentale et physique.
- La médecine. Effectivement, la chute peut aussi entraîner des répercussions sur le plan médical comme les fractures, la dénutrition, les infections et les escarres.
- Des sciences de la réadaptation. En effet, la chute de la personne âgée peut être prévenue et prise en charge par des professionnels de la réadaptation comme des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes.
- L'ergothérapie. Effectivement, la chute peut entraîner une perte d'autonomie et de capacités et ainsi altérer les occupations et les performances occupationnelles de la personne.

1.3 Explication terminologique

➤ La personne âgée

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), la personne âgée n'est pas uniquement définie par l'âge. En effet, les groupes d'âges seraient définis en fonction des critères d'état de santé et de l'âge. Ainsi, d'après le centre d'analyse stratégique, cité par l'HAS, ça serait autour de 75 ans que la santé se dégraderait durablement et que des vulnérabilités apparaîtraient. Toutefois, entre 75 et 85 ans la personne resterait autonome. Après 85 ans, le risque de perte d'autonomie augmenterait dans les activités de la vie quotidienne (4).

D'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), cité par Ennuyer, l'expression « personne âgée » ne correspondrait à aucune définition précise, que ça soit en termes sociaux ou physiologiques. Ainsi, il ne serait pas possible de déterminer avec certitude à quel moment une personne devrait être considérée comme « personne âgée » (5). Néanmoins, l'INSEE, dans ses statistiques, utiliserait le seuil de 60 ans ou plus pour parler de « personne âgée » (5), tout comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (6).

Ainsi, il n'y aurait pas d'âge précis pour qualifier une personne d'âgée. Toutefois, certains critères comme la dégradation de la santé, la vulnérabilité ou la perte d'autonomie pourraient emmener le terme de « personne âgée ».

➤ La chute

D'après l'HAS, la chute accidentelle se définit comme « le fait de tomber au sol de manière inopinée non contrôlée par la volonté » (7). La chute peut alors être favorisée par de nombreux facteurs intrinsèques comme : l'âge, l'état de santé, les troubles, la prise de médicaments, le type de la pathologie ou la vision. La chute peut également être favorisée par des facteurs extrinsèques comme des facteurs comportementaux ou environnementaux (7).

➤ L'institution

Dans le secteur de l'aide aux personnes, une institution est « un établissement prodiguant des soins, des actions éducatives, sociales ou préventives. Ce mot sera d'autant plus facilement utilisé qu'il désignera un établissement résidentiel » (8).

1.4 Résonance du thème

La chute de la personne âgée suscite des questions socialement vives. En effet, divers auteurs comme Blain (9), chercheurs comme Rubenstein (10) et organismes comme l'HAS reprennent ce thème. Environ 30% des personnes âgées de plus de 65 ans tomberaient chaque année. Les chutes entraîneraient 9000 décès par an en France. 15% des admissions à l'hôpital seraient ainsi dues aux chutes. Elles entraîneraient alors une réduction de la fonction physique et de l'interaction sociale (9). De plus, concernant la chute en institution, d'après l'HAS, le risque de chute aux conséquences graves serait plus élevé chez la personne âgée dépendante vivant en institution (7). En effet, les taux les plus élevés de chutes concerneraient les personnes de plus de 75 ans vivant en institution médicalisée ou en long séjour. Ces taux seraient compris entre 0,6 et 3,6 chutes par personne et par année contre 0,3 et 1,6 chutes par personne âgée de 65 ans et plus vivant à domicile et par année (10). Les chutes seraient alors plus fréquentes en établissement d'hébergement. Ainsi, face à la fréquence et aux conséquences des chutes, plusieurs organismes comme, l'HAS (11), l'assurance maladie (12), « pour bien vieillir » (caisses de retraites et Santé publique France) (13), l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (14) et l'agence régionale de santé (ARS) (15) expliquent et recommandent la prévention des chutes des personnes âgées.

Ainsi, le thème « la chute de la personne âgée en institution » et plus particulièrement, « la chute de la personne âgée » est repris par de nombreux auteurs et chercheurs. De plus, la population française continue de vieillir (16). Au 1^{er} Janvier 2020, pour 67,064 millions d’habitants français, 20,5% de la population sont des personnes âgées d’au moins 65 ans (16). Or, les chutes et notamment les chutes répétées, sont des événements fréquents chez les personnes âgées (10). Ainsi, le nombre de chutes risquerait d’augmenter au fil des années avec la population vieillissante. De plus, chaque chute, avec ses conséquences, représenterait un coût compris entre 2000 et 8000 euros. Le coût annuel en France serait alors estimé à 2 milliards d’euros (17). Ce thème serait donc utile au niveau démographique et aurait ainsi des enjeux au niveau de la santé publique, de la santé physique et psychologique et économique. L’enjeu de cette recherche est donc d’améliorer ou de maintenir la santé, l’autonomie et la qualité de vie des personnes âgées en institution, à travers des mesures préventives sur le risque de chute.

1.5 Revue de littérature

➤ Champs disciplinaires et bases de données

Afin de mener cette revue littéraire, différentes bases de données sont retenues. Celles-ci étant en lien avec les champs disciplinaires du thème « la chute de la personne âgée en institution ». Ainsi, voici les bases de données en fonction des champs disciplinaires :

| Champs disciplinaires | Bases de données |
|-----------------------------|--|
| Santé et Médecine | PubMed, Science direct, Cochrane, PMC et Summon |
| Sciences de la réadaptation | KINEDOC, Science direct, Summon, PubMed |
| Ergothérapie | Ajot (the american journal of occupational therapy), Journal of occupational science et Summon |

Face à ces bases de données, une équation de recherche est alors nécessaire.

➤ Equation de recherche

L’équation de recherche est alors déterminée en fonction des mots clés du thème « la chute de la personne âgée en institution ». Les mots clés sont donc : « chute », « personne âgée » et « institution ».

Après plusieurs essais et tentatives, l'équation de recherche est alors, en français : chut* AND personne* âgée* AND institution*. En effet, cette équation reprend les mots clés du thème.

En anglais, l'équation de recherche est: fall* AND old* people AND nursing home. Ici, le terme « institution » est remplacé et traduit par « nursing home ». En effet, après plusieurs essais et plusieurs termes, « nursing home » est celui qui revient le plus dans les bases de données.

Toutefois, pour de meilleurs résultats, une deuxième équation de recherche, en anglais, est proposée : fall* AND old* people AND occupational therap*. En effet, « occupational therap* » permet de trouver plus facilement et plus précisément des articles/études en lien avec l'ergothérapie. « Nursing home » a été retiré malgré son importance en termes de mot clé du thème. Après plusieurs essais, il a été constaté qu'il y avait plus de résultats en lien avec le thème sans le terme « nursing home ». Cette équation de recherche a été choisie en fonction de plusieurs essais. Celle-ci servira pour la base de données Summon. Toutefois, les résultats obtenus avec cette équation seront indépendants de ceux obtenus avec la première équation de recherche. Cette nouvelle équation de recherche est proposée qu'en anglais pour plus de résultats.

De plus, des critères d'inclusion et d'exclusion sont mis en place afin de trouver les articles les plus pertinents au thème. Ainsi, pour les critères d'inclusion, les articles traitant à la fois de la personne âgée et de la chute en institution seront retenus. Pour les critères d'exclusion, les articles ne traitant pas à la fois de la personne âgée et de la chute en institution seront exclus. Par exemple, la chute à domicile et la chute de la personne de moins de 65 ans seront exclues. Pour la seconde équation de recherche en anglais, la notion d'ergothérapie sera, en plus, retenue. Les articles ne mentionnant pas l'ergothérapie ne seront donc pas retenus.

Une fois les équations de recherches rentrées dans les bases de données, des filtres sont également nécessaires afin de réduire le nombre d'article.

➤ Filtres employés

Ainsi, pour chacune des bases de données, les filtres portent principalement sur la date de publication des articles en années :

| Bases de données | Filtres |
|---------------------------------|--|
| Summon | 2000-2021 |
| Pub Med | 2000-2021 (date articles), âge 65 ans et plus (population) |
| Cochrane | 2000-2021 |
| KINEDOC | 2000-2021 |
| PMC | 2000-2021 |
| PubMeb | 2000-2021 |
| Science direct | 2000-2021 |
| Journal of occupational science | 2000-2021 |
| Ajot | 2000-2021 |

Ainsi, il a été décidé de rechercher et de garder des articles et des études à partir de l'année 2000. Cela permet alors d'avoir un large ensemble de données et de rendre cette revue littéraire la plus pertinente possible.

Tableau de résultats des bases de données

| Total | Base de données | Sélection selon le texte | Sélection selon le résumé | Sélection selon le titre | Articles retenues |
|---------|-------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------|
| 165 161 | Summon (français) | 294 | 36 | 6 | 3 |
| | Summon (anglais) | 140 116 | 404 | 8 | 3 |
| | PubMed | 138 | 13 | 1 | 1 |
| | PMC | 11 199 | 21 | 1 | 0 |
| | Science direct | 12 591 | 28 | 0 | 1 |
| | Cochrane Library | 442 | 13 | 4 | 0 |
| | KINEDOC | 32 | 26 | 2 | 0 |

| | | | | | |
|--|---------------------------------|-----|---|---|---|
| | Journal of occupational science | 207 | 0 | 0 | 0 |
| | Ajot | 142 | | | 0 |

| |
|-----------|
| Total : 8 |
|-----------|

Tableau de résultats pour : fall* AND old* people AND occupational therap*

| Base de données | Sélection selon le texte | Sélection selon le résumé | Sélection selon le titre | Articles retenues |
|------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------|
| Summon (anglais) | 52 988 | 128 | 2 | 2 |

| |
|-----------------------|
| Total : 8 + 2 = 10 |
|-----------------------|

➤ Critique de la revue de littérature

• Niveau de scientificité

Face aux articles retenus (cf. Annexe 1 p 63), le niveau de scientificité s'impose alors afin de voir la pertinence et la fiabilité de ceux-ci.

Ainsi, parmi les dix articles retenus, deux d'entre eux : « Évaluation du risque de chute et de fracture chez la personne âgée en institution » (17) et « Prévention des chutes dans la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés » (18), sont indissociables et appartiennent au même dossier « Nécessité de l'âge en institution ». Ils proviennent de « Kinésithérapie, la revue ». D'après le détaillé de cette revue, celle-ci propose un contenu de qualité qui s'adresse aux praticiens et étudiants. Elle est également indexée dans différentes bases bibliographiques (19). De plus, ces deux articles sont des synthèses de données probantes.

« The Use of Fall Risk-Increasing Drugs among Older People in Nursing Homes » est publié dans la revue « Sains Malaysiana » (20). D'après le site internet de Sains Malaysiana, cette revue publie des travaux de recherches entrepris à l'université (Malaisie) (21). De plus, cet article est une étude quantitative avec un échantillon de 212 participants. Ainsi, il semblerait que cet article puisse être exploitable en termes de fiabilité et de scientificité.

« Prevalence and predictors of falls in a health-seeking older population : An outpatient-based study » est publié dans la revue « Aging Medicine » (22). D'après le détaillé de cette revue,

celle-ci « publie des recherches approfondies et de pointe sur la recherche clinique fondamentale, translationnelle et appliquée ainsi que sur des études épidémiologiques et translationnelles en gériatrie » (23). Ainsi, cette étude offrirait des caractères scientifiques. Cet article pourrait donc être utilisable en termes de fiabilité et de scientificité.

« Deprescribing fall-risk increasing drugs (FRIDs) for the prevention of falls and fall-related complications : a systematic review and meta-analysis » est publié dans la revue « BMJ Open » (24). Cette revue publie « tous les types d'études de recherche, des protocoles aux essais de phase I en passant par les méta-analyses, y compris les petites études spécialisées et les études négatives » (25). Cet article pourrait donc être exploitable en termes de fiabilité et scientificité. Toutefois, il est précisé qu'il manque des preuves pour confirmer les résultats. Ainsi, pour utiliser ces résultats, la vigilance est de rigueur.

« The Effects of Exercise on Falls in Older People With Dementia Living in Nursing Homes : A Randomized Controlled Trial » est publié dans « Journal de l'American medical directors association (JAMDA) » (26). Cette revue serait « la principale publication évaluée par des pairs pour l'information pratique et la recherche directement applicable aux professionnels de la santé qui fournissent des soins post-aigus et de longue durée [...] ». Elle serait une ressource indispensable pour les professionnels de la santé. Elle mettrait l'accent « sur des articles originaux fondés sur des données probantes » (27). De plus, cet article est une étude quantitative avec un échantillon de 186 participants.

Parmi les quatre articles restants, deux d'entre eux, « Analysis of Fall Risk Factors in an Aging Population Living in Long-Term Care Institutions in SPAIN : A Retrospective Cohort Study » (28) et « Occupational Therapy and the Use of Technology on Older Adult Fall Prevention : A Scoping Review » (29) sont publiés dans la revue « International Journal of Environmental Research and Public Health ». D'après MDPI, éditeur de cette revue, ses revues sont savantes. Chaque article est évalué par des experts (30). De plus, ces deux articles sont deux études, l'une est quantitative avec un échantillon de 2849 sujets (28) et l'autre est une revue de littérature reprenant 12 essais (28).

« Knowledge, skills and attitudes of older people and staff about getting up from the floor following a fall: a qualitative investigation » est publié dans la revue « Gériatrie BMC » (31). D'après le détail de cette revue, celle-ci publie « des articles de recherche originaux évalués par des pairs dans tous les aspects de la santé et des soins de santé des personnes âgées, y compris les effets des systèmes et des politiques de soins de santé » (32).

Le dernier article, « Chutes répétées de la personne âgée » est publié dans la revue « l'aide-soignante »(33) . Celle-ci est une revue de formation destinée aux étudiants et aides-soignants en service dans tous les types d'institutions, ainsi qu'aux formateurs. Les articles de cette revue sont faits à partir de synthèse de connaissances de base (34). Ainsi, il semblerait que cet article offre un caractère scientifique moins marqué que les précédents. Cet article pourrait tout de même être utilisable en termes de fiabilité.

Ainsi, les articles retenus sembleraient tous avoir un niveau de preuve scientifique suffisant pour être utilisés dans cette revue de littérature.

- Analyse critique

Parmi les dix articles retenus (cf. Annexe 1 p 63), cinq traitent des risques de chutes de la personne âgée dont quatre en institution, quatre traitent de la prévention des chutes en institution et un traite de l'éducation pour se relever après une chute. Ainsi, ces dix articles correspondent bien au thème « la chute de la personne âgée en institution ».

1.5.1 Les facteurs de risque de chutes

Les études traitant des risques de chutes se déroulent en France, en Malaisie, en Inde et en Espagne (17) (33) (20) (22) (28) . Les résultats de ces études démontrent que les principaux risques de chutes de la personne âgée en institution sont :

- La médication (17) (20) (22) (28) (33)
- L'état de fragilité de la personne (20) (22)
- Être une femme (22) (28) (33)
- Les troubles cognitifs (22) (28) (33)
- Les troubles de l'équilibre et de la marche (28) (33)
- Les troubles visuels (22) (28) (33)

Les résultats de ces cinq études s'accordent sur le fait que la médication, principalement les psychotropes, est un facteur de risque de chute, et ce, dans différents pays (17) (20) (22) (28) (33) . Les résultats de trois études s'accordent sur le sexe féminin, les troubles cognitifs, principalement la démence, et les troubles visuels (22) (28) (33). Les résultats de deux études s'accordent sur l'état de fragilité (20) (22) . Les résultats de deux autres études s'accordent sur les troubles de l'équilibre et de la marche (28) (33) .

Ainsi, les résultats des cinq articles s'accordent et se complètent entre eux en termes de facteurs de risque de chutes de la personne âgée en institution, montrant ainsi leur fiabilité. Toutefois,

contrairement aux recommandations dans les pratiques professionnelles, je remarque que des facteurs de risques tels que les contentions physiques ou l'oubli des freins sur les fauteuils roulants ne sont pas abordés. Je me demande alors pourquoi ne sont-ils pas abordés ou bien alors considérés comme des facteurs de risque de chutes de la personne âgée en institution ? Cela signifie-t-il qu'ils n'en sont pas ?

1.5.2 La prévention des chutes

La médication, considérée comme facteur de risque de chute de la personne âgée en institution dans différents pays, augmenterait le risque et alors le nombre de chutes. En effet, quatre des articles retenus traitent de la prévention des chutes en institution dont deux sur l'exercice physique, un sur l'utilisation de la technologie et un sur la médication (26) (18) (29) (24). Toutefois, d'après les résultats de cette étude, il semblerait que la suspension des médicaments à risque de chute entraînerait peu ou pas de différence dans le taux ou le risque de chute en tant que stratégie unique pour prévenir les chutes. Couplée à une autre méthode de prévention, la suspension de ces médicaments pourrait-elle alors avoir un effet sur le taux ou le risque de chute ? Plusieurs stratégies sembleraient donc être nécessaires pour prévenir le risque et le nombre de chutes de la personne âgée en institution. En effet, les résultats de deux études (Suède et France) établissent que l'exercice physique est un moyen pour prévenir les chutes auprès des personnes âgées institutionnalisées avec une démence (26) (18) . En France, ils démontrent que l'activité physique pourrait avoir un effet positif sur les capacités physiques et la prévention des chutes (18). En Suède, ils démontrent qu'un programme d'exercice fonctionnel à lui seul n'empêcherait pas les chutes (26). Ainsi, les résultats de ces études se complètent au niveau des effets de l'exercice physique. Contrairement aux résultats des autres études, ceux-ci portent spécifiquement sur la personne âgée avec démence (26) (18). Ainsi, quels seraient les résultats pour la population sans démence ? De plus, si le programme d'exercice fonctionnel était couplé à une autre stratégie de prévention, celui-ci aurait-il plus d'effets sur les chutes ? En effet, une autre technique de prévention des chutes semble opérer en Suède mais aussi aux Etats-Unis, en Europe, au Royaume Unis, en Tunisie et en Australie (29). Cette technique est l'utilisation de la technologie en ergothérapie, auprès des personnes âgées en institution (29). Il semblerait que l'utilisation de la technologie, telle que la télé santé, la réalité augmentée, le matériel multimédia ou les jeux vidéo, en ergothérapie pourrait grandement contribuer aux programmes de prévention des chutes (29). Ainsi, l'utilisation de la technologie en ergothérapie pourrait-elle être considérée comme thérapie non médicamenteuse (TNM) dans la prévention des chutes de la personne âgée

en institution ? Toutefois, l'utilisation de la technologie en ergothérapie est un domaine émergent où la littérature portant sur ce sujet est encore rare.

Ainsi, les résultats de ces quatre articles se complètent entre eux en termes de moyens de prévention de la chute de la personne âgée en institution. Il semblerait alors qu'une stratégie unique de prévention ne suffirait pas à limiter le risque et le taux de chutes en institution. Plusieurs stratégies seraient nécessaires pour former un programme de prévention efficace.

1.5.3 L'éducation pour se relever après une chute

Malgré les préventions, le risque de chute est toujours présent. Ainsi, en cas de chute, il est nécessaire de savoir quoi faire, que ça soit du point de vue de la personne ou du professionnel. Parmi les dix articles retenus, un seul traite des connaissances, des compétences et des attitudes sur la façon de se relever après une chute (31). En effet, la capacité des gens à se relever après une chute serait affectée par une combinaison de capacités physiques, d'auto-efficacité et de leurs environnement physique et social dans un contexte de décision. Ainsi, l'éducation pour se relever après une chute semblerait important pour conserver l'autonomie et l'indépendance de la personne. Il n'est cependant pas spécifié les effets sur l'après chute, ni même mentionné si la peur de tomber diminue après cette éducation. Toutefois, dans cette étude, les personnes âgées institutionnalisées ne sont pas mentionnées. Ainsi, cette éducation est-elle utilisée en institution ? De plus, la taille de l'échantillon étant de 28, ce type d'étude doit être reproduit à plus grande échelle, afin que les résultats soient représentatifs.

En utilisant l'équation de recherche définie, aucun autre article traitant de l'éducation pour se relever du sol après une chute n'a été trouvé. Toutefois, à travers des recherches dites opportunistes, deux études traitant cette thématique ont pu être retenues. Les résultats de l'une d'entre elles s'accordent avec ceux de l'étude précédente en démontrant que les capacités motrices influent sur les capacités à se relever du sol (35) (31). Les résultats de la deuxième étude viennent les compléter en démontrant que l'entraînement au relever du sol est efficace pour améliorer les capacités posturo-motrices de la personne âgée et notamment celle atteinte de la maladie d'Alzheimer (36). Toutefois, dans ces deux études, les personnes âgées institutionnalisées ne sont pas non plus mentionnées.

Ainsi, le thème « la chute de la personne âgée en institution » peut s'organiser en différentes sous thématiques comme les risques de chutes de la personne âgée en institution, la prévention des chutes chez la personne âgée en institution ainsi que l'éducation pour se relever après une chute.

1.5.4 Résonance du thème

La chute de la personne âgée ne touche pas uniquement la France mais tous les pays. En effet, différents pays traitent de la chute de la personne âgée en institution. La chute de la personne âgée susciterait donc une question socialement vive dans le monde entier. Il a donc une utilité au niveau démographique mais aussi au niveau professionnel dans la prise en charge des chutes de la personne âgée en institution. Il a également des enjeux au niveau planétaire en termes de santé publique, de santé physique et psychologique et d'économie.

1.5.5 Problématisation pratique

Pour rappel, les principaux facteurs de risque de chutes, en institution, sont la médication, l'état de fragilité, le sexe, les troubles de l'équilibre et de la marche, les troubles visuels et les troubles cognitifs. Ainsi, il semblerait que le risque de chute soit plus important chez la personne âgée avec démence, d'autant plus que cette population serait plus sujette à la médication. Qui plus est, la médication semble inévitable dans les institutions. Concernant la prévention des chutes, il n'y aurait pas de stratégie unique pour limiter le risque ou le taux de chutes mais un ensemble de moyens. Ainsi, l'exercice physique, l'utilisation de la technologie ou la suspension de la médication doivent être accompagnés d'autres moyens pour prévenir au mieux la chute en institution.

Toutefois, après cette revue de littérature, il demeure certaines zones d'ombre. En effet, nous ne savons pas si les contentions physiques et/ou les oublis de freins sur les fauteuils roulants sont des facteurs de risque de chutes, ni même si les facteurs de risque de chutes sont les mêmes pour les personnes âgées avec et sans démence. Nous n'avons pas non plus connaissance des autres techniques utilisées en institution pour prévenir les chutes, ni même si celles-ci diffèrent entre les résidents avec et sans démence. L'utilisation de la technologie et ses effets, notamment en France, n'ont pas non plus été évoqués. Nous n'avons pas non plus connaissance de l'existence de l'éducation pour se relever du sol en institution, ni de ses effets sur l'après chute.

Ainsi, plusieurs questions se posent. Tous les facteurs de risque de chutes ont-ils été abordés dans les études ? Qu'en est-il, par exemple, des contentions physiques ou des oublis de frein sur les fauteuils roulants ? Pourquoi ne sont-ils pas abordés ou bien considérés comme des facteurs de risque de chutes de la personne âgée en institution ? Comment les professionnels de santé abordent-ils les facteurs de risque de chutes avec les personnes âgées institutionnalisées, avec et sans démence ? Les informent-ils des risques pouvant exister ? Les facteurs de risque de chutes sont-ils les mêmes chez les personnes âgées avec et sans démence ? Quels sont les

moyens de prévention mis en place dans les structures, en plus des exercices physiques et de la technologie, auprès des personnes âgées avec et sans démence ? L'utilisation de la technologie pour prévenir les chutes est-elle utilisée en France ? La technologie est-elle alors efficace pour prévenir les risques de chutes en France ? Quels sont les programmes de prévention les plus utilisés en France ? Pourquoi les thérapies non médicamenteuses ne sont-elles pas abordées dans la prévention des chutes de la personne âgée en institution ? L'éducation pour se relever après une chute est-elle utilisée par les professionnels de santé dans les institutions ? Si oui, est-elle efficace, et est-elle aussi utilisée auprès des personnes âgées avec démence ? L'autonomie de la personne âgée est-elle alors conservée un minimum ? Ainsi, quels sont les moyens mis en place pour optimiser l'autonomie de la personne âgée institutionnalisée, avec ou sans démence, face à la chute ?

Une enquête exploratoire va alors être menée afin d'avoir des éléments de réponses et ainsi remplir les objectifs fixés ci-dessous.

1.6 Enquête exploratoire

- Les objectifs généraux de cette enquête sont alors de :
 - Confronter l'état des lieux de la littérature (l'avancement de la recherche) à l'état des lieux des pratiques (limites des bonnes pratiques)
 - Étayer la matrice théorique (concepts, auteurs, ouvrages, ...)
 - Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche, jauger la pertinence ou la vivacité de la question de recherche
 - Faire l'état des lieux des pratiques sur une question où il n'y a pas de littérature professionnelle : les pratiques émergentes

- Les objectifs spécifiques sont de :
 - Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence
 - Connaître les différentes causes de chutes enregistrées dans les institutions et ainsi savoir si les contentions physiques et les oublis de freins sur les fauteuils roulants sont considérés comme facteurs de risque de chutes
 - Connaître les différents moyens de prévention utilisés dans les institutions en fonction du public cible (personnes âgées avec ou sans démence) et leurs bénéfices et ainsi savoir si la technologie et les TNM sont utilisées pour prévenir les chutes

- Savoir si l'éducation pour se relever après une chute est utilisée en institution, si oui, comment, par qui et auprès de quel public
- Chercher les moyens mis en place pour préserver l'autonomie de la personne âgée institutionnalisée, avec ou sans démence, après une chute

➤ Population ciblée

Ainsi, en fonction des objectifs fixés, la population ciblée de cette enquête était les professionnels de santé travaillant en EHPAD en France. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été mis en place. Il a été retenu uniquement les professionnels de santé qui étaient en contact direct avec la chute de la personne âgée (facteurs de risque de chutes, conséquences, prévention, ...) : ergothérapeutes, infirmier(e)s, aides soignant(e)s, médecins, kinésithérapeutes et psychomotricien(ne)s.

➤ Sites d'exploration

Ainsi, les sites d'exploration étaient en EHPAD.

➤ Choix de l'outil de recueil de données

Le questionnaire a été utilisé comme outil de recueil de données. Grâce à celui-ci, un grand nombre de personnes peut être touché. En effet, il y a près de 7 500 EHPAD en France et plus de 350 000 personnels dédiés à la prise en soin des résidents (37). Utiliser le questionnaire permet alors d'atteindre des professionnels de santé éloignés et d'avoir ainsi plus de retours. De plus, le questionnaire étant envoyé, cela permet aux participants de garder leur anonymat et de répondre quand ils le veulent. Il n'y a pas de contrainte de temps. Les répondants peuvent alors prendre leur temps et réfléchir aux réponses. Le questionnaire limiterait alors les observations et les réponses spontanées. De plus, avec le questionnaire, il n'est pas garanti qu'une personne, non comprise dans les critères d'inclusion, ne réponde pas au questionnaire. Il est également possible que des participants répondent plusieurs fois au questionnaire, biaisant ainsi les résultats (38).

Cette méthode de recueil d'information comporte alors des biais, tels que :

- Des biais méthodologiques comme une mauvaise formulation des questions
- Des biais de subjectivité comme la suggestion de réponses qui va dans le sens des convictions de l'enquêteur et l'interprétation des réponses

- Des biais cognitifs comme le biais de confirmation où l'enquêteur privilégie les informations confirmant ses idées préconçues ou ses hypothèses et/ou accorde moins de poids aux hypothèses et informations jouant en défaveur de ses conceptions
- Des biais de désirabilité sociale où le répondant peut avoir tendance à se montrer sous une facette positive.

➤ Déroulement de l'enquête

Ainsi, l'enquête s'est déroulée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, une matrice de questionnement a été élaborée puis validée par la référente mémoire. Dans un second temps, le questionnaire, envoyé par mail, a été testé auprès de trois personnes, après consentement éclairé de celles-ci. Ce test était important afin de voir si les questions étaient compréhensibles et claires. De plus, selon Bédard et al, cette étape permet de « tester la fiabilité et la validité de la consistance interne du questionnaire, ainsi que la validité du construit » (39). Le test a été jugé long et compliqué par les participants. Pour eux, certaines questions étaient difficiles et non évidentes, notamment celles où des chiffres étaient demandés et où des différences entre les deux populations étaient attendues dans le même point. À la suite de ces retours, la matrice de questionnement a donc évolué (cf. Annexe 2 p 79). Enfin, le questionnaire a été envoyé, via des adresses mails, à différents EHPAD et sur les réseaux sociaux. Les données de l'enquête ont été recueillies et regroupées sur Google Forms® puis traitées sur un document Excel®, où des graphiques et des tableaux ont été créés afin de faciliter la compréhension et l'analyse des résultats (cf. Annexe 3 p87). Toutes les réponses ont été traitées de façon anonyme. Chaque participant a donné son consentement pour répondre au questionnaire.

1.6.1 Résultats de l'enquête exploratoire

Dans cette partie, les résultats sont analysés et confrontés aux données issues de la revue de littérature. Ils sont organisés en plusieurs axes. Les résultats sous formes de graphiques sont disponibles en Annexe 3 (p87).

➤ Démographie des participants

Soixante-deux personnes ont répondu à l'enquête exploratoire : cinquante-six ergothérapeutes, cinq psychomotricien(ne)s et un médecin. Toutes ces personnes rentrent dans les critères d'inclusion de la population ciblée. Toutes les réponses sont donc traitables.

Après analyse, les réponses entre les trois professions sont similaires : elles ne varient pas selon la profession du participant. Ainsi, la profession du participant ne sera pas prise en compte dans le traitement des résultats.

➤ Chutes et facteurs de risques de chutes

Selon les résultats, la chute est un phénomène présent, constant et récurrent au sein des EHPAD, où sa fréquence varie selon les établissements. 80% soit trois quart de la population interrogée estiment que le nombre de chutes est plus important chez les résidents avec démence.

| | Troubles de l'équilibre | Environnement | Chaussage | Faiblesses musculaires | Fatigabilité | Agitation | Auto-mise en danger | Anosognosie | Déambulation |
|------------------|-------------------------|---------------|-----------|------------------------|--------------|-----------|---------------------|-------------|--------------|
| Sans démence (%) | 19% | 14% | 14% | 7% | 6% | 2% | 0% | 0% | 0% |
| Avec démence (%) | 5% | 6% | 6% | 1% | 5% | 8% | 6% | 15% | 12% |

Tableau 1. Les principales causes de chutes chez les résidents

Les principales causes de chute chez les résidents sans démence sont : les troubles de l'équilibre (19%), les causes environnementales (14%) et le chaussage non adapté (14%). D'autres causes sont également rencontrées comme la faiblesse musculaire (7%) et la fatigabilité (6%). Chez les résidents avec démence, les principales causes de chute sont : l'anosognosie (15%) et la déambulation (12%). D'autres causes sont aussi rencontrées comme : l'agitation (8%), l'environnement (6%), l'auto-mise en danger (6%) et le chaussage (6%). Les résultats de l'enquête démontrent donc des différences et des similitudes dans les causes de chutes, entre les deux populations. En effet, les causes environnementales (14% contre 6%), le chaussage non adapté (14% contre 6%), les troubles de l'équilibre (19% contre 5%) et la faiblesse musculaire (7% contre 1%) seraient plus impliqués dans les chutes du résident sans démence que dans celles avec démence. La déambulation et l'anosognosie seraient inexistantes chez les résidents sans démence, tout comme l'auto-mise en danger (0%). De plus, l'agitation causerait plus de chutes chez les résidents avec démence (8% contre 2%).

De plus, près de 16% de la population interrogée estiment que les contentions physiques sont à l'origine de chutes auprès des résidents sans et avec démence. Plus de 19% estiment qu'elles le sont uniquement auprès des résidents avec démence. Ainsi, les contentions physiques entraîneraient plus de chutes chez les résidents avec démence. Les contentions physiques sont définies, selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) comme « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité

pour une personne âgée ayant un comportement estimé dangereux ou mal adapté » (40). Celles-ci pouvant être, entre autres, des ceintures pelviennes ou des barrières de lit. De plus, près de 60 % considèrent également que l'oubli des freins sur les fauteuils roulants est une cause de chute.

À la suite de ces résultats, des questions émergent comme : Pourquoi certains facteurs de risque de chutes sont plus importants chez les résidents sans démence qu'avec démence, comme les troubles de l'équilibre, les causes environnementales et le chaussage ? Les soignants seraient-ils plus vigilants auprès des résidents déments ? Les résidents avec démence se déplaceraient-ils moins que ceux sans démence ?

Les résultats de la revue de littérature démontraient que les facteurs de risque de chutes étaient la médication, l'état de fragilité, le sexe féminin, les troubles de l'équilibre et de la marche, les troubles cognitifs et les troubles visuels (17) (20) (22) (28) (33). Il n'y avait pas de différence entre les résidents sans démence et ceux avec démence, en termes de facteurs de risque de chutes. Or, les résultats de l'enquête démontrent les troubles de l'équilibre, l'environnement et le chaussage pour les résidents sans démence et l'anosognosie et la déambulation pour ceux avec démence, en tant que principaux facteurs de risque de chutes. Ainsi les résultats de la revue de littérature et ceux de l'enquête s'accordent partiellement et uniquement au niveau des troubles de l'équilibre pour les résidents sans démence et des troubles cognitifs pour les résidents avec démence. La médication, les troubles de la marche et les troubles visuels sont tout de même retrouvés dans les résultats de l'enquête exploratoire mais à des degrés moins élevés. Les résultats de l'enquête viennent toutefois compléter ceux de la revue de littérature en apportant des différences entre les deux populations et d'autres facteurs de risque de chutes tels que les contentions et les oublis de freins.

➤ Gravité des chutes et leurs conséquences

Près de trois quart de la population interrogée, soit 80%, estiment qu'il n'y a pas de différence en termes de gravité des chutes entre les deux populations.

| | Fractures | Syndromes post-chute | Peur de chuter | Perte d'autonomie | Syndrome de glissement | Hématomes | Contentions physiques | Agravation troubles cognitifs | Agravation troubles du comportement |
|------------------|-----------|----------------------|----------------|-------------------|------------------------|-----------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Sans démence (%) | 20% | 15% | 9% | 5% | 5% | 5% | 0% | 0% | 0% |
| Avec démence (%) | 21% | 11% | 3% | 6% | 7% | 7% | 4% | 3% | 3% |

Tableau 2. Les principales conséquences post-chutes chez les résidents

Les principales conséquences post-chutes du résident sans démence sont : les fractures (20%), le syndrome post-chute (15%) et la peur de chuter (9%). D'autres conséquences en ressortent comme la perte d'autonomie (5%), le syndrome de glissement (5%), et les hématomes (5%). Pour les résidents avec démences, les principales conséquences sont : les fractures (21%) et le syndrome post-chute (11%). D'autres conséquences en ressortent comme : le syndrome de glissement (7%), les hématomes (7%), la perte d'autonomie (6%).

Ainsi, les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux populations, en termes de conséquences post-chutes, au niveau des fractures (20% et 21%), de la perte d'autonomie (5% et 6%), du syndrome de glissement (5% et 7%) et des hématomes (5% et 7%). Il y aurait toutefois plus de syndrome post-chute (15% contre 11%) et de peur de chuter (9% contre 3%) chez les résidents sans démence. Ces différences pourraient-elles s'expliquer par le fait que les résidents sans démence se souviendraient plus d'avoir chuté ?

La majorité des conséquences sont les mêmes entre les deux populations. Trois conséquences semblent néanmoins propres aux résidents avec démence : les contentions physiques (4% contre 0%), l'aggravation des troubles cognitifs (3% contre 0%) et des troubles du comportement (3% contre 0%).

La gravité des chutes et leurs conséquences ne sont pas ressorties de la revue de littérature. Ainsi les résultats de l'enquête ne peuvent s'accorder, s'opposer ou se compléter avec ceux de la revue de littérature.

➤ Prévention des chutes

Dans la revue de littérature, il a été vu différents moyens pour prévenir les chutes comme : la suspension de médication, les exercices physiques auprès des résidents avec démence et l'utilisation de la technologie (24) (26) (18) (29). Il était toutefois précisé que suspendre un traitement n'entraînerait peu ou pas de différence dans le taux ou le risque de chute en tant que stratégie unique pour prévenir les chutes (24). La révision d'un traitement plus adapté ne ressort également pas des résultats de l'enquête exploratoire. De plus, les résultats de l'enquête exploratoire démontrent à 40% que l'exercice physique est utilisé pour prévenir les chutes auprès des résidents avec démence, et que c'est, à 41%, l'un des moyens les plus efficaces pour y parvenir, s'accordant ainsi avec les résultats de la revue de littérature. Les résultats de l'enquête mettent aussi en évidence l'exercice physique (42%) et son efficacité (55%) auprès des résidents sans démence, complétant ainsi les résultats de la revue de littérature. Concernant l'utilisation de la technologie, plus de 61% de la population interrogée témoignent

que la technologie telle que la réalité augmentée, le matériel multimédia ou les jeux vidéo n'est pas utilisée au sein de leur établissement pour prévenir les chutes. Ces résultats pourraient alors s'accorder avec ceux de la revue de littérature, qui stipulent que la technologie est un domaine émergent, laissant sous-entendre qu'elle serait encore peu connue et donc peu utilisée pour prévenir les chutes.

➤ La différence de suivi de la chute et de sa prévention entre les personnes sans et avec démence

| | Atelier gym douce | AT adaptées | Atelier équilibre | Aménagement de l'environnement | Atelier prévention des chutes | Chaussage adapté | La marche | Révision du traitement | Atelier se relever du sol | Contentions | Lits Alzheimer |
|------------------|-------------------|-------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------|------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| Sans démence (%) | 15% | 12% | 11% | 10% | 9% | 8% | 7% | 3% | 3% | 2% | 0% |
| Avec démence (%) | 17% | 8% | 10% | 12% | 6% | 8% | 8% | 3% | 1% | 4% | 4% |

Tableau 3. Moyens/activités/programmes de prévention les plus utilisés auprès des résidents

(Note : l'atelier gym douce, équilibre, prévention des chutes et la marche sont considérés comme étant de l'exercice physique)

Les résultats démontrent que les moyens utilisés pour prévenir les chutes sont majoritairement les mêmes pour les résidents sans et avec démence. Ils sont, pour la plupart, quasiment autant utilisés auprès des deux populations : atelier gym douce (15% et 17%), atelier équilibre (11% et 10%), aménagement de l'environnement (10% et 12%), atelier prévention des chutes (9% et 6%), chaussage adapté (8%), la marche (7% et 8%), révision d'un traitement plus adapté (3%), atelier se relever du sol (3% et 1%) et les contentions (2% et 4%). L'atelier gym douce étant le moyen de prévention le plus utilisé. Les aides techniques (AT), quant à elles, semblent plus fréquemment utilisées auprès des résidents sans démence (12% et 8%).

| | Atelier équilibre | Atelier gym douce | Atelier prévention des chutes | Parcours de marche | Un tout | Marcher | Aménager l'environnement | Préconisations AT | TNM |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------|---------|---------|--------------------------|-------------------|-----|
| Sans démence (%) | 16% | 12% | 12% | 8% | 8% | 7% | 3% | 3% | 1% |
| Avec démence (%) | 6% | 16% | 0% | 6% | 10% | 12% | 16% | 8% | 8% |

Tableau 4. Moyens/programmes/ateliers de prévention les plus efficaces auprès des résidents

De plus, les résultats démontrent que les moyens les plus efficaces pour prévenir les chutes chez les résidents sans démence sont : l'atelier équilibre (16% contre 6% chez les personnes démentes) et l'atelier prévention des chutes (12% contre 0%). A contrario, les moyens les plus efficaces chez les résidents avec démence sont : l'atelier gym douce (16% contre 12%), la

marche (12% contre 7%), l'aménagement de l'environnement (16% contre 3%), les TNM (8% contre 1%) et la préconisation d'aides techniques (8% contre 3%).

Enfin, deux moyens semblent autant efficaces chez les deux populations : le parcours de marche (8% et 6%) et l'association de moyens et d'activités (8% et 10%).

L'efficacité de ces moyens a été jugée par la population interrogée en fonction des bénéfices remarquables, après l'application des moyens de prévention. Plus de 69% de la population interrogée a remarqué des bénéfices auprès des résidents avec et sans démence.

| | Meilleur équilibre | Diminution du nombre de chutes | Meilleure stabilité à la marche | Diminution de l'appréhension à la marche | Meilleure confiance en eux | Transferts sécurisés |
|------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------|----------------------|
| Sans démence (%) | 22% | 17% | 9% | 7% | 6% | 4% |
| Avec démence (%) | 23% | 32% | 11% | 2% | 2% | 0% |

Tableau 5. Les principaux bénéfices remarquables chez les résidents après application des moyens de prévention

Les principaux bénéfices, après application des moyens de prévention, chez les résidents sans démence sont : un meilleur équilibre (22%), une diminution du nombre de chutes (17%) et une meilleure stabilité à la marche (9%). D'autres bénéfices sont aussi évoqués comme : une diminution de l'appréhension à la marche (7%), une meilleure confiance en eux (6%) et des transferts sécurisés (4%). Chez les résidents avec démence, les principaux bénéfices sont : une diminution du nombre de chutes (32%) et un meilleur équilibre (23%).

Ainsi, il y a environ autant de bénéfices auprès des résidents sans démence qu'avec démence, au niveau de l'équilibre (22% et 23%) et de la stabilité à la marche (9% et 11%). Toutefois, il y a davantage de bénéfices au niveau de l'appréhension à la marche (7% contre 2%), de la confiance en soi (6% contre 2%) et des transferts (4% contre 0%), auprès des résidents sans démence, après application des moyens de prévention. Néanmoins, une diminution du nombre de chutes est davantage remarquée chez les résidents avec démence (32% contre 17%).

Les résultats de l'enquête complètent alors ceux de la revue de littérature sur la différence de suivi de la chute et de sa prévention entre les personnes âgées sans démence et celles avec démence.

Ainsi, face à ces résultats, plusieurs questions se posent comme : La mise en place d'AT étant plus fréquente chez les résidents sans démence, cette différence pourrait-elle venir du fait que les résidents avec démence n'aient pas les capacités cognitives nécessaires pour utiliser une

AT ? Ainsi, aménager l'environnement pallierait-il le déficit d'AT chez les résidents avec démence ? L'aménagement de l'environnement étant le deuxième moyen le plus utilisé pour prévenir les chutes chez les résidents avec démence. De plus, comment expliquer que la préconisation d'AT soit plus efficace chez les résidents avec démence ? En effet, il a été vu précédemment que les AT étaient peu mises en place auprès de cette population. Ainsi, si ce moyen est efficace, pourquoi les AT ne sont-elles pas plus mises en place ? De plus, comment expliquer les différences de bénéfices entre les deux populations ? Comment expliquer qu'il y ait moins de chutes auprès des résidents avec démence, après application des moyens de prévention ? Cette différence se ferait-elle au niveau des contentions, moyens utilisés pour prévenir les chutes ?

➤ Education pour se relever après une chute

Dans la revue de littérature, il n'y avait pas de donnée sur l'éducation pour se relever après une chute auprès des personnes âgées institutionnalisées. Les résultats de l'enquête complètent alors ceux de la revue de littérature. En effet, d'après les résultats, elle est majoritairement utilisée auprès des résidents sans démence (59%) puis à un degré moindre, auprès des professionnels (38%). Elle est peu utilisée auprès des résidents avec démence (9%). Selon les résultats, les ergothérapeutes sont les principaux professionnels à mener cette éducation. L'essentiel des moyens utilisés sont : les mises en institution, l'utilisation de tapis et de chaise pour le travail au sol et la formation au personnel.

➤ Maintien de l'autonomie de la personne âgée après une chute

Le maintien de l'autonomie de la personne âgée, après une chute, n'est pas ressorti de la revue de littérature. Ainsi, les résultats de l'enquête ne peuvent s'accorder, s'opposer ou se compléter avec ceux de la revue de littérature.

Plus de 90% de la population interrogée témoignent de l'existence de mesures, prises par les établissements, pour maintenir l'autonomie de la personne âgée après une chute. Les principales mesures mises en place par les structures pour maintenir l'autonomie sont : la mise en place d'aides techniques adaptées (14%), stimuler la personne dans les activités de la vie quotidienne et les activités (8%), rééduquer à la marche (8%) et adapter l'environnement (8%). De plus, 84% de la population interrogée disposeraient de moyens personnels, liés à leur profession, pour participer au maintien de l'autonomie de la personne âgée comme : l'adaptation de l'environnement (13%), la stimulation des capacités préservées (9%), la mise en place d'aides techniques (9%) et l'accompagnement de la personne dans les activités de la vie quotidienne

(6%). Les moyens mis en place sont sensiblement les mêmes à travers les professions : ergothérapeute, psychomotricien(ne), médecin. De plus, aucune différence n'a été mentionnée entre les personnes âgées avec et sans démence. Ainsi, il semblerait que les moyens utilisés soient les mêmes pour les deux populations, n'abordant donc pas spécifiquement les besoins de la personne âgée avec démence sur les risques de chute.

1.6.2 Apports à la problématisation pratique

Plusieurs questions se posent alors après les résultats de l'enquête exploratoire et de la comparaison avec la revue de littérature :

Comment expliquer que la fréquence des chutes et les risques de chutes diffèrent d'un établissement à un autre ? Comment expliquer que certains facteurs de risque de chutes soient plus importants chez les résidents sans démence qu'avec démence, comme les troubles de l'équilibre, les causes environnementales et le chaussage ? Comment alors expliquer ces différences ? Les résidents avec démence auraient-ils moins de troubles de l'équilibre que ceux sans démence ? Des précautions environnementales seraient-elles d'avantages mises en place chez les résidents avec démence ? Les soignants seraient-ils alors plus vigilants auprès des résidents avec démence ? Comment alors expliquer qu'il y aurait plus de chutes chez les résidents avec démence ? La déambulation et l'anosognosie des troubles, en tant que principales causes de chutes chez le résident dément, feraient-elles la différence dans le taux de chutes ? Comment alors remédier à la déambulation et à l'anosognosie ? Faudrait-il toutefois empêcher la déambulation, au risque d'entraver la liberté du résident ? Empêcher la déambulation signifierait-il la mise en place de contentions physiques ? Toutefois, les contentions physiques étant à la fois des facteurs de risque de chutes et des moyens de prévention, serait-il alors pertinent de prévenir les chutes par les contentions ? De plus, les contentions physiques expliqueraient-elles le fait qu'il y ait une diminution plus importante du nombre de chute chez les résidents avec démence que chez ceux sans démence, après application des moyens de prévention ? De plus, pourquoi les aides techniques, comme celles au déplacement, ne sont-elles pas plus préconisées auprès des résidents avec démence ? Les capacités cognitives empêcheraient-elles l'utilisation d'une aide technique ? Comment alors optimiser l'autonomie des personnes âgées démentes dans leurs déplacements ? Aménager l'environnement pallierait-il donc la non ou la peu utilisation des aides techniques ?

1.7 Question initiale de recherche

Quels sont les facteurs caractéristiques de la prise en soin de l'ergothérapeute, lorsque la personne âgée chutante, vivant en EHPAD, est atteinte de démence ?

1.8 Cadre de référence

Un cadre théorique est réalisé afin d'éclairer le phénomène mis en avant dans la question initiale de recherche. Ce phénomène sera donc éclairé à travers le développement de trois concepts, en lien avec la question ci-dessus : « la démence », « l'institutionnalisation en EHPAD » et « la personne âgée chutante ». Cet éclairage permettra alors de préciser la question initiale de recherche et d'orienter le dispositif de recherche.

Le cadre théorique de notre recherche se situera dans les champs de la santé, de la psychologie et de la gériatrie. La santé est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (41). La psychologie est définie comme une « science ayant pour but de comprendre la structure et le fonctionnement de l'activité mentale et des comportements qui lui sont associés » (42). La gériatrie désigne « la spécialité médicale dédiée à l'étude et au traitement des maladies liées au vieillissement maladie de l'œil (cataracte), troubles sensoriels (malvoyance, surdité), troubles neurologiques et cognitifs (maladie d'Alzheimer, démences...), malnutrition, etc. » (43). Elle propose une prise en charge globale, où la mission principale est de maintenir ou de restaurer l'autonomie de la personne âgée (43).

Une matrice théorique résumant les trois concepts est disponible en Annexe 4 (p 99).

1.8.1 La démence

Ce concept porte sur la démence de la personne âgée et donc de la démence sénile.

Ce concept est développé selon Ferrey et Le Gouès, Fnatini-Hauwel et al, Mallet, Delamarre, Clément et Vendevre-Bauters. Ces auteurs ont été choisis selon leurs ouvrages mais aussi selon leur profession. Ils sont, dans l'ordre, neuropsychiatre, psychanalyste, professeur de psychopathologie clinique, psychiatre, psychomotricienne, psychiatre et chercheur dans les champs de l'étiopathogénie des démences, et orthophoniste. Ce sont des professionnels de santé et des professionnels assimilés à ce domaine. Tous côtoient ou ont déjà côtoyé la démence dans leur travail.

- Evolution historique de la définition de la démence

Ferrey et Le Gouès indiquent que le terme de démence provient du latin *dementia* désignant la folie, dans le sens de l'extravagance du comportement et de l'égarement de la raison (44). Selon Fantini-Hauwel et al, le concept de démence a longtemps été synonyme de folie avant de devenir celui de maladie (45). Au XIX^{ème} siècle, Esquirol, cité par Ferrey et Le Gouès, définit la démence comme « affection cérébrale, ordinairement sans fièvre et chronique caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté » (44). Au XX^{ème} siècle, Mallet définit la démence comme « cliniquement effondrement de l'intelligence, et anatomiquement lésion cérébrale destructive ». La démence serait un affaiblissement définitif de l'activité psychique (46). Dans les années 2000, Ferrey et Le Gouès complètent alors ces définitions à travers celle de la démence sénile comme : « maladie cérébrale organique chronique et progressive au cours de laquelle se complète une déficience des fonctions cérébrales, mémoire, orientation, praxis, compréhension, langage, raisonnement, jugement et enfin fonctions motrices » (44). Delamarre indique que le terme « déficience » prend racine dans le mot latin *deficere*, traduisant « il manque ». Ainsi, parler de la déficience d'une personne, exprimerait l'idée qu'il lui manque quelque chose (47). Toutefois, selon Signoret, professeur en neurologie, cité par Ferrey et Le Gouès, « la démence n'est pas une maladie mais un syndrome », c'est-à-dire « un état défini par l'anatomopathologie et une clinique des performances, une clinique de la conscience » (44). Ainsi, la démence serait une maladie et/ou un syndrome, altérant les domaines cognitifs. Selon Fantini-Hauwel et al, le cognitif renvoie à la cognition qui réfère à l'ensemble des habiletés mentales, qui permettent de percevoir, de raisonner, de parler, de mémoriser, de prendre des décisions et d'agir sur le monde environnant. De plus, la cognition renvoie aux opérations mentales qui permettent d'organiser, de stocker, de récupérer et de représenter mentalement l'information. En 2013, Le DSM-V introduit et préfère le terme de « trouble neurocognitif majeur » (TNM) pour désigner l'altération des domaines cognitifs. Cette atteinte cognitive se définit par « la dépendance ou par les troubles cognitifs qu'elle induit, allant de légers à sévères ». La perte d'autonomie permettait jusqu'à peu de définir la démence comme légère, modérée ou sévère. Aujourd'hui, c'est davantage le degré de sévérité des troubles cognitifs (léger, modéré, sévère) qui définit le stade de la démence. Les troubles cognitifs sont « objectivés et différenciés sur la base des scores obtenus à une échelle d'évaluation globale du fonctionnement cognitif », comme le Mini-mental state examination (MMSE) (45).

➤ Causes de la démence :

Selon Ferrey et Le Gouès, le vieillissement confronterait à la perte : perte d'objet, perte de fonction et perte de soi et donc à la perte des fonctions cognitives (44). Selon Clément, il y a plusieurs facteurs de risque reconnus d'un TNCM ou de démence, comme : l'âge, le niveau d'éducation, le niveau socio-économique, des facteurs vasculaires (diabète, hypertension artérielle, obésité, etc.) et la prise de psychotropes. Des facteurs génétiques, définis par des gènes de susceptibilité, seraient également mis en jeu. La survenue d'une démence pourrait également être reliée à l'existence de facteurs psychosociaux comme la mort d'un enfant ou l'accident grave du conjoint (48). Ainsi, les situations vécues comme stressantes pourraient être reliées à la survenue d'une démence. D'autant plus que le stress ou l'angoisse participeraient à la destruction neuronale et donc à la perte de mémoire, selon Delamarre. Cette destruction neuronale pourrait également être enclenchée par la perte affective (47).

➤ L'entrée de la démence

Selon Mallet, l'entrée de la démence peut être brutale mais s'installe le plus souvent de façon insidieuse. Selon Ribot, fondateur de la psychologie comme science autonome en France, citée par Mallet, la sénilité psychique « frappe d'abord le plus fragile, le plus récemment acquis pour s'attaquer au plus stable... Idées, images, souvenirs disparaissent dans l'ordre inverse de leur apparition ». L'un des effets de la démence est « d'estomper les connaissances acquises par la personne, y compris celles portant sur les codes sociaux et culturels » (47). La démence sénile débute par les troubles de la mémoire (46) (47). Pour certains gériatres, mentionnés par Ferrey et Le Gouès, la démence commence quand le langage disparaît. Les formes de démence sénile touchent d'une manière élective et progressive le langage. L'examen clinique standardisé des fonctions cognitives emploie actuellement le Mini-mental state (MMS). Celui-ci explore la mémoire, l'orientation temporo-spatiale, le langage, le calcul et les praxies constructives. Un score inférieur à 25 sur 30 est souvent considéré comme le seuil indiquant une détérioration. Toutefois, aucun score ne permet d'affirmer la démence. Celui-ci constitue plutôt un indice à confronter avec l'évolution (44).

➤ Syndromes démentiels, troubles associés

Les principaux syndromes démentiels sont la maladie d'Alzheimer (MA), la démence fronto-temporale, la démence à corps de Lewy et la démence vasculaire (45). La démence type Alzheimer est le diagnostic étiologique majeur (44). Les troubles qui vont être présentés vont principalement se baser sur ceux de la MA.

Dans les démences séniles, et donc dans la MA, la plainte essentielle est celle qui touche la mémoire. La mémoire témoigne d'un ensemble de difficultés intellectuelles dans lesquelles peuvent apparaître, entre autres, des difficultés d'expression, d'attention et un manque d'intérêt. Il est également évoqué l'anosognosie des troubles cognitifs, plus ou moins intenses selon la forme prise par la maladie. Cette anosognosie est le plus souvent partielle mais peut être complète (44). Selon Vendevre-Bauters, les troubles mnésiques seraient liés à « l'incapacité à mobiliser volontairement et opportunément une information » (49). De plus, selon Delamarre, les troubles de la mémoire sont multifactoriels. Les facteurs impliqués dans l'altération de la fonction mnésique « ont tous pour effet de diminuer l'estime de soi et la confiance en soi que la personne peut avoir dans ses capacités » (47). D'autres troubles, autres que ceux mnésiques, sont également évoqués dans la démence et dans la MA comme un syndrome pseudo-dépressif, un syndrome confusionnel (désorientation temporo-spatiale, propos confus), un état délirant (marqué par des troubles du comportement), des troubles caractériels et des troubles de la personnalité. Dans la démence type Alzheimer, la personnalité de la personne âgée est modifiée : apathie, manque de dynamisme, indifférence affective, perte brutale d'intérêt pour une activité autrefois essentielle. Dans un second temps, ce n'est pas un changement de personnalité véritable mais plutôt la traduction immédiate du déficit cognitif sur la vie relationnelle (44).

Lorsque la MA progresse, des troubles moteurs, d'équilibre et de la marche apparaissent, engendrant des chutes (44) (48). Celles-ci sont d'autant plus provoquées par la prise de psychotropes, utilisés en cas de pathologies démentielles (44) (50). La chute est un évènement fréquent dans cette maladie (49). De manière plus générale, toute démence peut entraîner une altération de la motricité, de l'organisation sensorielle et de l'équilibre, plus importante que les personnes du même âge sans trouble cognitif (50). Ainsi, ces altérations pourraient entraîner une perte d'autonomie dans les déplacements de la personne. L'un des facteurs protecteurs reconnus des TNCM est l'activité physique régulière, comme la marche (48).

➤ Place de la démence dans la prise en soin

En 1999, le rapporteur de la proposition de loi relative à la prise en charge des personnes atteintes de démence sénile et de maladie d'Alzheimer, affirme que ces personnes n'ont pas la capacité d'être actrices de leur prise en soin et d'émettre un avis sur celle-ci. Dès les premiers symptômes de la maladie, la personne âgée atteinte de démence s'enferme elle-même dans une dépendance à l'autre qui se sent investi d'une autorité lui permettant l'accès aux informations et à la prise de décision à sa place. Au cours de la prise en soin, la pathologie démentielle primerait souvent sur les autres affections de la personne. La question du vieillissement et celle

des pathologies associées seraient alors négligées. Toutefois, certaines études, évoquées par Vendevre-Bauters, insistent sur le fait que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont des patients « comme les autres ». Ainsi, la personne âgée atteinte de démence devrait bénéficier d'une prise en soin au-delà de celle de la démence, si cela est nécessaire. De plus, Jean-François Girard, médecin universitaire, cité par Vendevre-Bauters suggère de « médicaliser le diagnostic et de démedicaliser la prise en charge », afin d'éviter une médication excessive de la prise en charge des personnes souffrant de démence (49).

Synthèse :

La démence sénile est une maladie cérébrale évolutive dont l'activité psychique est affaiblie définitivement. Parmi les fonctions cognitives déficientes, c'est la mémoire qui est principalement touchée. La maladie d'Alzheimer étant la démence sénile la plus fréquente. Lors de sa progression, les personnes sont de plus en plus sujettes aux chutes. Celles-ci, phénomènes fréquents rencontrés dans la MA, sont majorées par la prise de psychotropes. La démence entraîne alors des répercussions sur la vie quotidienne de la personne âgée comme : une perte d'autonomie dans les déplacements, une dépendance à autrui, notamment sur les décisions concernant sa prise en soin, une diminution de l'estime et de la confiance en soi, une apathie et une désorientation temporo-spatiale.

Plusieurs questions se posent alors : Les avis et les préférences de la personne âgée atteinte de démence ou de la maladie d'Alzheimer sont-ils pris en considération, notamment lors de sa prise en soin ? De plus, comment expliquer que lors de la prise en soin, la pathologie démentielle primerait le plus souvent sur les autres affections de la personne ? Qu'en est-il de la prise en soin des autres troubles, notamment sur les conséquences post-chutes ? Sous quelle approche est alors menée la prise en soin de la personne âgée atteinte de démence ? (Approche analytique ? Systémique ? holistique ?)

Au regard du second concept, quelle est la place de la personne âgée atteinte de démence en institution ? Quelle place occupe la démence de la personne en institution ?

1.8.2 L'institutionnalisation en EHPAD

Ce concept est développé selon Le Brun, Darnaud, Messy, et Doutreligne. Comme précédemment, ces auteurs ont été choisis en fonction de leurs ouvrages et de leur profession. Ils sont, dans l'ordre, gériatre, psychologue, psychiatre et kinésithérapeute, un chargé de mission au

département « question sociale ». Tous ont des connaissances approfondies de l'institutionnalisation en EHPAD.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou EHPAD, sont nés de la médication des maisons de retraite (51). Pour être admis dans ces établissements, les personnes doivent répondre à des critères de sélection définis (52). Ce sont des lieux de vie où des soins sont couramment dispensés : prévention, soins curatifs et soins palliatifs (51).

➤ Placement et motifs

Le placement en institution n'est pas un choix délibéré (52). Selon Messy, plus de 90% des entrées en EHPAD se feraient sans un véritable désir des personnes. Il serait très rare qu'une personne âgée demande elle-même à être admise en institution (53). En effet, selon Darnaud, soit c'est la famille qui prend la décision de placer son proche, soit il y a un tiers plus ou moins étranger à la famille, comme le médecin, qui induit le placement (52). Selon Messy, c'est souvent à la suite du décès du conjoint, d'une chute, d'une errance, d'une perte de mémoire, d'une hospitalisation pour un problème médical, que la famille, incitée par le médecin, décide de placer son proche en EHPAD. L'angoisse de la famille incite le placement. Toutefois, avec cette angoisse, la famille ne mesure pas toujours le désarroi de la personne placée (53). La survenue d'une invalidité, entraînant la dépendance de la personne âgée envers les membres de sa famille, amène ces derniers à faire le constat de la nouvelle situation dans laquelle ils se trouvent : leur proche ne peut plus se suffire à lui-même, seul ou avec l'entourage dont il bénéficiait jusqu'à présent. Selon Darnaud, cette prise de conscience par l'entourage peut donc déboucher sur la décision d'un placement. Les personnes viennent donc en maison de retraite ou en EHPAD car elles ne peuvent plus, chez elles ou chez leurs proches, subvenir à leurs besoins. Le placement est un choix pensé comme irréversible par la famille. Différentes études menées montrent que ce sont les troubles du comportement, induits par les maladies neurodégénératives qui sont majoritairement à l'origine des décisions de placement (52). En effet, selon Messy, les maladies types Alzheimer demeurent l'un des motifs de placement dans un établissement d'accueil (53). Ainsi, c'est le handicap et non l'âge qui provoque l'entrée en établissement d'hébergement (52).

Le placement ne représente pas la même chose pour chacune des personnes concernées par le placement. Ce placement peut être une finalité pour le prescripteur et une solution ou un non-sens pour l'entourage. Une solution, car l'institution apporte à la famille une réassurance et garantit une permanence auprès de la personne âgée. Toutefois, pour l'aidant naturel de la personne âgée, cette solution, perçue comme « bonne » par les autres membres de la famille, est

mauvaise car elle le départit de ses rôles et de ses fonctions. Le placement ne soulage pas la souffrance de l'aidant qui est alors dépossédé de ses missions (52). Le proche ou l'aidant, se situe entre le sentiment de culpabilité et le sentiment d'avoir fait ce qu'il fallait faire, lors de la décision du placement (54).

Le placement en établissement peut aggraver les états démentiels, entraîner des somatisations, précipiter dans la dépression et accélérer la survenue du décès dans les six mois suivant le placement (53).

➤ L'entrée en EHPAD

L'arrivée de la personne en établissement est toujours un moment « particulier et singulier ». Il ne s'agit pas seulement d'un changement de lieu de vie mais aussi un changement d'état de la personne, au moins dans l'esprit de son entourage. L'entrée en établissement s'inscrit toujours dans « le cadre d'une tentative de réponse à une crise familiale ». Selon Messy, s'il ne s'agit pas d'une démarche volontaire, l'entrée en établissement est « terriblement difficile » pour la personne placée (53). En effet, selon Doutreligne, cette entrée est souvent brutale et imprévue pour la personne (55). Comme il a été vu précédemment, plus de 90% des entrées se feraient sans un véritable désir des personnes. Cela s'expliquerait alors par le fait qu'elles ne peuvent exprimer verbalement leur désaccord ou par le fait qu'elles s'y sont résolues, ne voulant pas être une charge pour la famille (53). Ainsi, la personne âgée préférerait rester vivre chez elle et non rentrer en EHPAD. Toutefois, selon Darnaud, pour les personnes atteintes de pathologies démentielles évoluées, il n'est pas certain qu'elles souffrent de leur placement. En effet, les troubles phasiques ne permettent pas d'affirmer que ces personnes vivent difficilement leur changement de résidence. De plus, les conditions de vie peuvent s'avérer meilleures dans un établissement adapté à leurs pathologies plutôt qu'à domicile (52). Néanmoins, pour Messy, les personnes atteintes de démences type Alzheimer ont conscience de ce qui se joue pour elles. Elles peuvent vivre le placement comme un abandon ou comme une condamnation à mort (53).

Selon Doutreligne, l'identité de la personne est remise en question lors de son entrée en EHPAD (55). Il n'est plus un « individu » mais un « résident » (52). De plus, son identité est d'autant plus remise en question lorsque cette personne est atteinte de troubles cognitifs et qu'elle est rejetée par les autres résidents de l'établissement qui, eux, n'ont pas de trouble cognitif. Cette personne est alors perçue comme étant « d'une autre race ». Ces personnes refusent la différence car les résidents atteints de démence renvoient l'image de la vieillesse qu'elles tentent fuir (51).

➤ L'accueil

Selon Le Brun, accueillir les résidents, au sens « les héberger », est la principale mission d'un EHPAD. L'accueil d'une personne se fait en trois temps : avant le séjour (période de pré admission), le jour de l'arrivée et tout au long du séjour (accompagnement) (51). Le jour de l'arrivée en établissement est un moment important. Ce moment est nécessaire pour gagner la confiance de la personne qui est rarement acquise du premier coup. Il conditionne souvent la suite de l'accompagnement (51). Les demandes et les attentes liées au placement, sont énoncées par la famille et par la personne (52).

➤ La vie en EHPAD

Vivre en collectivité impose, selon Darnaud, un minimum de règles. Un règlement est présent afin de préserver la liberté de tous. Pour que les résidents bénéficient d'un maximum de liberté, ils doivent respecter les mêmes règles. Les résidents sont libres en maison de retraite à condition de respecter et de faciliter le travail du personnel afin de bénéficier d'une meilleure qualité de soin et de services (52). Selon Le Brun, l'exercice des droits et des libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, dans ces établissements, il est assuré aux résidents les sept droits fondamentaux : « le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité, notion à laquelle sera ajoutée ensuite la liberté d'aller et venir » « le libre choix entre domicile et établissement », « l'accompagnement individualisé de qualité respectant le consentement », « la confidentialité des données », « l'accès à l'information », « l'information sur les droits fondamentaux et les voies de retours » et « la participation directe au projet d'accompagnement » (51).

La liberté d'aller et venir

Ce sous-concept est développé selon Lacour, docteur en droit, Ladiesse et al, juristes et chargées de mission à l'espace de réflexion éthique région centre, Poch et al, psychogériatre et psychiatre.

Valeur constitutionnelle (56), elle est définie par l'HAS comme : « La liberté d'aller et venir d'une personne hospitalisée dans un établissement sanitaire ou accueillie dans un établissement médicosocial ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire

au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. Cette liberté s'interprète de manière extensive et prend appui sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne. » (57). Cette liberté protège, aux patients ou aux résidents, le droit de se déplacer d'un endroit à un autre (56). Toutefois, selon Lacour et Ladiesse et al, elle serait remise en cause chez les résidents en EHPAD, notamment avec la présence d'unités fermées (56) (57). Celles-ci, dites unités protégées Alzheimer ou Cantou, ont la spécificité d'avoir la porte fermée, restreignent ainsi la possibilité d'aller et venir (57). Toutefois, selon Poch et al, ces unités permettent une circulation libre et sécurisée des résidents Alzheimer avec une désorientation et une déambulation importantes. En effet, ces résidents ont un besoin absolu de marcher. La déambulation leur est nécessaire, notamment pour contenir leur anxiété. L'empêcher provoquerait des troubles du comportement comme de la violence, de l'apathie, de l'opposition et du refus. Ceux-ci peuvent s'accompagner d'une aggravation des troubles cognitifs. Les unités protégées pourraient permettre un ralentissement du déclin cognitif. En effet, les capacités restantes y seraient préservées et les fonctions sensorielles sollicitées. Ces unités apporteraient alors des soins adaptés aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, notamment sur le plan du comportement (58). De plus, selon Vendeuvre-Bauters, ces unités devraient permettre ou encourager l'abandon des contentions physiques qui remettent aussi en question la liberté d'aller et venir de la personne (49).

Selon Ladiesse et al, il n'existe pas de base légale à la restriction de la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux. Toutefois, l'HAS identifie trois types de raisons pouvant justifier sa restriction, dans la mesure où le bénéfice est supérieur aux risques induits :

- Des raisons de sécurité, visant à protéger la personne d'elle-même ou les tiers. Elles doivent être justifiées, précisées et connues.
- Des raisons médicales ou paramédicales qui doivent obligatoirement être expliquées et acceptées par la personne elle-même ou par la personne en charge de la mesure de protection juridique, s'il y en a une.
- Des raisons de contraintes de soins et d'organisation interne d'un établissement sanitaire (57).

En pratique, la restriction de la liberté de circuler résulte souvent de l'obligation de sécurité qui pèse sur les établissements (57). En effet, la nécessité d'assurer la sécurité des résidents conduirait les professionnels à limiter la liberté d'aller et venir de ces personnes (56).

Le respect de ces droits et libertés définit la qualité de vie des résidents en EHPAD. Le résident en EHPAD doit bénéficier d'une qualité de vie irréprochable. Le bien être des résidents accueillis dépend alors de leur qualité de vie mais aussi de la qualité de vie au travail des professionnels et de la qualité des soins dispensés dans et hors l'établissement. Le résident lui-même est le premier acteur de sa qualité de vie en EHPAD (51).

Selon Le Brun et Messy, le maintien de l'autonomie ou la compensation des incapacités est la mission principale des soignants qui accompagnent les résidents, afin de leur garantir la meilleure qualité de vie possible (51) (53). Pour cela, le recueil des besoins et des attentes de chaque résident et la construction d'un projet d'accompagnement personnalisé sont nécessaires (51). Identifier les besoins insatisfaits des résidents, qui entraînent une dépendance ou une perte d'autonomie, est primordial pour maintenir l'autonomie ou apporter des compensations et ainsi améliorer la qualité de vie du résident. Selon Le Brun, « la qualité a pour objectif la satisfaction des besoins de la personne en prenant en compte ses attentes » (51). Prendre compte des attentes de la personne permet également d'éviter le risque « décider ce qui est bon pour elle » et de basculer dans la maltraitance, sans en avoir conscience (51) (52). D'autant plus lorsque la personne est dépendante et a des troubles cognitifs. Celle-ci peut être jugée comme n'étant plus à même de savoir ce qui est bon pour elle (52). Ainsi, la personne n'est plus « sujet » mais « objet » (51). De plus, selon Messy, la démence, avec ses troubles associés, pousse la société, la famille, les professionnels à nier la capacité de la personne à comprendre, à exprimer son désir, sa volonté et son refus. Néanmoins, les personnes accueillies sont et seront toujours, des adultes dignes de respect, d'écoute et de considération, peu importe la pathologie, les déficiences et l'âge (53). Toutefois, selon Darnaud pour certains professionnels, il serait plus important de répondre aux attentes de la famille et non à celles de la personne (52). La famille serait compétente dans la prise en soin (52) et essentielle dans la qualité de l'accompagnement de la personne en EHPAD (51). Toutefois, selon Fruchier, gériatre, citée par Darnaud, la décision de la personne doit découler d'un choix et non d'une contrainte qui s'impose à elle. Par exemple, pour qu'une personne accepte et participe à son soin, il faut qu'elle ait eu le choix. « Tout choix doit être une décision réversible, au moins pendant un certain laps de temps » (52). Sinon, selon Le Brun, la personne exprime son refus en se résignant ou en s'opposant (51).

Selon Doutreligne, la demande de soins des résidents est souvent une demande de présence, où les contacts physiques et le toucher se révèlent essentiels, en particulier à l'adresse des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Toutefois, l'apport de réponses concrètes à ces demandes est difficile, du fait de la charge de travail du personnel. Les résidents dépendent

totalemment du travail des personnels et de leur engagement (55). Selon Messy, en EHPAD, la dimension sociale est souvent réduite car il y domine toutes les formes déclinées du thérapeutique : le soin, la prescription, l'animation, l'occupationnel. Le thérapeutique prime alors sur le social (53). De plus, concernant les résidents avec des troubles cognitifs, les équipes rencontrent des difficultés au quotidien pour communiquer avec eux, diminuant alors encore la dimension sociale de la personne (51). Les professionnels sont démunis car les modes de communication usuels sont inopérants. La communication avec ces résidents nécessite de la cohérence dans les messages émis car la personne perçoit prioritairement le message non verbal (51). Ainsi, Le Brun propose d'utiliser, entre autres, la Méthode de Montessori, adaptée aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, afin d'améliorer les pratiques et la posture des professionnels qui les accompagnent. Cette méthode, qui a pour devise « Aide-moi à faire seul », « privilégie l'abord sensoriel pour susciter l'émotion, et ainsi éveiller la personne et développer un lien avec elle ». L'approche Montessori adaptée, « prône le développement d'une communauté où chacun a un rôle à jouer, afin de créer un lien social ». Cette méthode redonne le choix à la personne en s'appuyant sur ses capacités préservées. Une autre méthode, celle de la Validation de Naomi Feil est également proposée. Celle-ci a également pour public les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. « Son fondement est l'empathie qui permet de reconnaître les émotions d'autrui. En considérant les émotions du résident, le professionnel lui redonne sa dignité et établit un lien de confiance. Cette méthode se décline en six étapes : se centrer, observer, trouver la bonne distance, développer l'empathie, adapter les techniques de communication adaptées, conclure par une note positive afin de faciliter les prochains échanges (51).

Synthèse :

L'EHPAD est un lieu de vie médicalisé. Les personnes âgées y rentrent principalement sous la décision de la famille. Plusieurs critères comme la dépendance, les chutes, les pertes de mémoire, les troubles du comportement et les démences sont des motifs de placement pour la famille. L'entrée en EHPAD peut être douloureusement vécue par la personne âgée. Celle-ci pouvant ressentir un sentiment d'abandon, notamment chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Lors de cette entrée, l'identité de la personne est également remise en question. La personne âgée devient « résident » et voire parfois « objet ». « Objet » quand les capacités de la personne démente à comprendre, à exprimer son désir, sa volonté et son refus sont remises en question et qu'il est décidé pour elle « ce qui est bon elle ». Cette identité est d'autant plus remise en question lorsque la personne atteinte de troubles cognitifs ou de démence est rejetée par les autres résidents. Malgré ce changement d'identité, l'exercice des droits et des libertés

individuels est garanti à toutes les personnes résidant en EHPAD, notamment la liberté d'aller et venir. Néanmoins, cette liberté peut être remise en question avec la présence d'une unité fermée et de la mise en place de contentions physiques.

Ainsi, plusieurs questions se posent : Les résidents sont-ils réellement libres en EHPAD ? Peuvent-ils prendre les repas à l'heure qu'ils veulent ? Peuvent-ils sortir de l'établissement pour se promener quand ils le souhaitent ? Les résidents atteints de démence sont-ils autant libres que ceux sans démence ? Quelle est la place de la parole de la personne âgée démente en EHPAD ? Sa parole est-elle prise en compte malgré la remise en question de sa capacité à comprendre et à s'exprimer ? A-t-elle le choix dans ses modalités d'accompagnement en EHPAD, notamment dans sa prise en soin ? En EHPAD, la prise en soin de la démence et des troubles cognitifs de la personne, prime-t-elle sur celle des autres troubles, notamment sur les troubles de la marche ?

Au regard du troisième concept, quelle place occupe la chute de la personne âgée en EHPAD, notamment celle de la personne âgée atteinte de démence ? Quelle prise en soin est proposée à la personne âgée démente, après une chute ?

1.8.3 La personne âgée chutante

Ce concept est développé selon Choque, Boyer et Bellemare, Ribadier et Sainjeon-Cailliet, Pui-sieux, Taillandier et Soyer. Comme précédemment, ces auteurs sont choisis selon leurs ouvrages et leur profession. Ils sont, dans l'ordre, éducateur sportif, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologues, gériatre, médecin généraliste et cadre de santé. Tous ont travaillé auprès de la personne âgée chutante. Des auteurs des concepts précédents seront également cités comme : Le Brun, Ferrey et Le Gouès, Messy et Vendeuvre-Bauters.

Selon Choque, la personne âgée ne peut pas échapper aux conséquences du vieillissement, comme, entre autres, la maladie, l'isolement ou les chocs psychologiques (50). En effet, en avançant dans l'âge, les personnes connaissent une fragilisation motrice, sensorielle et neuropsychologique (59). Selon Ribadier et Sainjeon-Cailliet, le vieillissement peut être considéré comme « une accélération des pertes et une accumulation de deuils » (60). La marche et l'équilibre deviennent moins surs (59). Ainsi, la personne âgée, selon Choque, ne pourrait échapper à la chute, celle-ci étant le péril le plus fréquent et le plus grave pour elle (50).

➤ Définitions

Selon Hauer et al, cités par Choque, une chute est « le fait de tomber par inadvertance sur le sol, avec ou sans perte de conscience, et pour une cause autre qu'une installation brusque qu'une paralysie, crise épileptique, ingestion excessive de boissons alcoolisées ou sous une poussée externe ». La chute correspond à une « perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité en faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait » (50). En résumé, selon Boyer et Bellemare, la chute est décrite comme « l'action de tomber au sol de manière inopinée indépendamment de la volonté » (59). De plus, selon Ribadier et Sainjeon-Cailliet, la chute est « un mouvement involontaire, incontrôlé et subi » (60). En institution, la chute est l'évènement indésirable le plus déclaré (50).

➤ Conséquences

Avec l'âge, selon Boyer et Bellemare, la chute ne doit pas être banalisée. Selon Puisieux, toute chute devrait être considérée comme un événement grave pouvant bouleverser la vie de la personne âgée (61). La chute peut se répéter et entraîner d'importantes conséquences (59). Ces conséquences peuvent être physiques comme des fractures, des entorses, des plaies mais aussi psychologiques et sociales (50). En effet, selon Ribadier et Sainjeon-Cailliet, la chute de la personne âgée « ne se réduit pas à sa partie visible, c'est-à-dire à sa répercussion physique ». La chute, au-delà de la perte d'équilibre physique, crée une situation de rupture psychologique par le changement de situation qu'elle implique comme une hospitalisation et/ou une entrée en institution. Ainsi, la chute de la personne âgée peut entraîner un sentiment de solitude, d'anxiété, d'abandon, d'isolement, un désinvestissement, un phénomène de perte, et un ébranlement du narcissisme. La chute est donc un phénomène faisant rupture. Elle est un véritable traumatisme psychocorporel dont la répétition peut enfermer la personne dans une nouvelle identité, celle d'une personne fragilisée. Cette nouvelle identité est d'autant plus fragilisée lorsque la chute se révèle être une « chute symptôme ». Celle-ci peut révéler des affections neurologiques, neuromusculaires, ostéoarticulaires ou bien encore des affections sensorielles. La chute peut aussi être un signal, indiquant l'apparition ou l'aggravation d'une altération cognitive, comme la maladie d'Alzheimer. Chez la personne âgée atteinte d'une démence type Alzheimer, le risque de chute est majoré par trois (60).

En EHPAD, selon Le Brun, après une chute, les conséquences traumatiques sont immédiates, pouvant limiter l'indépendance fonctionnelle. D'autres conséquences y sont également retrouvées comme la peur de chuter, la réduction de la mobilité et la perte de l'autonomie (51). Cette réduction de mobilité, pouvant être engendrée par la peur de chuter, peut alors entraîner une

réduction de l'activité physique, une réduction des performances motrices (exemple : marche plus lente, moins assurée) et ainsi une fonte musculaire accélérée. Or, les muscles sont indispensables pour amoindrir le choc lors de la chute et pour pouvoir se relever du sol (50). Ainsi, les conséquences physiques telles que les fractures, les entorses et les tassements vertébraux, seraient plus importantes lors des prochaines chutes. En conséquence, une chute peut entraîner une autre chute, avec des effets différents ou aggravés.

➤ Causes

Ainsi, plusieurs causes seraient à l'origine d'une voire plusieurs chutes. Ces causes se réunissent, selon Choque, en quatre grandes catégories : les facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et socio-économiques (50). Les troubles cognitifs et la démence, considérés comme facteurs biologiques, entraîneraient un défaut de vigilance, une mauvaise évaluation des situations dangereuses, des déambulations, une altération de la motricité, de l'équilibre et de l'organisation sensorielle. Ces trois altérations seraient plus prononcées chez la personne âgée démente. De plus, ces personnes seraient plus sujettes à la prise de psychotropes. Selon Ferrey et Le Gouès, les psychotropes, tels que les neuroleptiques, augmenteraient le risque de chute, du fait d'une sensation de vertige et de malaise (44). Selon Puisieux, la chute résulterait donc toujours d'une interaction entre trois variables : action (notion de prise de risque), individu et environnement (61).

➤ Prise en charge de la chute

Selon Le Brun, face aux conséquences, de la rééducation ou des actions sur l'environnement pourraient être utiles (51). Selon Puisieux, « toute chute nécessite une démarche étiologique et une prise en charge rapide et adaptée, afin d'éviter la récurrence et la perte d'autonomie » (61). Selon Taillandier, « toute chute nécessite une prise en charge précoce et globale du patient, à la fois médicale, psychologique, fonctionnelle et sociale » (62). La prise en charge du résident chuteur relève d'un programme personnalisé (61). Selon Taillandier, la prise en charge diffère selon l'état de santé des personnes âgées (« sujets fragiles ou actifs ») (62). Selon Puisieux, il faut « réduire tous les facteurs de risque modifiables et, aussitôt que possible remettre le patient en fonction, c'est-à-dire à la marche ». Selon Ribadier et Sainjeon-Cailliet, la prise en charge de la chute est pluridisciplinaire(60). Elle peut faire intervenir, entre autres, le médecin, l'infirmière, l'ergothérapeute, et le kinésithérapeute. La rééducation a pour objectif de restaurer une marche de qualité (avec ou sans aide technique), sûre, sans risque de chute. Celle-ci est à la fois analytique, pour corriger les déficiences et fonctionnelle, pour que ce soit transférable dans la

vie de tous les jours (travail des transferts, du relever du sol, de la marche dans différentes conditions). Le travail de rééducation doit se faire dans des conditions de réassurance, afin que la personne puisse, entre autres, vaincre sa peur (61).

Toutefois, selon Puisieux, il faudrait intervenir bien avant la chute, lorsque les troubles, notamment ceux de la marche, débutent (61). En EHPAD, la prévention des chutes fait partie intégrante du projet d'établissement (50). Selon Boyer et Bellemare, deux étapes sont préconisées pour la prévention des chutes : prédire les risques de chute et évaluer l'équilibre de la personne. Les programmes de prévention mis en place, notamment en ergothérapie, dépendent du profil de la personne âgée et du niveau de risque de chute. Chaque niveau (faible, modéré, élevé) correspond à un programme : primaire, secondaire ou tertiaire.

- Le programme primaire est une intervention de santé globale. Il propose des conseils comme sur l'hygiène de vie, l'alimentation et le chaussage adapté et encourage une activité physique régulière chez la personne âgée. Ce programme et donc le niveau de risque faible se situent avant la première chute.
- Le programme secondaire est une intervention multifactorielle non personnalisée qui se fait en groupe. Il a pour but de préserver, améliorer et restaurer la fonction d'équilibration et l'autonomie de la personne âgée. Il propose, entre autres, des ateliers d'équilibre et un apprentissage du relever du sol. Ce programme et donc le niveau de risque modéré se situent après une ou plusieurs chutes.
- Le programme tertiaire propose une rééducation en ergothérapie et/ou des moyens de compensation, dont l'objectif est de restaurer l'autonomie de la personne. C'est un programme individualisé. Il consiste, entre autres, à éliminer les facteurs de risque, à sécuriser les transferts et les déplacements et à adapter l'environnement. Ce programme et le niveau de risque élevé concernent les personnes fragiles ayant déjà chuté (59).

La pratique d'activités physiques, pouvant être proposée dans ces programmes, réduirait le risque et le nombre de chutes, ainsi que la gravité des fractures. Elle aurait des conséquences bénéfiques sur la maîtrise des déséquilibres et contribuerait à préserver les capacités cognitives et physiques, favorisant le maintien de l'autonomie (50). Toutefois, selon Choque, la personne doit être convaincue du bienfondé des programmes qui lui sont proposés (50). Puis, en plus de prévenir les chutes, les programmes I et II permettent aux personnes de se retrouver ensemble, avec une problématique commune et de prendre conscience qu'elles ne sont pas seules dans

cette situation. Le sentiment d'isolement, pouvant être ressenti après une chute, est alors diminué (60).

Les moyens de compensation, pouvant être mis en place pour prévenir les chutes comme un déambulateur ou une canne, peuvent être mal perçus par la personne. En effet, selon Ribadier et Sainjeon-Cailliet, pour certaines personnes âgées, se déplacer avec une aide technique à la marche ne serait pas marcher (60). De plus, ces moyens de compensation pourraient, selon Messy, provoquer un sentiment d'insécurité et non de sécurité. En effet, l'utilisation d'une aide technique renverrait à la personne ses difficultés (53).

De plus, en EHPAD, un autre moyen de prévention serait utilisé : les contentions physiques passives (gilets, sangles thoraciques, ceintures, etc.). Selon Choque, la réflexion sur la prévention est indissociable de celle de l'utilisation des contentions physiques (50). La crainte de la chute étant le premier motif de son utilisation. Selon Soyer, les troubles comportementaux à type d'agitation et de déambulation seraient également un facteur motivant important à la contention (63). Les personnes âgées contenues ont principalement une désorientation temporo-spatiale, un risque de chute et une dépendance fonctionnelle. Ainsi, les contentions seraient principalement utilisées auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs ou de démence. Or, selon Vendevre-Bauters, la marche aurait des bienfaits pour le corps et l'esprit. Elle faciliterait l'apaisement des personnes atteintes de démence et renforcerait leur sentiment de sécurité, d'autant plus si cette marche a un but (49). Ainsi, les contentions, empêchant la marche et la déambulation, aggraverait l'état de la personne âgée atteinte de démence. De plus, selon Soyer, utilisées comme moyen de prévention, les contentions physiques passives entraîneraient des chutes plus fréquentes et plus graves chez les personnes âgées (63).

Synthèse :

La chute de la personne âgée serait un phénomène inévitable avec le vieillissement. Les causes de chutes sont multifactorielles. Considérée comme un événement grave, la chute entraîne des conséquences, dont les plus importantes peuvent être psychologiques, notamment avec un changement d'identité. La personne prend l'identité d'une personne « fragilisée » ou « malade ». « Malade » car la chute peut révéler une maladie. La prise en soin de la chute doit alors être rapide, globale et de préférence pluridisciplinaire. La prise en soin diffèrerait selon l'état de santé de la personne, que ce soit au niveau de la rééducation ou des moyens de prévention. En EHPAD, la prévention occupe une place importante. L'activité physique est l'un des moyens

utilisés pour prévenir les chutes. Toutefois, en parallèle à ce moyen, un autre moyen serait utilisé et principalement auprès des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ou de démence : les contentions physiques passives. Deux moyens paradoxalement opposés.

Plusieurs questions se posent alors : Comment concilier l'activité physique et les contentions physiques passives ? Comment expliquer que les contentions soient utilisées comme un moyen pour prévenir les chutes alors qu'elles causeraient plus de chutes ? Quelle est la balance bénéfice-risque de l'utilisation des contentions physiques ? De plus, qu'est-ce qui change dans la prise en soin de la chute entre les personnes âgées démentes et non démentes ?

Ainsi, des liens peuvent se faire entre les trois concepts : En EHPAD, les personnes âgées atteintes de démence ou de la maladie d'Alzheimer, sont-elles libres, notamment dans leurs choix et leur prise en soin ? En effet, les contentions physiques, pouvant être utilisées pour prévenir les chutes, n'entravent-elles pas l'un des droits fondamentaux garantis à toute personne résidant en EHPAD, à savoir la liberté d'aller et venir ? Comment le changement d'identité de la personne, marqué à la fois par le diagnostic d'une démence comme la maladie d'Alzheimer, l'entrée en EHPAD et la survenue d'une chute, influe-t-il sur l'accompagnement de la personne en institution ? Quelle place occupe la démence ou la maladie d'Alzheimer dans la prise en soin de la chute de la personne âgée, en EHPAD ?

Ainsi, cette problématisation théorique vient enrichir la problématisation pratique. La déambulation, considérée comme facteur de risque, devrait-elle être empêchée en institution pour le bien de la personne âgée atteinte de démence ou de la maladie d'Alzheimer ? Quelles sont alors les conséquences d'empêcher ou de promouvoir la déambulation ? Empêcher la déambulation signifierait-il systématiquement la mise en place d'une contention physique passive ? Si les contentions sont utilisées pour prévenir les chutes, comment expliquer que celles-ci augmenteraient leur fréquence et leur gravité ? Ainsi, laisser la personne déambuler ne serait-il pas plus bénéfique pour sa santé ? D'autant plus que l'activité physique et donc la marche réduirait le risque et le nombre de chutes et apaiserait la personne. Ainsi, comment l'ergothérapeute pourrait-il agir dans ces circonstances ? Quels moyens peut-il mettre en place pour éviter ou limiter la mise en place des contentions physiques passives ? De plus, la faible préconisation d'aides techniques pourrait-elle aussi s'expliquer par la non-acceptation de celles-ci, par la personne âgée atteinte de démence ou de la maladie d'Alzheimer ? Ainsi, comment l'ergothérapeute peut-il optimiser l'autonomie de la personne dans les déplacements et contribuer au maintien de sa liberté d'aller et venir ? La démence est-elle alors un frein ou une limite à la prise en soin

de la chute et à la récupération de la marche ? Néanmoins, comment expliquer, qu'en pratique, il y ait une diminution plus importante du nombre de chutes chez les résidents avec démence que chez ceux sans démence, après application des moyens de prévention ?

Ainsi, face à ces questionnements, la question de recherche est plus précise :

Quels sont les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, lorsque celle-ci, résidant en EHPAD, présente un risque de chute ?

Un objet de recherche est alors défini :

Etude sur les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant un risque de chute en EHPAD.

2 Matériel et méthode

➤ Choix de la méthode

L'objet de recherche s'intéresse aux moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant un risque de chute en EHPAD. La méthode quantitative de type descriptive s'intéresse aux facteurs de différenciation des individus. Elle étudie les variations de réponses des sujets sur un phénomène. Elle permet de se centrer sur la description des caractéristiques d'un type d'attitude ou de fonctionnement du sujet (38). Ainsi, utiliser cette méthode permettra de nous centrer sur la description des moyens mis en place par l'ergothérapeute et d'étudier les variations de réponses. Cela nous permettra alors de repérer les catégories de fonctionnement des ergothérapeutes sur le phénomène et d'expliquer la variabilité de leurs comportements.

Ainsi, cette méthode semble la plus adaptée pour étudier et décrire le phénomène de l'objet de recherche.

➤ Population ciblée et sites d'exploration

En fonction de l'objet de recherche, la population ciblée de cette étude est uniquement les ergothérapeutes travaillant en EHPAD, auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Les EHPAD sont alors les sites d'exploration.

➤ Choix de l'outil théorisé de recueil de données

Le questionnaire est choisi comme outil de recueil de données, selon la méthode sélectionnée. En effet, la méthode étant quantitative de type descriptive, celle-ci demande d'avoir beaucoup de résultats (38). Le questionnaire semble donc le plus adapté pour recueillir le plus de données. Les avantages, les inconvénients et les biais de cet outil sont évoqués dans « 1.6 Enquête exploratoire » (cf. p 14). Le questionnaire ayant aussi été utilisé pour l'enquête exploratoire.

Le questionnaire a pour but de recueillir des données sur les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour optimiser la liberté de déplacement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant un risque de chute en EHPAD. Ainsi, les objectifs de ce questionnaire sont de :

- Connaître la population interrogée afin de pouvoir observer, par la suite, d'éventuelles corrélations entre différentes variables. Par exemple, une corrélation entre le genre, l'ancienneté et les moyens employés par les ergothérapeutes.
- Connaître les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant un risque de chute
- Avoir des connaissances sur la mise en place de ces moyens comme ce qui est pris en considération pour leur mise en place, les facteurs dont elle dépend et les ressources financières
- Savoir si les moyens mis en place sont acceptés par les résidents
- Savoir si l'intérêt des moyens mis en place est compris par les résidents
- Avoir des connaissances sur l'efficacité de ces moyens
- Avoir des informations sur la liberté de déplacement des résidents

➤ Construction de l'outil théorisé

Après avoir déterminé l'outil de recueil de données, une matrice de questionnement est réalisée. Celle-ci est disponible en Annexe 5 (p 108).

Cette matrice regroupe plusieurs questions, catégorisées en trois grandes parties. Celles-ci ont pour but de répondre aux objectifs posés ci-dessus afin d'éclairer la question et l'objet de recherches. La première partie consiste à recueillir des données démographiques comme la profession, la population accompagnée et le temps d'exercice des participants. La deuxième consiste à récolter des informations sur les moyens mis en place par l'ergothérapeute comme leur existence au sein des EHPAD, ceux utilisés et ceux souhaités, leurs modalités de mise en place, leur compréhension et acceptation par les usagers et leur efficacité. La troisième consiste à recueillir des données sur la liberté de déplacement des résidents comme l'existence d'une unité Alzheimer au sein de l'établissement, la mise en place des contentions physiques passives, la déambulation et ce qui est le plus efficace entre ces deux pour prévenir les chutes sur le long terme. Cette partie est positionnée à la fin du questionnaire afin de ne pas influencer les réponses précédentes.

➤ Méthode d'échantillonnage

Selon un recueil démographique réalisé par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) en 2021, 34% seraient des salariés autres qu'hospitalier (64). Les ergothérapeutes exerçant en EHPAD rentreraient alors dans la catégorie des « salariés autres ». D'autant plus qu'il y a 7 500 EHPAD en France (37). La méthode boule de neige, méthode non probabiliste ou non aléatoire est alors choisie afin d'avoir le plus de participants possible. Cette méthode consiste à diffuser le questionnaire aux personnes ayant les caractéristiques recherchées, puis de leur demander de le diffuser autour d'eux, à des personnes de profil équivalent (65). Le questionnaire est diffusé par mail et sur les réseaux sociaux. Il est demandé aux ergothérapeutes qui répondent au questionnaire de le partager.

➤ Anticipation des biais et stratégies pour les contrôler

La définition des biais présentés ci-dessous sont présents à la page 14.

Pour atténuer les biais méthodologiques, le questionnaire est testé par deux ergothérapeutes travaillant en EHPAD. Ce test permet d'évaluer la clarté du questionnaire et la compréhension des questions posées. Les questions sont donc travaillées afin de limiter une mauvaise formulation des questions.

Les biais de subjectivité et de confirmation sont limités avec la possibilité de répondre « autre » ou « je ne sais pas » aux questions fermées et semi-ouvertes. En choisissant « autre », il est

demandé au participant de justifier sa réponse. Pour les biais de désirabilité sociale, les réponses sont anonymes.

➤ Choix des outils de traitement et d'analyse des données

L'objet de recherche ayant été peu exploré chez les ergothérapeutes en EHPAD par des travaux scientifiques antérieurs, l'étude descriptive de type observationnel constitue une approche permettant de décrire le phénomène de façon organisée, objective et relativement stable. Il s'agit donc de le décrire le plus fidèlement et le plus précisément possible. Avec cette méthode, le but de la recherche est d'expliquer le phénomène étudié en développant des théories ou des hypothèses. Celles-ci permettent de prédire la survenue du phénomène. Elles pourront être explorées dans de futures recherches. Des variables sont identifiées selon les questions de l'enquête et les données numériques sont privilégiées (66). Les variables étant majoritairement qualitatives, leurs modalités sont alors codées. Un tableau à cet effet est disponible en Annexe 6.2 (p 127).

Dans un premier temps, les données obtenues au questionnaire sont traitées grâce à l'utilisation des statistiques descriptives. Elles permettent d'organiser et de présenter les données brutes obtenues dans le but de leur donner un sens. Elles comprennent : les distributions de fréquences, les mesures de tendance centrale, les mesures de dispersion. La distribution de fréquence sera la plus utilisée afin de décrire au mieux le phénomène de l'objet de recherche qui est d'étudier les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour optimiser la liberté de déplacement.

Dans un second temps, des hypothèses issues de l'analyse descriptive seront vérifiées grâce à une analyse statistique. Les outils utilisés seront choisis en fonction des hypothèses et des variables concernées.

Le logiciel Excel® est alors utilisé pour le traitement des résultats : représentations graphiques, tableaux et calculs.

3 Résultats

Tout au long de cette partie les résultats obtenus à partir du questionnaire seront analysés selon les deux méthodes précédemment évoquées. Des hypothèses seront évoquées.

Analyse descriptive

Pour les questions ouvertes, les résultats ont été traités sous forme de graphiques afin d'illustrer les distributions de fréquence. Ils sont tous disponibles en Annexe 6.1 (p 114). De plus, les tableaux croisés qui vont apparaître dans cette partie ont été réalisés à l'aide du tableau croisé

présent en Annexe 6.3 (p131). Ce tableau regroupe les réponses de 3 à 22 du questionnaire, codées numériquement.

➤ Echantillon

Quarante-sept personnes ont répondu au questionnaire et toutes répondent aux critères de sélection, c'est-à-dire des ergothérapeutes exerçant en EHPAD, auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentées. Elles sont donc toutes retenues pour le traitement des résultats.

| | | Sexe | | | |
|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|
| | | Femme | Homme | Autre | Total |
| Temps | 0-5 ans | 53% | 11% | 2% | 66% |
| | 5-10 ans | 11% | 2% | 0% | 13% |
| | Plus de 10 ans | 17% | 4% | 0% | 21% |
| Total | | 81% | 17% | 2% | |

Tableau 6. Tableau démographique

66% des ergothérapeutes ont une ancienneté comprise dans un intervalle de [0-5[ans. 21% ont plus de 10 ans d'ancienneté et 13% ont entre 5 et 10 ans. Pour connaître plus précisément le temps d'ancienneté moyen, une mesure de tendance centrale (moyenne) et de dispersion sont réalisées (écart type).

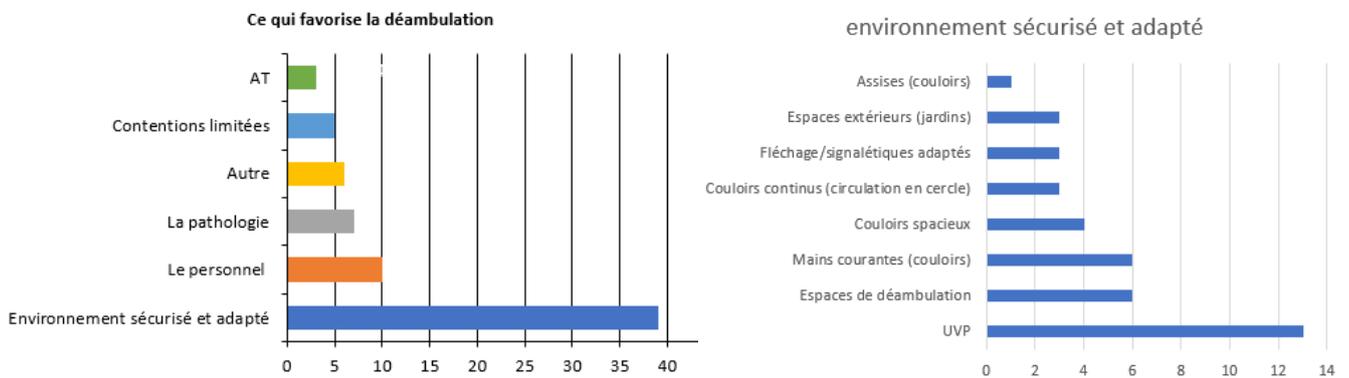
$$\bar{X} = \frac{(X_1 + X_2 + \dots + X_n)}{(n)} = \frac{1 \sum X_j}{n}$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n |x_i - \mu|^2}{n}}$$

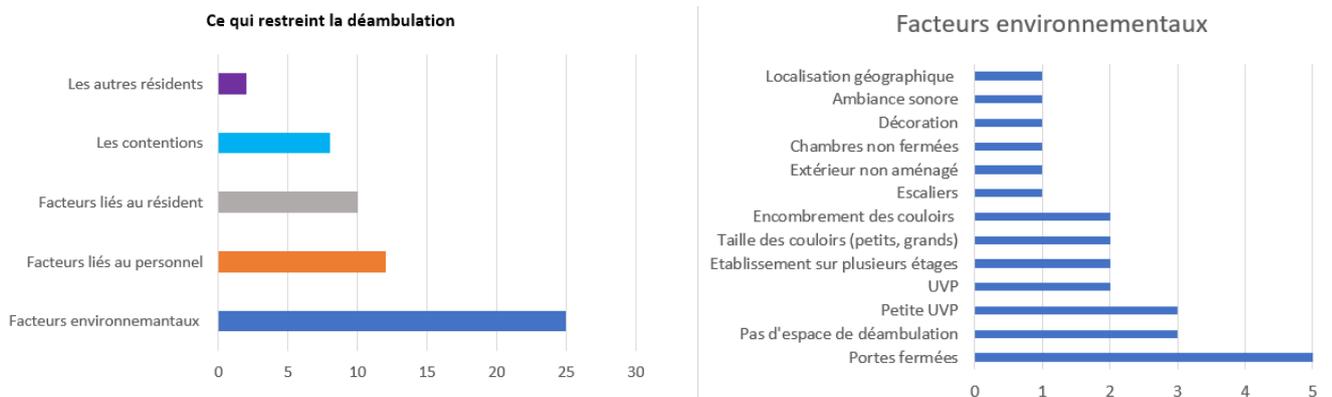
En moyenne, les ergothérapeutes ont donc une ancienneté de 7,4 ans avec un écart de plus ou moins 3 ans. De plus, 81% d'entre eux sont des femmes. Au niveau du genre, l'échantillon est donc représentatif de la population d'ergothérapeute en France. En effet, au 1^{er} Janvier 2021, 87% des ergothérapeutes était des femmes (67).

➤ Observation du phénomène de la liberté de déplacement en EHPAD

Près de 77% affirment avoir une unité Alzheimer ou une unité de vie protégée (UVP) au sein de leur établissement. 60% estiment que celle-ci permet la liberté de déplacement, 17% estiment qu'elle restreint cette liberté et 13% considèrent qu'elle fait les deux à la fois. Près de 62% estiment alors que le résident est souvent libre de déambuler dans l'établissement, près de 21% estiment qu'il est toujours libre et près de 15% considèrent qu'il est rarement libre. Les résultats démontrent que cette déambulation serait principalement favorisée par un environnement sécurisé et adapté (56%), notamment par l'UVP (33%), le personnel (14%) et la pathologie du résident (10%).



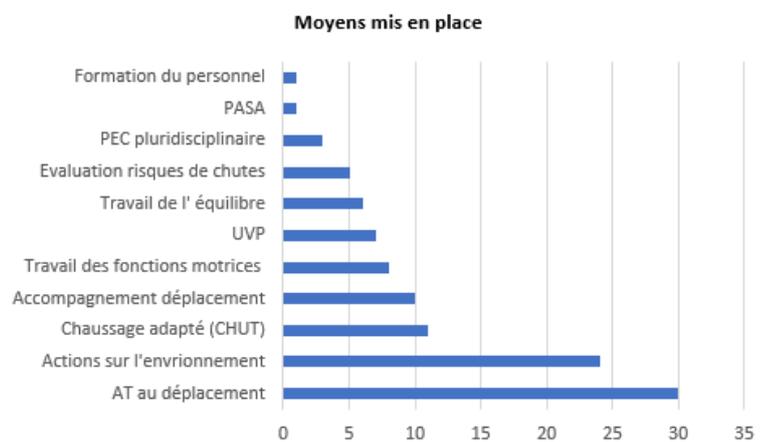
Toutefois, les résultats démontrent que ces facteurs, qui favorisent la déambulation, sont aussi des facteurs restreignant la déambulation : facteurs environnementaux (44%), facteurs liés au personnel (21%), facteurs liés au résident (17,5%). Parmi ces facteurs, les principaux sont, respectivement : le fait que les portes soient fermées (20%) et qu'il y ait peu d'espace de déambulation (12%), la crainte du personnel (42%) et leur manque de formation sur la déambulation (25%), le traitement médicamenteux (30%) et les déficits moteurs du résident (20%).



Les contentions sont aussi un facteur restreignant la déambulation à 14%. Concernant ces dernières, 66% de la population interrogée considèrent qu'elles sont rarement mises en place dans leur établissement lorsque le résident est atteint de démence et qu'il présente un risque de chute. 17% estiment qu'elles sont souvent installées et 17 autres % estiment qu'elles ne le sont jamais. Ainsi, les contentions seraient autant souvent utilisées que jamais utilisées. Leur utilisation varierait donc selon les établissements. De plus, 83% considèrent que le maintien d'une déambulation régulière serait plus efficace pour prévenir la chute du résident sur du long terme. Aucun des participants n'a estimé que la contention physique était un moyen efficace pour prévenir la chute.

➤ Observation des moyens mis en place par les ergothérapeutes

La totalité des participants mettent en place, dans leur établissement, des moyens pour optimiser la liberté de déplacements des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentées qui présentent un risque de chute. Les moyens mis en place sont principalement : des aides techniques au déplacement (28%), des actions sur l'environnement (23%), des chaussures adaptées (10%) et un accompagnement au déplacement (Plus de 9%).



Parmi les aides techniques au déplacement, ce sont principalement des fauteuils roulants en mode podale où le résident peut se déplacer avec ses pieds (27%). Concernant les actions sur l'environnement, cela consiste principalement à sécuriser les zones de déambulation (37,5%). Néanmoins, à plus de 72%, les moyen mis en place ne seraient pas spécifiques aux résidents atteints de démence. Il semblerait donc qu'il n'y ait pas de différence de suivi entre les résidents déments et non déments. Une part de la population interrogée (23%) estiment toutefois que les moyens employés sont spécifiques. De plus, les résultats ne démontrent pas de façon significative si l'intérêt des moyens employés est compris ou non par les bénéficiaires. En effet, plus de 42% estiment qu'il ne serait pas compris alors que plus de 40% estiment qui le serait. Les moyens les moins compris par les résidents seraient le chaussage adapté et le travail des fonctions motrices. Néanmoins, malgré ces 42%, plus de 76% considèrent que les moyens sont acceptés par les résidents, contre 17% estimant l'inverse. Ainsi, les résidents accepteraient les moyens utilisés malgré leur incompréhension. De plus, ils seraient efficaces à

plus de 75% pour optimiser la liberté de déplacement. Néanmoins, 17% estiment qu'ils ne le seraient pas.

Pour mettre en place ces moyens, 75% des participants estiment considérer à la fois la démence et le risque de chute. De plus, les résultats démontrent que les moyens mis en place dépendent principalement du résident (40,5%), notamment des troubles cognitifs (17%), des équipes soignantes (30%), comme leur implication dans l'accompagnement (18%) et de leur temps (14%), et des moyens financiers (13,5%). En lien avec ces derniers, 51% des participants considèrent avoir les moyens nécessaires pour mettre en place les moyens contre 34% estimant ne pas les avoir. De plus, les 17% ayant estimé que les moyens mis en place n'étaient pas efficaces pour optimiser la liberté de déplacement ont également considéré ne pas avoir les moyens nécessaires ou ne pas savoir.

De plus, il est constaté que certains moyens comme le chaussage adapté, le placement en UVP et la prise en charge pluridisciplinaire sont uniquement ou plus évoqués par les ergothérapeutes ayant une ancienneté comprise entre 0 et 5 ans. Le travail de l'équilibre semble plus utilisé par les ergothérapeutes ayant une ancienneté comprise en 5 et 10 ans. L'accompagnement au déplacement semble, lui, plus fréquemment utilisé par les ergothérapeutes ayant une ancienneté de plus de 10 ans. Concernant les actions sur l'environnement, le travail des fonctions motrices et l'évaluation du risque de chute, ceux-ci semblent quasiment autant utilisées par tous les ergothérapeutes, qu'importe leur durée d'ancienneté. Les aides techniques au déplacement, quant à elles, semblent plus utilisées par les ergothérapeutes ayant une ancienneté de plus de 5 ans. Ces AT restent toutefois le premier moyen mis en place par tous les ergothérapeutes de l'échantillon. (Cf. Tableau ci-dessous).

| | | Temps | | |
|-----------------|--------------------------------|-----------|------------|----------------|
| | | 0 - 5 ans | 5 - 10 ans | Plus de 10 ans |
| Types de moyens | AT au déplacement | 23% | 37,50% | 38% |
| | Actions sur l'environnement | 23% | 19% | 24% |
| | Chaussage adapté | 13% | 6,25% | 0% |
| | Accompagnement au déplacement | 7% | 12,50% | 19% |
| | Travail des fonctions motrices | 7% | 6,25% | 9,50% |
| | UVP | 10% | 0% | 0% |
| | Travail de l'équilibre | 4% | 12,50% | 5% |
| | Evaluation du risque de chute | 4% | 6,25% | 5% |
| | PEC pluridisciplinaire | 4% | 0% | 0% |
| | PASA | 1% | 0% | 0% |
| | Formation du personnel | 1% | 0% | 0% |

Tableau 7. Moyens mis en place selon l'ancienneté de l'ergothérapeute

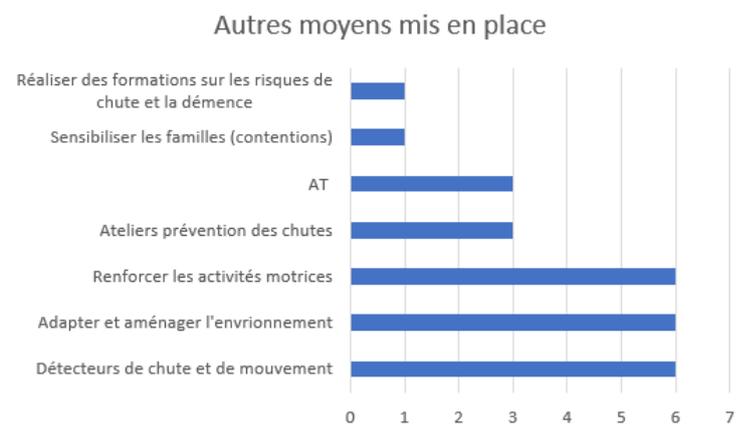
Il est également constaté que certains moyens semblent plus utilisés par les femmes que par les hommes comme : le chaussage adapté et le placement en UVP. Le travail de l'équilibre et la formation du personnel, quant à eux, semblent plus utilisés par les hommes. Les AT au déplacement, les actions sur l'environnement, l'accompagnement au déplacement, le travail des fonctions motrices, l'évaluation du risque de chute et la prise en charge pluridisciplinaire semblent, eux, autant mis en place par les femmes que par les hommes. (Cf. Tableau ci-dessous).

| | | Sexe | |
|-----------------|--------------------------------|--------|-------|
| | | Femme | Homme |
| Types de moyens | AT au déplacement | 29% | 30% |
| | Actions sur l'environnement | 22,50% | 22% |
| | Chaussage adapté | 11% | 4% |
| | Accompagnement au déplacement | 10% | 9% |
| | Travail des fonctions motrices | 7,50% | 9% |
| | UVP | 7,50% | 4% |
| | Travail de l'équilibre | 5% | 9% |
| | Evaluation du risque de chute | 4% | 4% |
| | PEC pluridisciplinaire | 2,50% | 4% |
| | PASA | 1,00% | 0% |
| | Formation du personnel | 0% | 4% |

Tableau 8. Moyens mis en place selon le sexe de l'ergothérapeute

Enfin, pour rendre les moyens mis en place plus efficaces, près de 17% estiment vouloir sensibiliser les équipes soignantes, notamment sur l'utilisation et le suivi des moyens mis en place, sur les effets des contentions, sur les chutes et leurs conséquences, sur l'importance des déplacements et sur l'acceptation du risque et 10% estiment vouloir sensibiliser les familles, également sur les contentions et sur l'acceptation du risque. Près de 12% estiment qu'il faudrait plus de personnel soignant.

De plus, 62% des ergothérapeutes souhaiteraient mettre en place d'autres moyens. 23% souhaiteraient installer des détecteurs de chutes et de mouvement, 23% souhaiteraient adapter et aménager l'environnement comme l'UVP et l'extérieur de l'établissement et 23% aussi aimeraient renforcer les activités motrices comme la gym douce et les TNM.



Hypothèses

Plusieurs hypothèses ressortent des résultats traités précédemment :

- 1) L'ancienneté des ergothérapeutes pourrait jouer sur le choix des moyens employés pour optimiser la liberté de déplacement.
- 2) Les moyens mis en place pour optimiser la liberté de déplacement pourraient être influencés par le sexe de l'ergothérapeute.
- 3) La formation et la sensibilisation des équipes soignantes sur la déambulation et les effets de la contention pourraient favoriser la liberté de déplacement.
- 4) L'utilisation de la technologie comme les détecteurs de chutes et de mouvements pourrait favoriser la liberté de déplacement.

Analyse statistique

Ici, il est maintenant question de vérifier deux hypothèses précédemment citées : la 1 et la 2. Pour vérifier la deuxième hypothèse, l'ANOVA ou l'analyse de variance est utilisée. Elle permet de tester la liaison entre une variable quantitative et une variable qualitative avec plus de deux modalités (68). L'ancienneté étant une variable quantitative et les moyens mis en place pour optimiser la liberté de déplacement étant une variable qualitative avec plusieurs modalités. Pour la troisième hypothèse, le test du Khi-deux d'indépendance est utilisé. Ce test permet de déterminer si deux variables qualitatives sont liées (69). Le sexe et les moyens utilisés étant deux variables qualitatives.

➤ ANOVA ou analyse de variance

Avant de l'appliquer, nous posons deux hypothèses, en lien avec notre hypothèse de base :

- Une hypothèse nulle, H0 : Les moyens mis en place sont les mêmes, qu'importe l'ancienneté de l'ergothérapeute
- Une hypothèse non nulle, H1 : Les moyens mis en place ne sont pas les mêmes selon l'ancienneté de l'ergothérapeute.

Ensuite, pour réaliser l'ANOVA ou l'analyse de variance, nous allons nous baser sur le tableau ci-dessous qui reprend les types de moyens utilisés par les ergothérapeutes selon leurs années d'ancienneté. Les chiffres correspondent au nombre de réponses. Ils sont laissés sous cette forme et non sous forme de pourcentage car les calculs se font à partir de moyenne.

| | | Temps | | |
|-----------------|-------------------------|------------|------------|----------------|
| | | 0 - 5 ans | 5 - 10 ans | Plus de 10 ans |
| Types de moyens | 1 | 16 | 6 | 8 |
| | 2 | 16 | 3 | 5 |
| | 3 | 9 | 1 | 0 |
| | 4 | 5 | 2 | 4 |
| | 5 | 5 | 1 | 2 |
| | 6 | 7 | 0 | 0 |
| | 7 | 3 | 2 | 1 |
| | 8 | 3 | 1 | 1 |
| | 9 | 3 | 0 | 0 |
| | 10 | 1 | 0 | 0 |
| | 11 | 1 | 0 | 0 |
| | Moyenne théorique μ | μ_1 | μ_2 | μ_3 |
| | Moyenne empirique | 6,27272727 | 1,45454545 | 1,909090909 |

Tableau 9. Moyens mis en place selon l'ancienneté de l'ergothérapeute (ANOVA)

Pour déterminer s'il y a un lien entre ces deux variables, il faut calculer la statistique de test T. Celle-ci, selon la théorie des probabilités, va suivre, suivant l'hypothèse nulle H0, une loi de Fisher avec (k-1, n-k) de degré de liberté.

La formule pour calculer la statistique de test T est la suivante :

$$F = \frac{\sum_{j=1}^k g_j (\bar{x}_{.j} - \bar{\bar{x}})^2 / (k - 1)}{\sum_{i=1}^N (x_{ij} - \bar{x}_{.j})^2 / (N - k)}$$

Moyenne empirique totale

Moyenne empirique

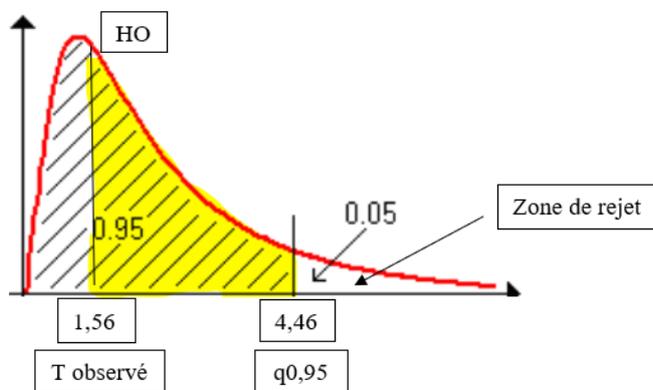
Nominateur = Somme des carrés des écarts interclasse, notée SCinter / (k-1). k étant le nombre de groupe.

Dénominateur = Somme des carrées des écarts intraclasse, notée $SC_{intra} / (n-k)$. n étant, ici le nombre de moyen mis en place.

Ici, $k = 3$ et $n = 11$

Pour réaliser cette formule, il faut donc calculer les moyennes empiriques, la moyenne empirique totale, SC_{inter} et SC_{intra} .

Résultats : La statistique de test $T = 1,56$ et suit une loi de Fisher à $(2,8)$ degré de liberté. Cette statistique est testée au seuil $\alpha = 0,05$. Selon la Table de Fisher, pour $(2,8)$ de degré de liberté, le quantile (q) est de 4,46.



Ainsi, $q_{0,95} > T$ observé. L'hypothèse nulle H_0 n'est donc pas rejetée : les moyens mis en place sont les mêmes, qu'importe l'ancienneté de l'ergothérapeute. Ces deux variables ne sont donc pas liées.

Notre hypothèse de base qui était « l'ancienneté des ergothérapeutes pourrait jouer sur le choix des moyens employés pour optimiser la liberté de déplacement » et dont découlait H_0 , est quant à elle rejetée.

➤ Test du Khi-deux d'indépendance

Comme précédemment, nous posons deux hypothèses, en lien avec notre hypothèse de base :

- Une hypothèse nulle, H_0 : il n'y a pas de relation entre le sexe de l'ergothérapeute et les moyens mis en place pour optimiser la liberté de déplacement.
- Une hypothèse non nulle, H_1 : il y a une relation entre le sexe de l'ergothérapeute et les moyens mis en place pour optimiser la liberté de déplacement.

Pour réaliser le test du Khi-deux, nous allons nous baser sur le tableau ci-dessous qui reprend les types de moyens utilisés par les ergothérapeutes selon leur sexe. Les données du tableau correspondent aux pourcentages évoqués dans l'analyse descriptive.

| | | Sexe | | |
|-----------------|----|-------|-------|-------|
| | | Femme | Homme | Total |
| Types de moyens | 1 | 29 | 30 | 59 |
| | 2 | 22,5 | 22 | 44,5 |
| | 3 | 11 | 4 | 15 |
| | 4 | 10 | 9 | 19 |
| | 5 | 7,5 | 9 | 16,5 |
| | 6 | 7,5 | 4 | 11,5 |
| | 7 | 5 | 9 | 14 |
| | 8 | 4 | 4 | 8 |
| | 9 | 2,5 | 4 | 6,5 |
| | 10 | 1 | 0 | 1 |
| | 11 | 0 | 4 | 4 |
| Total | | 100 | 100 | 200 |

*Tableau 10. Moyens mis en place selon le sexe de l'ergothérapeute : **Effectifs observés***

Le Khi-deux mesure la distance entre variables. Cette mesure suit une loi de Khi-deux à $(k-1)(l-1)$ degrés de liberté. Ici, $k = 11$ et $l = 2$. La formule est la suivante :

$$\chi^2 = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - n_{ij}^*)^2}{n_{ij}^*}$$

Effectif observé → n_{ij} ← n_{ij}^* Effectif attendu

Ainsi, pour calculer la distance du Khi-deux, il est nécessaire de déterminer les effectifs attendus. Pour cela, à partir du tableau précédent : Total colonne x Total ligne / Total.

| | | Sexe | |
|-----------------|----|-------|-------|
| | | Femme | Homme |
| Types de moyens | 1 | 29,5 | 29,5 |
| | 2 | 22,5 | 22,5 |
| | 3 | 7,5 | 7,5 |
| | 4 | 9,5 | 9,5 |
| | 5 | 8,25 | 8,25 |
| | 6 | 5,75 | 5,75 |
| | 7 | 7 | 7 |
| | 8 | 4 | 4 |
| | 9 | 3,25 | 3,25 |
| | 10 | 0,5 | 0,5 |
| | 11 | 2 | 2 |

*Tableau 11. Moyens mis en place selon le sexe de l'ergothérapeute : **Effectifs attendus***

Résultats : La distance du Khi-deux = 4,9146 et suit une loi de Khi-deux à 10 degré de liberté. Le seuil de significativité est fixé à 0,05. Selon la Table du Khi-deux, pour 10 de degré de

liberté et un seuil de significativité à 0,05, la valeur tabulée de la statistique de Khi-deux est de 18,31.

Ainsi, la valeur tabulée est supérieure à la distance du Khi-deux mesurée. L'hypothèse nulle n'est donc pas rejetée. Il n'y a pas de relation entre le sexe de l'ergothérapeute et les moyens mis en place pour optimiser la liberté de déplacement. Ces deux variables sont indépendantes.

4 Discussion

Pour rappel, la question de recherche était : « Quels sont les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, lorsque celle-ci, résidant en EHPAD, présente un risque de chute ? ». Un objet de recherche était alors défini : « Etude sur les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant un risque de chute en EHPAD ».

Interprétation des résultats et éléments de réponses à l'objet de recherche

Les résultats obtenus démontrent que la totalité des ergothérapeutes interrogés met en place des moyens pour optimiser la liberté de déplacements de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Les principaux moyens utilisés pour y parvenir sont la mise en place d'aides techniques au déplacement et notamment le fauteuil roulant en mode podal, des actions sur l'environnement comme la sécurisation des zones de déambulation, le chaussage adapté et l'accompagnement au déplacement. Toutefois, ces moyens ne seraient pas spécifiques à ces personnes mais à tous les résidents de l'EHPAD confondus. Il n'y aurait donc pas de différence entre les résidents déments et non déments, concernant la liberté de déplacement. Dans la majorité des cas, ces moyens seraient efficaces et seraient acceptés par les résidents, malgré une incompréhension de leur part. Ils dépendraient principalement des capacités cognitives du résident, des équipes soignantes et des moyens financiers. Ainsi, sachant que ces moyens mis en place contribueraient à la liberté de déplacement du résident atteint de démence présentant un risque de chute, celle-ci pourrait donc aussi dépendre du résident, des équipes soignantes et des moyens financiers. De plus, concernant les hypothèses vérifiées dans l'analyse statistique, le sexe et l'ancienneté de l'ergothérapeute n'influenceraient pas le choix des moyens mis en place, contrairement à ce qui avait été supposé dans l'analyse descriptive. Pour rendre d'avantage efficaces les moyens mis en place, une sensibilisation des équipes soignantes, no-

tamment sur la déambulation, les contentions et les chutes, serait nécessaire. De plus, l'utilisation de la technologie, comme les détecteurs de chutes et de mouvements, serait actuellement peu utilisée par les ergothérapeutes mais pourrait être un outil pour optimiser la liberté de déplacement des résidents. Cela rejoint une étude de Mirando-Duro et al, réalisée en 2021, dont les résultats stipulaient que la technologie serait un domaine émergeant dans la prévention des chutes (29). Une nouvelle enquête serait alors nécessaire afin de mesurer l'influence et les effets de l'utilisation de la technologie sur la liberté de déplacement. Concernant l'UVP et pour une majorité des personnes, celle-ci contribuerait à la liberté de déplacement. Cela concorde avec les propos de Poch et al, cités dans le cadre le théorique, où les UVP permettraient une circulation libre et sécurisée des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec une désorientation et une déambulation importantes (58). De plus, en EHPAD, la restriction de la liberté de déplacement serait principalement liée, après les facteurs environnementaux, à la crainte du personnel, en lien avec les chutes, rejoignant ainsi les données du cadre théorique. En effet, selon Lacour, la nécessité d'assurer la sécurité des résidents conduirait le personnel à limiter la liberté de déplacement (56). De plus, selon Soyer, la crainte de la chute serait le premier motif de la mise en place d'une contention (63). En pratique, les contentions seraient rarement utilisées pour prévenir les chutes ou limiter les déambulations. Or, selon l'ANAES, la prévalence de la contention varie de 19% à 84,6% en établissement de long séjour pour les personnes âgées (70). Néanmoins, l'utilisation des contentions varierait selon les établissements. Celles-ci ne seraient pas efficaces pour prévenir les chutes sur le long terme. Cela rejoint l'un des écrits de Soyer où il est mentionné que les contentions physiques passives entraîneraient des chutes plus fréquentes et plus graves (63). De plus, contrairement à Vendevre-Bauters, cité dans le cadre théorique, où la démence serait considérée en première intention (49), en pratique et en EHPAD, le risque de chute serait autant voire d'avantage pris en compte que la démence dans le suivi de la personne.

Discussion des résultats et critiques du dispositif de recherche

Malgré les outils mis en place pour minimiser les biais, des erreurs ont pu être commises. Les résultats de cette recherche doivent donc être considérés avec prudence.

➤ Matériel et méthode

Malgré le fait que le questionnaire ait été essayé par des ergothérapeutes et que les questions aient été travaillées plusieurs fois, l'une d'entre elles n'a pas été comprise par quelques participants : « De quoi dépendent les moyens mis en place ? ». Ainsi, le biais méthodologique n'a pu

être évité entièrement. De plus, il se pourrait qu'il y ait eu un biais de désirabilité sociale, introduit par la question suivante : « Une contention est-elle mise en place dans votre établissement lorsque le résident est atteint de démence(s) et qu'il présente un risque de chute ? », dont les modalités de réponses étaient : oui toujours, oui souvent, oui rarement, non jamais, je ne sais pas. En effet, 66% des participants ont estimé que la contention était rarement mise en place alors que l'ANAES estime que la prévalence de la contention en EHPAD varie de 19% à 84,6% (70).

De plus, la méthode d'échantillonnage étant l'effet boule de neige, le questionnaire a été diffusé par mail et sur les réseaux sociaux, atteignant alors uniquement les ergothérapeutes connectés. Cette méthode a donc exclu les ergothérapeutes n'ayant pas accès à internet. De plus, des ergothérapeutes ne se sentant pas concernés par ce sujet ont pu ne pas répondre au questionnaire. Seulement 47 ergothérapeutes ont donc répondu. Cet échantillon étant trop faible pour généraliser les résultats obtenus. Ainsi, des biais d'échantillonnage ont été rencontrés.

➤ Analyse descriptive

Concernant les réponses aux questions ouvertes du questionnaire, celles-ci ont été regroupées en différentes modalités afin de faciliter l'analyse et la distribution de fréquence. Pour réaliser cette dernière, aucun logiciel n'a été utilisé pour compter le nombre de fois où les réponses revenaient parmi les participants. Ainsi, des erreurs ont pu être commises au niveau du regroupement des réponses et des calculs.

➤ Analyse statistique

Cette analyse, réalisée avec l'ANOVA et le test du Khi-deux, a démontré que le sexe et l'ancienneté des ergothérapeutes, en EHPAD, n'influençaient pas le choix des moyens mis en place pour optimiser la liberté de déplacement des résidents atteints de démence et présentant un risque de chute. Toutefois, l'échantillon étant seulement de 47, ces résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Ainsi, une nouvelle étude à plus grande échelle serait nécessaire afin de confirmer ou non que le sexe et l'ancienneté des ergothérapeutes n'influencent pas le choix des moyens mis en place. De plus, les résultats numériques obtenus doivent être considérés avec prudence car certaines données ont été arrondies afin de faciliter les calculs.

Apports, intérêts et limites de la recherche

L'échantillon étant non probabiliste et non représentatif de la population visée, les résultats obtenus ne sont pas transférables à l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en EHPAD. De plus, avec un échantillon non probabiliste, il est nécessaire d'être prudent dans l'analyse des résultats (71). Celui-ci est donc une limite de cette recherche. Ainsi, si cette recherche était à refaire, un échantillonnage probabiliste serait utilisé. En effet, celui-ci permet de produire des estimations fiables et de faire des inférences statistiques au sujet de la population (72). De plus, cet échantillonnage pourrait être utilisé dans une nouvelle enquête afin de confirmer ou de valider tous les résultats obtenus. Ainsi, cette recherche ne permet pas d'apporter des éléments de réponses à la question et à l'objet de recherche de manière fiable et représentative. En attendant, à petite échelle, cette recherche nous a permis de remarquer que la liberté de déplacement était présente dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD. Cette recherche a aussi permis de mettre en avant que cette liberté pouvait être remise en question. En effet, celle-ci dépendrait en partie des moyens mis en place à cet effet, qui eux dépendraient de certains facteurs comme ceux liés au résident, au personnel soignant et au budget financier de l'établissement. Cela a également permis de supposer que la sensibilisation des soignants sur la déambulation, les contentions et les chutes, serait importante pour favoriser la liberté de déplacement et que l'utilisation de la technologie pourrait éventuellement contribuer à celle-ci.

Propositions, transférabilités pour la pratique professionnelle

Ainsi, pour la pratique professionnelle, il serait nécessaire que chaque ergothérapeute exerçant en EHPAD soit ou se sente impliqué dans la liberté de déplacement des résidents et plus particulièrement de ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, où celle-ci est plus remise en question que pour les autres. Cette implication favoriserait ou optimiserait cette liberté. En effet, comme il a été vu précédemment, les moyens mis en place par les ergothérapeutes y contribueraient, et ce, de manière efficace. Pour rappel, les principaux moyens mis en place étaient les aides techniques au déplacement et plus particulièrement les fauteuils roulants manuels en mode podal, où le résident peut se déplacer avec ses pieds tout en étant assis, le chaussage adapté et l'aménagement de l'environnement comme les zones de déambulation. De plus, optimiser la liberté de déplacement signifie, en partie, optimiser la déambulation. Celle-ci étant nécessaire voire primordiale pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, notamment pour contenir leur anxiété. L'empêcher provoquerait des troubles du comportement comme de la violence, de l'apathie, de l'opposition et du refus. Ceux-ci s'accompagneraient d'une aggravation des troubles cognitifs (58). Ainsi, pour la pratique professionnelle

et pour le suivi du résident, il semble essentiel de prendre en compte l'importance et l'intérêt de la déambulation, afin d'accompagner au mieux la personne.

Pour la pratique professionnelle, il serait également intéressant que les équipes soignantes, en EHPAD, soient sensibilisées ou formées sur les moyens mis en place pour une meilleure utilisation de ceux-ci ainsi que sur les effets de la contention physique et de l'intérêt de la déambulation pour la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. En effet, les contentions passives entraîneraient des chutes plus fréquentes et plus graves (63). Elles aggraveraient également l'état du résident atteint de démence en empêchant la déambulation (49).

Il serait également intéressant que de nouvelles recherches sur l'utilisation de la technologie soient réalisées afin d'apprécier ou non ses effets sur la prévention des chutes et sur la liberté de déplacement. En effet, la technologie pourrait-elle jouer un rôle significatif dans la prévention des chutes ? Pourrait-elle influencer la liberté de déplacement du résident en EHPAD ?

Bibliographie

1. Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 août 2015;15(88):188-90.
2. Messy J. L'accompagnement et la prise en soin. *L'âge et la vie - Prendre soin des personnes âgées et des autres*. 12 oct 2020;65-115.
3. TO_arrete_5_juillet_2010.pdf [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf
4. note_methodologique_polyopathie_de_la_personne_agee.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polyopathie_de_la_personne_agee.pdf
5. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? *Gerontologie et societe*. 6 oct 2011;34 / n° 138(3):127-42.
6. OMS | Vieillessement [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
7. Prevention_chutes_recos.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
8. Robin D. III. Qu'est-ce qu'une institution ? *Souffrance et theorie*. 2013;71-98.
9. Blain H. Centre Régional « Équilibre et Prévention de la chute de la personne âgée ». *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 1 sept 2015;58:e110-1.
10. chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf
11. chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf
12. Comment prévenir les chutes des personnes âgées ? [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/seniors/prevenir-chutes-personnes-agees>
13. La prévention des chutes [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.pour-bienvieillir.fr/la-prevention-des-chutes>
14. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>

15. Conseils de prévention, aides, droits : une campagne pour informer les personnes âgées et leurs proches [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/conseils-de-prevention-aides-droits-une-campagne-pour-informer-les-personnes-agees-et-leurs-proches>
16. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
17. Pons X, Hermabessière S, Rolland Y. Évaluation du risque de chute et de fracture chez la personne âgée en institution. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 mars 2019;19(207):21-8.
18. Boudes C, Beauseigneur M. Prévention des chutes dans la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 mars 2019;19(207):29-39.
19. Kinésithérapie, la revue - Présentation - EM consulte [Internet]. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/revue/KINE/presentation/kinesitherapie-la-revue>
20. Lee SL, Omar M, Mhd-Ali A, Mohd MB. The Use of Fall Risk-Increasing Drugs among Older People in Nursing Homes. *JSM*. 30 juin 2020;49(6):1381-8.
21. Welcome to Sains Malaysiana Sites [Internet]. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ukm.my/jsm/index.html>
22. Subramanian MS, Singh V, Chatterjee P, Dwivedi SN, Dey AB. Prevalence and predictors of falls in a health-seeking older population: An outpatient-based study. *AGING MEDICINE*. 2020;3(1):28-34.
23. AGING MEDICINE [Internet]. Wiley Online Library. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/24750360>
24. Lee J, Negm A, Peters R, Wong EKC, Holbrook A. Deprescribing fall-risk increasing drugs (FRIDs) for the prevention of falls and fall-related complications: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 10 févr 2021;11(2):e035978.
25. BMJ Open | A leading multidisciplinary medical journal [Internet]. BMJ Open. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur: <http://bmjopen.bmj.com/pages/>
26. Toots A, Wiklund R, Littbrand H, Nordin E, Nordström P, Lundin-Olsson L, et al. The Effects of Exercise on Falls in Older People With Dementia Living in Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*. 1 juill 2019;20(7):835-842.e1.
27. Aims and Scope: Journal of the American Medical Directors Association [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.jamda.com/content/aims>
28. Díaz LB, Casuso-Holgado MJ, Labajos-Manzanares MT, Barón-López FJ, Pinero-Pinto E, Romero-Galisteo RP, et al. Analysis of Fall Risk Factors in an Aging Population Living in Long-Term Care Institutions in SPAIN: A Retrospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. oct 2020 [cité 25 févr 2021];17(19). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579165/>

29. Miranda-Duro M del C, Nieto-Riveiro L, Concheiro-Moscoso P, Groba B, Pousada T, Canosa N, et al. Occupational Therapy and the Use of Technology on Older Adult Fall Prevention: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. janv 2021 [cité 3 avr 2021];18(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7830762/>
30. MDPI | Information for Authors [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/authors>
31. Swancutt DR, Hope SV, Kent BP, Robinson M, Goodwin VA. Knowledge, skills and attitudes of older people and staff about getting up from the floor following a fall: a qualitative investigation. *BMC Geriatr.* déc 2020;20(1):385.
32. BMC Geriatrics [Internet]. BMC Geriatrics. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/about>
33. Ardic T. Chutes répétées de la personne âgée. //www.em-premium.com/data/revues/11663413/v32i198/S1166341318301362/ [Internet]. 13 juill 2018 [cité 16 mai 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1226564>
34. L'aide-soignante - Présentation - EM consulte [Internet]. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/revue/AIDSOI/presentation/l-aide-soignante>
35. Desramault F, Coquisart L, Mourey F. Les tests cliniques d'évaluation gériatrique sont-ils prédictifs de la capacité à se relever du sol chez le sujet âgé ? *Kinésithérapie, la Revue.* 1 avr 2017;17(184):30-1.
36. Brika M, Mourey F, Kubicki A. Relever du sol et maladie d'Alzheimer. *Kinésithérapie, la Revue.* 1 avr 2017;17(184):29-30.
37. EHPAD - Votre métier - INRS [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/ehpad.html>
38. Eymard C. Initiation à la recherche en soin et santé. Lamarre; 2003. 243 p. (Fonction cadre de santé).
39. Bédard SK, (D), Larivière C. Validation of the IPC65 questionnaire: a tool to measure interdisciplinarity in clinical practice. *Sante Publique.* 2013;25(6):763-73.
40. Vedel I, Lechowski L, Simon I, Lazarovici C, Stampa M de, Pedrono V, et al. La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES. *Gerontologie et societe.* 2006;29116(1):153-60.
41. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
42. Qu'est-ce que la psychologie ? [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.unil.ch/ip/fr/home/menuinst/linstitut/quest-ce-que-la-psychologie.html>

43. Gériatrie [Internet]. Elsan. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/patients/geriatrie>
44. Ferrey G, Le Gouès G. Psychopathologie du sujet âgé. 6e édition. Masson; 2008. 384 p. (Les âges de la vie).
45. Fantini-Hauwel C, Gély-Nargeot MC, Raffard S. Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante. Dunod; 2020. 224 p. (Univers Psy).
46. Mallet R. La démence. Paris: Armand Colin; 1935. 176 p. (Armand Colin).
47. Delamarre C. Démence et projet de vie : Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Dunod; 2015. 224 p. (Santé Social).
48. Clément JP, Calvet B. Psychiatrie de la personne âgée. 2e édition. Lavoisier; 2019. 720 p. (Psychiatrie).
49. Vendeuvre-Bauters I. A l'écoute des mots de la démence: Expression d'une crise existentielle. Lyon: Chronique Sociale; 2007. 221 p. (Comprendre les personnes).
50. Choque J. Prévention des chutes des personnes âgées en institutions: Hôpital, Ehpad, maison de retraite. Lamarre; 2017. 194 p.
51. Le Brun T. Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD. Le Coudrier; 2018. 186 p. (Partage d'expériences).
52. Darnaud T. L'entrée en maison de retraite : Lecture systémique du temps de l'accueil. 4e édition. Esf; 2017. 191 p. (Art de la psychothérapie).
53. Messy J. La maison du bout de la vie [Internet]. Érès; 2020 [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-maison-du-bout-de-la-vie--9782749267937.htm>
54. Billé M. L'EHPAD : dernière mise en demeure ou mise en dernière demeure ? Sens-Des-sous. 16 mars 2016;17(1):57-66.
55. Doutreligne S. Regards ethnologiques sur les maisons de retraite. Horizons strategiques. 2006;1(1):98-111.
56. Lacour C. La liberté d'aller et venir en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. Érès; 2012 [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/alzheimer-ethique-et-societe--9782749234953-page-365.htm>
57. Ladiesse M, Léonard T, Birmelé B. Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement. Éthique & Santé. 1 sept 2020;17(3):147-54.
58. Poch B, Moulias R, Monfort JC. Liberté d'aller et venir et Unités Alzheimer en EHPAD : aspects éthiques et bonnes pratiques. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 juin 2018;18(105):183-8.
59. Boyer MN, Bellemare L. La prévention des chutes et l'avancée en âge. In: Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques. Marseille: Solal; 2009. p. 203-23. (ergothérapie).

60. Ribadier A, Sainjeon-Cailliet S. Identité et chute de la personne âgée [Internet]. Érès; 2011 [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/protéger-et-construire-l-identite-de-la-personne--9782749214733-page-49.htm>
61. Puisieux F. Chapitre 9 : Trouble de la marche, chutes et fractures chez les sujets âgés. In: Le vieillissement. Med-Line Editions; 2003. p. 149-67. (Modules Med-Line).
62. Taillandier J. Chapitre 26 : Prévention des chutes. In: Gériologie préventive : Eléments de prévention du vieillissement pathologique. 2e édition. Masson; 2009. p. 259-65. (Abrégés).
63. Soyer L. En milieu gériatrique. In: Contention et privation de liberté des personnes soignées : Application en institution et à domicile. Lamarre; 2021. p. 172-208. (soigner et accompagner).
64. La profession – ANFE [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
65. Une alternative : la méthode de la boule de neige - le blog de Questio [Internet]. Blog de Questio. 2016 [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://blog.questio.fr/alternative-methode-de-la-boule-de-neige>
66. Debout C. Méthodologie quantitative et études descriptives simples. Soins. 2012;768:55-60.
67. La profession – ANFE [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
68. Comment étudier la liaison entre une variable quantitative et une variable qualitative ? [Internet]. ALLIAGE. 2021 [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.alliage-ad.com/data-science/comment-etudier-la-liaison-entre-une-variable-quantitative-et-une-variable-qualitative/>
69. Le test du khi-deux [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: https://www.jmp.com/fr_fr/statistics-knowledge-portal/chi-square-test.html
70. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
71. Statistiques en sciences humaines et sociales avec R, Jean-Herman Guay [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <https://dimension.usherbrooke.ca/pages/73>
72. Gouvernement du Canada SC. 3.2.2 Échantillonnage probabiliste [Internet]. 2021 [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/prob/5214899-fra.htm>

Annexes

Annexe 1 : Tableau de synthèse (Revue de littérature)

Articles sélectionnés grâce à l'équation de recherche :

| Sources | Niveau de scientificité | Thème | Population | Méthode utilisée | Approche théorique | Principaux résultats | Question, dimension qui n'est pas abordée |
|--|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|--|---|
| <p>1) <u>Titre</u> : Évaluation du risque de chute et de fracture chez la personne âgée en institution (17)</p> <p><u>Base de données</u> : ScienceDirect via Summon</p> <p><u>Auteurs</u> : Xavier Pons, Sophie Hermabessière, Yves Rolland</p> <p><u>Année</u> : 2019</p> <p><u>Revue</u> : Kinésithérapie, la</p> | + | Risque de chute et de fracture | Personnes âgées en institution | Synthèse de données probantes | <p>1) Les chutes en institution sont un problème majeur</p> <p>2) Les caractéristiques des chutes en institution</p> <p>3) Évaluation clinique du risque de chute</p> <p>4) Évaluation grâce</p> | <p>1) Les tests cliniques prédictifs de futurs chuteurs sont peu fiables</p> <p>2) La connaissance des facteurs de risque spécifiques de l'institution est indispensable</p> <p>3) Les comorbidités associées à l'iatrogénie expliquent en grande partie le nombre de chutes</p> | Le déficit visuel n'est pas abordé dans les facteurs de risque de chutes. De plus, il est mentionné que les caractéristiques des chutes en institution diffèrent de celles à domicile. Or, quelles sont-elles ? En effet, les caractéristiques des chutes à domicile ne sont pas précisées. Ainsi, le risque de chute en rapport avec un déficit visuel serait-il plus dominant à |

| | | | | | | | |
|--|---|----------------------|--------------------|--------------|--|--|--|
| revue (dossier : nécessités de l'âge en institution) | | | | | aux facteurs de risque de chutes 5) Evaluation du risque de chute grave et risque de fracture 6) Evaluation technologique du risque de chute | 4) la prévalence élevée de l'ostéoporose chez les résidents impose une évaluation conjointe du risque de chute et de fracture 5) La validité de l'évaluation du risque de chute par la technologie est à démontrer 6) Les caractéristiques des chutes en institution différent de celles à domicile. 7) Prévention nécessaire | domicile qu'en institution ? Les contentions physiques ne sont pas non plus abordées en facteurs de risque de chutes. |
| 2) Titre : The Use of Fall | + | Médication et chutes | Personnes âgées de | Quantitative | 1) Chute de la | Le risque accru de chute serait | Les contentions physiques ne |

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|---|---|
| <p>Risk-Increasing Drugs among Older People in Nursing Homes (20)</p> <p><u>Base de données</u> : Summon</p> <p><u>Auteurs</u> : Lee et al.</p> <p><u>Année</u> : 2020</p> <p><u>Revue</u> : Sains Malaysiana</p> | | | <p>65 ans et plus en institution (Malaisie) (Échantillon : 212 résidents)</p> | | <p>personne âgée</p> <p>2) Médication de la personne âgée en institution</p> | <p>en lien avec :</p> <p>1) La longueur du séjour en établissement (inférieure à un an)</p> <p>2) L'état de fragilité (statut de fragile et pré-fragile)</p> <p>3) Le nombre de médicaments pris au total et le nombre de médicaments nécessaire</p> <p>Les inhibiteurs du système rénine angiotensine et l'initiation aux antihypertenseurs augmenteraient</p> | <p>sont pas abordées dans les risques de chute en Malaisie. Tout comme les déficits visuels. De plus, ces mêmes résultats sont-ils retrouvés dans d'autres pays ? Ou sont-ils propres à la Malaisie ?</p> |
|---|--|--|---|--|--|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|---|---|---|---|
| | | | | | | le risque de chute. | |
| <p>3) <u>Titre</u> :</p> <p>Prevalence and predictors of falls in a health-seeking older population : An outpatient-based study (22)</p> <p><u>Base de données</u> : Summon</p> <p><u>Auteurs</u> : Subramanian et al</p> <p><u>Année</u> : 2020</p> <p><u>Revue</u> : Aging Medicine</p> | + | Facteurs de risque de chutes | Personnes âgées de 60 ans et plus en ambulatoire, en Inde (Echantillon : 160) | Mixte (variables qualitatives et quantitatives) | Chutes (définition, santé publique, OMS, prévalence, ...) | Facteurs de risque de chutes : 1) Affections chroniques (douleurs articulaires, diabète, déficience visuelle) 2) Médication (ex : opioïde, antiangineux) 3) Etat fragile 4) Peur de tomber 5) Démence, dépression, malnutrition 6) Difficultés dans les AVQ 7) Régime de retraite indépendant 8) Travail indépendant 9) Être une femme | Les contentions physiques ne sont pas abordées dans les risques de chute en Inde. De plus, parmi les 160 participants, est-ce qu'il y a des résidents d'EHPAD ? En effet, dans l'étude il est mentionné « en ambulatoire » mais nous n'avons pas plus d'informations. De plus, ces mêmes résultats sont-ils retrouvés dans d'autres pays ? Ou sont-ils propres à l'Inde ? |

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|----------------------|---|---|--|
| | | | | | | Facteurs de protection : 1)Bon niveau nutritionnel 2)Avoir un aidant | |
| 4) <u>Titre:</u> Deprescribing fall-risk increasing drugs (FRIDs) for the prevention of falls and fall-related complications : a systematic review and meta-analysis (24) <u>Base de données :</u> PMC via PubMed <u>Auteurs:</u> J. Lee, A. Negm, R. Peters, E. K C Wong, A. Holbrook | + | Médicaments à risque de chute et prévention des chutes et de leurs complications | Personnes âgées de 65 ans et plus de tous les milieux. (Au total, il y avait 1305 participants dans les 5 essais retenus) | Revue de littérature | Chutes et médicaments à risque de chute | Suspendre les médicaments à risque de chute entraînerait peu ou pas de différence dans le taux ou le risque de chutes en tant que stratégie unique de réduction des chutes. (Attention, il est mentionné qu'il y a un manque de preuve) | Il n'est pas précisé dans quels pays ont été fait les différents essais. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|--------------|---|---|---|
| <p><u>Année</u> : 2021</p> <p><u>Revue</u> : BMJ</p> <p>Open</p> | | | | | | | |
| <p>5) <u>Titre</u> : The Effects of Exercise on Falls in Older People With Dementia Living in Nursing Homes : A Randomized Controlled Trial (26)</p> <p><u>Base de données</u> : Science Direct</p> <p><u>Auteurs</u> : Toots et al.</p> <p><u>Année</u> : 2019</p> <p><u>Revue</u> : Journal de l'american medical directors association (JAMDA)</p> | + | Les effets de l'exercice sur les chutes | Personnes âgées de 65 ans et plus, atteintes de démence, vivant en EHPAD, en Suède. (Echantillon : 186 participants) | Quantitative | <p>1) Personnes âgées atteintes de démence</p> <p>2) Chutes et conséquences</p> <p>3) Exercices physiques</p> | <p>Un programme d'exercices fonctionnels de haute intensité à lui seul n'empêche pas les chutes. De plus, aucune différence dans les effets de l'exercice n'a été constatée selon le sexe, le type de démence ou l'amélioration de l'équilibre.</p> | <p>Ces résultats s'appliquent-ils à d'autres pays ?</p> |

| | | | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|--------------|---|--|--|
| <p>6) <u>Titre</u> :</p> <p>Analysis of Fall Risk Factors in an Aging Population Living in Long-Term Care Institutions in SPAIN : A Retrospective Cohort Study (28)</p> <p><u>Base de données</u> : PMC via Summon</p> <p><u>Auteurs</u> : Diaz et al.</p> <p><u>Année</u> : 2020</p> <p><u>Revue</u> : International Journal of Environmental Research and Public Health</p> | + | Facteurs de risque de chutes | Personnes âgées de 70 ans et plus vivant dans des établissements de soins de longue durée en Espagne. (Echantillon : 2849 sujets) | Quantitative | 1) Syndromes gériatriques 2) Chute de la personne âgée | Facteurs de risque de chutes : 1) Être une femme 2) Capacité d'équilibre et de démarche 3) Statut cognitif 4) Nombre de médicaments L'échelle Tinetti et le MMSE pourraient être considérés comme de bons outils pour le dépistage des risques de chutes. | Plusieurs aspects ne sont pas abordés comme la peur de tomber, l'environnement, les troubles visuels (autres que la cécité complète), ... De plus, les critères comme : les séquelles physiques liées à une maladie neurologique, l'existence de troubles psychiatriques, la cécité complète et la contention ont été exclus. Or, ces critères étant exclus, pouvons-nous tout de même les considérer comme des facteurs de risque de chutes ? De plus, ces résultats peuvent- |
|---|---|------------------------------|---|--------------|---|--|--|

| | | | | | | | ils s'appliquent à d'autres pays ? |
|--|---|--|---|----------------------|--|---|---|
| <p>7) <u>Titre</u> : Occupational Therapy and the Use of Technology on Older Adult Fall Prevention : A Scoping Review (29)</p> <p><u>Base de données</u> : PMC via Summon</p> <p><u>Auteurs</u> : Mirando-Duro et al.</p> <p><u>Année</u> : 2021</p> <p><u>Revue</u> : International Journal of Environmental Research and Public Health</p> | + | Technologie et prévention des chutes en ergothérapie | Personnes âgées en logement communautaire ou en institution. (12 études utilisées : USA, Europe, Ecosse, Suède, Royaume Unis, Belgique, Tunisie, Australie) | Revue de littérature | <p>1) Vieillesse de la population</p> <p>2) Chutes</p> <p>3) Facteurs de risque de chutes</p> <p>4) Prévention des chutes</p> <p>5) Programmes multifactoriels</p> | <p>1) La littérature disponible sur la prévention des chutes chez les personnes âgées utilisant la technologie est rare.</p> <p>2) L'utilisation de la technologie en ergothérapie est un domaine émergent.</p> <p>3) La technologie utilisée dans les études peut être classée comme développement de logiciels, télé-santé, matériel multi-média et</p> | <p>Le nombre total de participants n'est pas mentionné.</p> <p>De plus, pouvons-nous considérer l'utilisation de la technologie en ergothérapie comme thérapie non médicamenteuse (TNM) dans la prévention des chutes ou dans les syndromes post chutes ?</p> |

| | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------------------|-------------|-----------------------------|---|---|
| | | | | | | <p>dispositifs technologiques commerciaux.</p> <p>4) La prévention des chutes chez les personnes âgées est un élément essentiel des interventions contre les risques de chutes</p> <p>5) L'ergothérapie et l'utilisation de la technologie peuvent grandement contribuer aux programmes interprofessionnels de prévention des chutes.</p> | |
| 8) <u>Titre</u> : Knowledge, skills and attitudes of | + | Connaissances, compétences et | Personnes âgées de 65 ans et | Qualitative | Chutes et se relever du sol | 1) La capacité des gens à se relever après une | Il n'est pas mentionné si des personnes |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>older people and staff about getting up from the floor following a fall: a qualitative investigation (31)</p> <p><u>Base de données</u> : Summon</p> <p><u>Auteurs</u> : Swancutt et al.</p> <p><u>Année</u> : 2020</p> <p><u>Revue</u> : Gériatrie BMC</p> | | <p>attitudes des personnes âgées et du personnel sur la façon de se relever après une chute.</p> | <p>plus vivant dans le Devon (Angleterre) ayant l'expérience d'une chute avec l'incapacité de se lever (avec ou sans blessure)</p> <p>Echantillon : 28</p> | | | <p>chute est affectée par une combinaison de capacités physiques, d'auto-efficacité et de leur environnement physique et social dans un contexte de décision (savoir quand, comment se relever)</p> <p>2) L'enseignement d'interventions visant à modifier la nature de la réponse des individus à une chute pourrait être bénéfique pour améliorer l'indépendance personnelle</p> | <p>âgées institutionnalisées sont incluses dans l'étude. Ainsi, ces résultats sont-ils transférables aux personnes institutionnalisées ?</p> <p>De plus, ces résultats peuvent-ils s'appliquer à d'autres pays ?</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|-----|---|-----------------|---------------------|--------------------------|--|--|
| <p>9) <u>Titre</u> :</p> <p>Chutes répétées de la personne âgée (33)</p> <p><u>Base de données</u> : EM Premium via Summon</p> <p><u>Auteurs</u> : Talin Ardic</p> <p><u>Année</u> : 2018</p> <p><u>Revue</u> : L'aide-soignante</p> | +/- | Les chutes répétées de la personne âgée | Personnes âgées | Synthèse de données | Chute et Chutes répétées | <p>1) Les causes : facteurs intrinsèques, extrinsèques. La chute répétée à une explication multifactorielle</p> <p>2) Les conséquences : traumatismes physiques, escarres, hypothermie, syndrome de désadaptation psychomotrice, peur de chuter, ...</p> <p>3) Evaluation du risque : test timed up and go, l'échelle de l'équilibre de Berg, l'échelle de</p> | <p>Les contentions physiques ne sont pas abordées dans les risques de chutes ou les conséquences (→ perte d'autonomie). Toutefois, il est mentionné, dans les facteurs extrinsèques, « origine environnementale ». Ainsi, les contentions peuvent-elles être incluses dans cette catégorie ?</p> |
|--|-----|---|-----------------|---------------------|--------------------------|--|--|

| | | | | | | | |
|---|---|--|------------------------------|-------------------------------|--|--|--|
| | | | | | | <p>chute de Morse</p> <p>4) Conduites à tenir face aux risques de chutes : désencombrement de l'environnement, chaussage adéquat, barrières lit, ...</p> <p>5) Prise en charge de la chute est pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ...)</p> | |
| 10) <u>Titre</u> : Prévention des chutes dans la maladie d'Alzheim | + | La prévention des chutes dans la maladie | Personnes âgées avec maladie | Synthèse de données probantes | 1) Exercices physiques 2) Démence : | 1) L'atelier collectif de gymnastique et d'équilibre favorable | Les résultats sont-ils les mêmes pour les personnes âgées sans démence ? |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|
| <p>mer et syndromes apparentés (18)</p> <p><u>Base de données :</u> Science Direct via Summon</p> <p><u>Auteurs :</u> C. Boudes, M. Beauseigneur</p> <p><u>Année :</u> 2019</p> <p><u>Revue :</u> Kinésithérapie la Revue (dossier : nécessités de l'âge en institution)</p> | | <p>d'Alzheimer et syndromes apparentés</p> <p>(Atelier collectif de gymnastique et d'équilibre)</p> | <p>d'Alzheimer et syndromes apparentés</p> | | <p>Alzheimer, à corps de Lewy</p> <p>3) Vieillessement de la fonction d'équilibration : maintien de l'équilibre, Déficiences sensorielles, Atteinte du système nerveux central, diminution de la capacité physique</p> <p>4) Neurones miroirs</p> | <p>rise l'interaction du groupe, l'activation du système miroir et permet de solliciter les capacités motrices restantes mais également cognitives en étant réalisé à un rythme régulier.</p> <p>2) L'activité physique dans la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés pourrait avoir un effet positif sur les capacités physiques, la prévention des chutes mais aussi</p> | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | sur certaines mesures cognitives et aspects du comportement 3) aucun consensus sur le programme de rééducation motrice de référence pour patients atteints de démence n'a été établi. | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Recherches opportunistes, articles sélectionnés sans l'équation de recherche

| Sources | Niveau de scientificité | Thème | Population | Méthode utilisée | Approche théorique | Principaux résultats | Question, dimension qui n'est pas abordée |
|---|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------|---|--|--|
| <u>Titre</u> : Les tests cliniques d'évaluation gériatrique sont-ils prédictifs de la | + | Le relevé du sol (RDS) chez la | Personnes âgées de 58 à 99 ans | Quantitative | Le RDS est un élément incontournable de | Le score au TMM (Test Moteur Minimum) est prédictif de la réussite | Ces résultats sont-ils transférables aux personnes âgées institutionnalisées ? Qu'est ce |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|---------------------|--|--|--|
| <p>capacité à se relever du sol chez le sujet âgé ? (35)</p> <p><u>Base de données :</u> Science Direct via Summon</p> <p><u>Auteurs :</u> F. Desramault, L. Coquisart, F. Mourey</p> <p><u>Année :</u> 2017</p> <p><u>Revue :</u> Kinésithérapie, la Revue</p> | | <p>personne âgée</p> | <p>(échantillon :98) en SSR</p> | | <p>la rééducation du sujet âgé fragile.</p> | <p>ou de l'échec au relever du sol, contrairement au test de Tinetti, Time up and go test, à la vitesse de marche et à l'âge. Un score élevé au TMM est un bon indicateur pour le RDS.</p> | <p>qui différencierait entre le SSR et l'institution, comme l'EHPAD ?</p> |
| <p>Titre : Relever du sol et maladie d'Alzheimer (36)</p> <p>Base de données : Science Direct via Summon</p> | + | <p>Le relever du sol chez le sujet âgé fragile présentant un trouble cognitif</p> | <p>Personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) (Échantillon : 16)</p> | <p>Quantitative</p> | <p>L'incapacité à se relever du sol provient régulièrement d'une fragilisation des</p> | <p>L'entraînement au relever du sol est efficace pour améliorer les capacités posturo-motrices chez la personne âgée et plus</p> | <p>Il n'est pas précisé si cette étude concerne les personnes âgées institutionnalisées.</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Auteurs : M. Brika, F. Mourey, A. Kubicki</p> <p>Année : 2017</p> <p>Revue : Kiné- sithérapie, la Revue</p> | | | | | <p>automa- tismes moteurs</p> <p>Les troubles cognitifs sont des facteurs aggra- vants de la fragi- lité mo- trice</p> | <p>particulière- ment at- teinte de la MA.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Annexe 2 : Matrice de questionnement

| Variables étudiées | Indicateurs par variables | Sous indicateurs ou indices | Intitulé | Modalités de réponses | Objectifs |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|--|---|--|
| Recueil démographique | Consentement | | Etes-vous d'accord pour participer à cette enquête ? | Question fermée : oui - non | Donner le choix au répondant de répondre ou non au questionnaire |
| | Profession exercée | | Quelle profession exercez-vous ? | Question fermée : Ergothérapeute – Infirmier(e)- Aide-soignant(e) – Kinésithérapeute- Psychomotricien(ne) - Médecin | Savoir si le participant répond aux critères d'inclusion |
| | Chutes enregistrées | | A votre connaissance, il y a-t-il des chutes de résidents au sein de votre établissement ? | Question fermée : Non – Oui rarement – Oui parfois – Oui souvent – Je ne sais pas | Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée |
| | Importance des chutes | | D'après vous, le nombre de chutes, est plus important chez les résidents : | Question fermée : Avec démence – Sans démence – Il n'y a pas de différence avec ou | avec démence à celle sans démence |

| | | | | | |
|--|--------|--|---|---|---|
| Observation du phénomène de chute en EHPAD | | | | sans démence – Je ne sais pas | |
| | Causes | Sans démence | Selon vous, quelles sont les principales causes de chutes chez les résidents SANS démence ? | Question ouverte | - Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence - Connaître les différentes causes de chutes enregistrées dans les institutions et ainsi savoir si les contentions physiques et les oublis de freins sur les fauteuils |
| | | Avec démence | Selon vous, quelles sont les principales causes de chutes chez les résidents AVEC démence ? | Question ouverte | |
| | | Contentions physiques | Si cela n'a pas été dit précédemment, pensez-vous qu'il y a eu des cas de chutes en lien avec des contentions physiques ? | Question fermée : Non – Oui auprès des résidents sans démence – Oui auprès des résidents avec démence – Oui auprès des résidents avec et sans démence – Je ne sais pas | |
| | | Oubli de freins sur les fauteuils roulants | Si cela n'a pas été dit précédemment, pensez-vous qu'il y a eu des cas de chutes en lien avec l'oubli de mettre | Question fermée : Non – Oui auprès des résidents sans démence – Oui auprès des résidents avec démence – Oui auprès des résidents | |

| | | | | | |
|--|--------------|------------------------------|---|---|---|
| | | | les freins sur les fauteuils roulants ? | avec et sans démence – Je ne sais pas | roulants sont considérés comme facteurs de risque de chutes |
| | Gravité | Avec démence ou sans démence | Selon vous, la gravité des chutes, est-elle plus importante chez les résidents avec ou sans démence ? | Question fermée : Résidents avec démence – Résidents sans démence – Il n’y a pas de différence - je ne sais pas | Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence |
| | Conséquences | Sans démence | Quelles conséquences post-chutes de la personne âgée avez-vous pu remarquer chez les résidents SANS démence ? | Question ouverte | |
| | | Avec démence | Quelles conséquences post-chutes de la personne âgée avez-vous pu remarquer chez les résidents AVEC démence ? | Question ouverte | |
| | | | A votre connaissance, des moyens de prévention sont-ils mis en place au | | |

| | | | | | |
|--|--------|--------------|--|---|---|
| Observation des mesures de prévention en EHPAD | | | sein de la structure pour prévenir les chutes ? | Question fermée : oui – non – je ne sais pas | Connaître les différents moyens de prévention utilisés dans les institutions en fonction du public cible (personnes âgées avec ou sans démence) et leurs bénéfices et ainsi savoir si la technologie et les TNM sont utilisées pour prévenir les chutes |
| | Moyens | Sans démence | Quels sont les moyens/activités/programmes de prévention mis en place auprès des résidents SANS démence ? | Question ouverte | |
| | | Avec démence | Quels sont les moyens/activités/programmes de prévention mis en place auprès des résidents AVEC démence ? | Question ouverte | |
| | | Technologie | Si cela n'a pas été mentionné, l'utilisation de la technologie est-elle utilisée pour prévenir les chutes ? (Exemples : réalité augmentée, matériel multimédia, jeux vidéo) | Question fermée : Non – oui auprès des résidents sans démence – oui auprès des résidents avec démence – oui auprès des résidents avec et sans démence – Je ne sais pas | |
| | | TNM | Si cela n'a pas été mentionné, l'utilisation des thérapies non médicamenteuses (TNM) est- | Question fermée : Non – oui auprès des résidents sans démence – oui auprès des résidents avec démence – | |

| | | | | | |
|--|-------------------|--------------|---|---|--|
| | | | elle utilisée pour prévenir les chutes ? | oui auprès des résidents avec et sans démence – Je ne sais pas | |
| | Bénéfices | | Selon vous, des bénéfices ont-ils été remarqués chez les résidents, après application des moyens de prévention ? | Question fermée : Non – oui auprès des résidents sans démence – oui auprès des résidents avec démence – oui auprès des résidents avec et sans démence – Je ne sais pas | |
| | Types de bénéfice | Sans démence | Si oui à la question précédente : Selon vous, quels ont été les bénéfices remarqués chez les résidents SANS démence, après application des moyens de prévention ? (Note : Les bénéfices peuvent par exemple être une diminution du nombre de chutes, une meilleure stabilité à la marche, un meilleur équilibre, etc.) | Question ouverte | |

| | | | | | |
|------------|--|--------------|---|------------------|--|
| | | Avec démence | <p>Si oui à la question précédente : Selon vous, quels ont été les bénéfices remarquables chez les résidents AVEC démence, après application des moyens de prévention ?</p> <p>(Note : Les bénéfices peuvent par exemple être une diminution du nombre de chutes, une meilleure stabilité à la marche, un meilleur équilibre, etc.)</p> | Question ouverte | |
| Efficacité | | Sans démence | <p>Selon vous, quel est le programme/atelier/activité qui semble le plus efficace pour les résidents SANS démence ?</p> | Question ouverte | |
| | | Avec démence | <p>Selon vous, quel est le programme/atelier/activité qui semble le plus efficace pour les résidents AVEC démence ?</p> | Question ouverte | |

| | | | | | |
|---|----------------|--------|---|---|--|
| Observation de l'éducation pour se relever après une chute en EHPAD | Utilisation | | A votre connaissance, l'éducation pour se relever après une chute est-elle utilisée dans votre établissement ? | Question fermée : Oui – Non – Je ne sais pas | Savoir si l'éducation pour se relever après une chute est utilisée en institution, si oui, comment, par qui et auprès de quel public |
| | Publics visés | | Auprès de quel public, cette éducation est-elle utilisée ? | Question fermée (cases à cocher) : Résidents sans démence – Résidents avec démence – Professionnels – Je ne sais pas | |
| | Professionnels | | Quel(s) professionnel(s) s'occupe(nt) de mener cette éducation ? | Question ouverte | |
| | Moyens | | Quels sont les moyens utilisés par le(s) professionnel(s) pour mener cette éducation ? | Question ouverte | |
| | Autonomie | Moyens | A votre connaissance, des mesures sont-elles mises en place par la structure pour maintenir l'autonomie de la personne âgée après une chute ? | Question fermée : Oui – Non – Je ne sais pas | |

| | | | | | |
|---|--|-------------------|--|------------------|---|
| Observation des mesures pour maintenir l'autonomie en EHPAD | | Types de moyens | Quels sont les moyens utilisés pour maintenir l'autonomie de la personne âgée, après une chute ? (Merci de préciser les différences entre les personnes âgées avec démence et celles sans démence, si vous pensez qu'il y en a) | Question ouverte | Chercher les moyens mis en place pour préserver l'autonomie de la personne âgée institutionnalisée, avec ou sans démence, après une chute |
| | | Moyens personnels | Avez-vous des moyens personnels pour maintenir l'autonomie de la personne âgée après une chute ? (Si oui, merci de justifier avec des exemples pour les résidents avec et sans démence) | Question ouverte | |

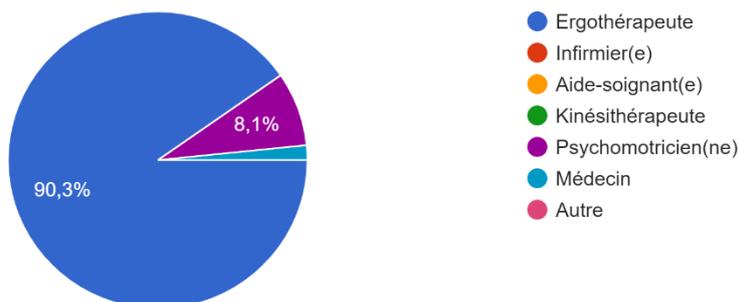
Annexe 3 : Résultats de l'enquête exploratoire

62 personnes ont répondu à l'enquête exploratoire.

Variable : Recueil démographique

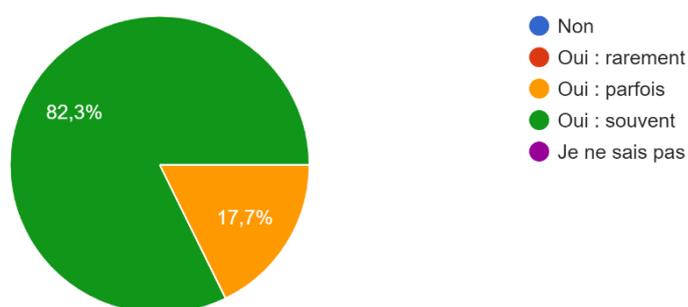
Objectif : Savoir si les répondants répondent aux critères d'inclusion

Question : Quelle profession exercez-vous ?

**Variable 1** : Observation du phénomène de chute en EHPAD

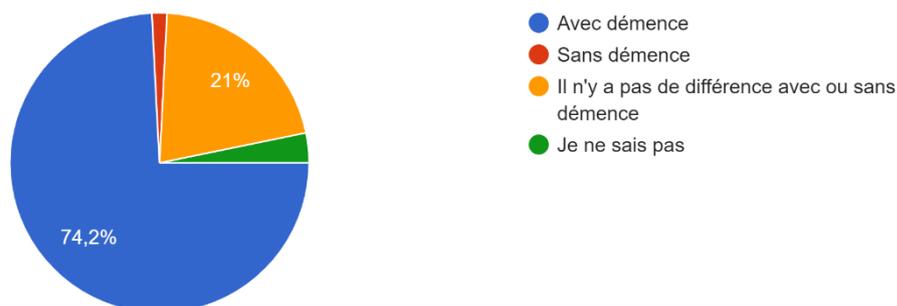
Objectif : Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence

Question : A votre connaissance, il y a-t-il des chutes de résidents au sein de votre établissement ?



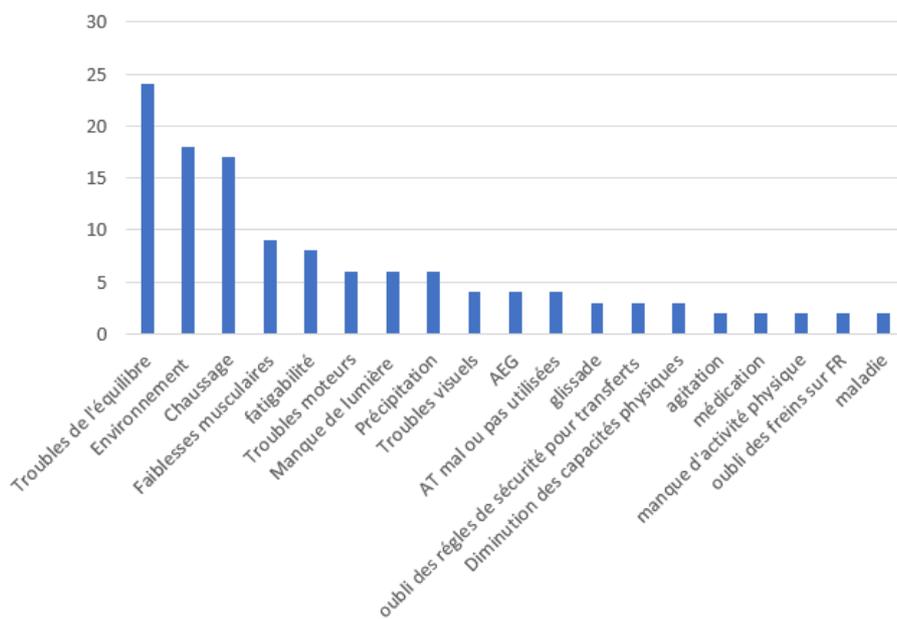
Objectif : Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence

Question : D'après vous, le nombre de chute, est plus important chez les résidents :

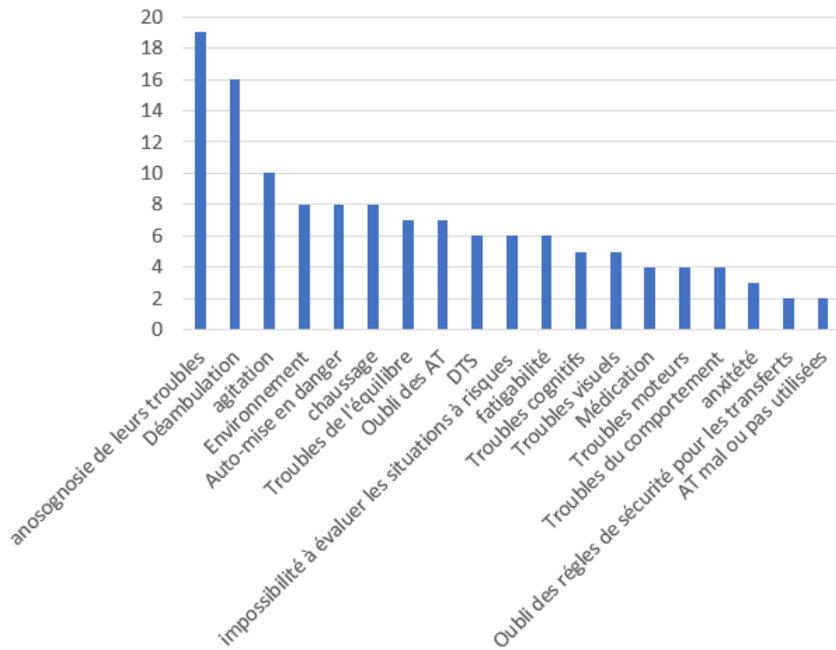


Objectif : Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence + Connaitre les différentes causes de chutes enregistrées dans les institutions et ainsi savoir si les contentions physiques et les oublis de freins sur les fauteuils roulants sont considérés comme facteurs de risque de chutes.

Question a) : Selon vous, quelles sont les principales causes de chutes chez les résidents SANS démence ?



Question b) : Selon vous, quelles sont les principales causes de chutes chez les résidents AVEC démence ?



Objectif : Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence + Connaitre les différentes causes de chutes enregistrées dans les institutions et ainsi savoir si les contentions physiques et les oublis de freins sur les fauteuils roulants sont considérés comme facteurs de risque de chutes.

Question : Si cela n'a pas été dit précédemment, pensez-vous qu'il y a eu des cas de chutes en lien avec des contentions physiques ?



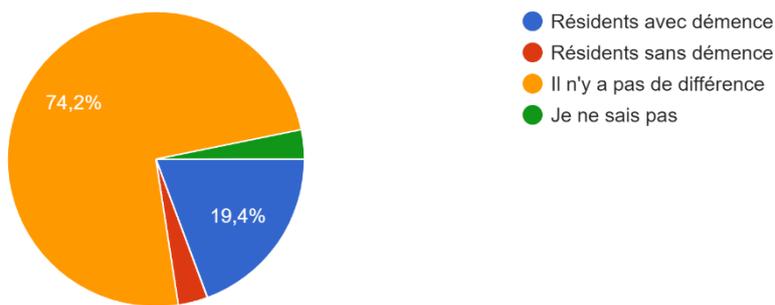
Objectif : Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence + Connaitre les différentes causes de chutes enregistrées dans les institutions et ainsi savoir si les contentions physiques et les oublis de freins sur les fauteuils roulants sont considérés comme facteurs de risque de chutes.

Question : Si cela n'a pas été dit précédemment, pensez-vous qu'il y a eu des cas de chutes en lien avec l'oubli de mettre les freins sur les fauteuils roulants ?



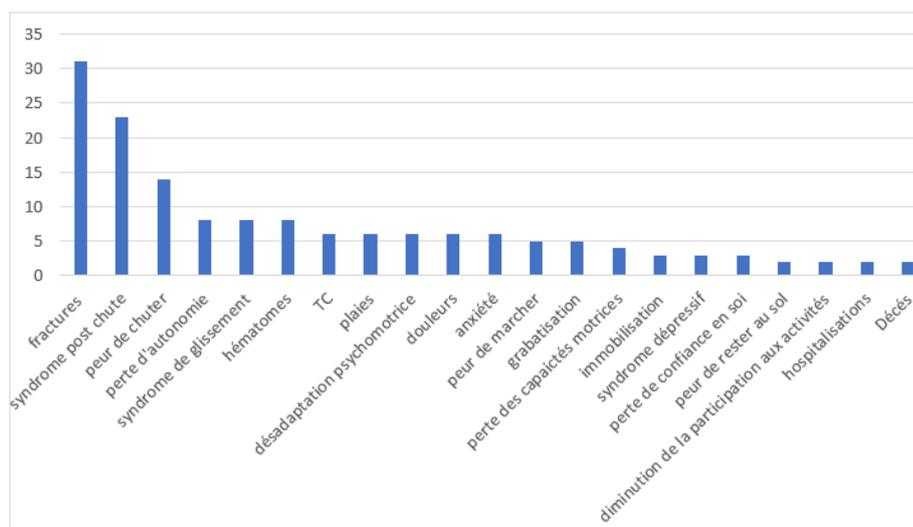
Objectif : Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence

Question : Selon vous, la gravité des chutes est-elle plus importante chez les résidents avec ou sans démence ?

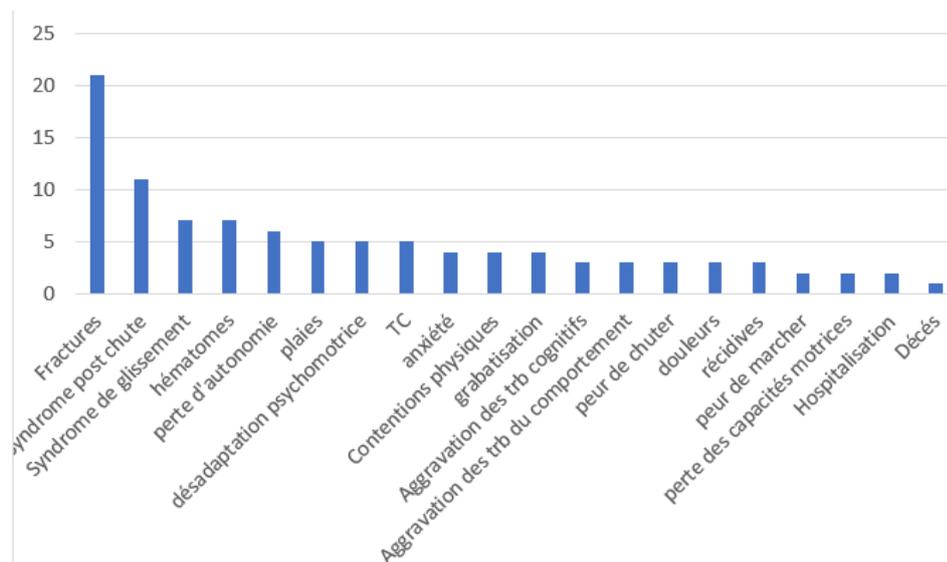


Objectif : Comprendre ce qui diffère de la chute de la personne âgée avec démence à celle sans démence

Questions a) : Quelles conséquences post-chutes de la personne âgée avez-vous pu remarquer chez les résidents SANS démence ?



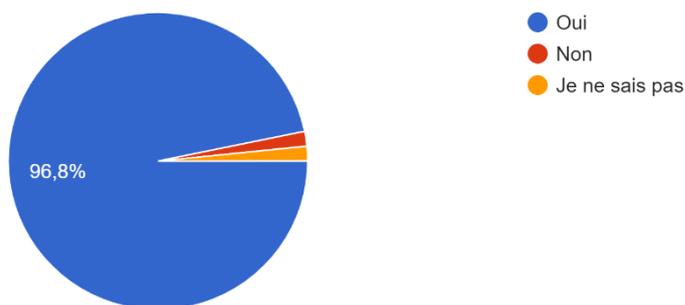
Question b) : Quelles conséquences post-chutes de la personne âgée avez-vous pu remarquer chez les résidents AVEC démence ?



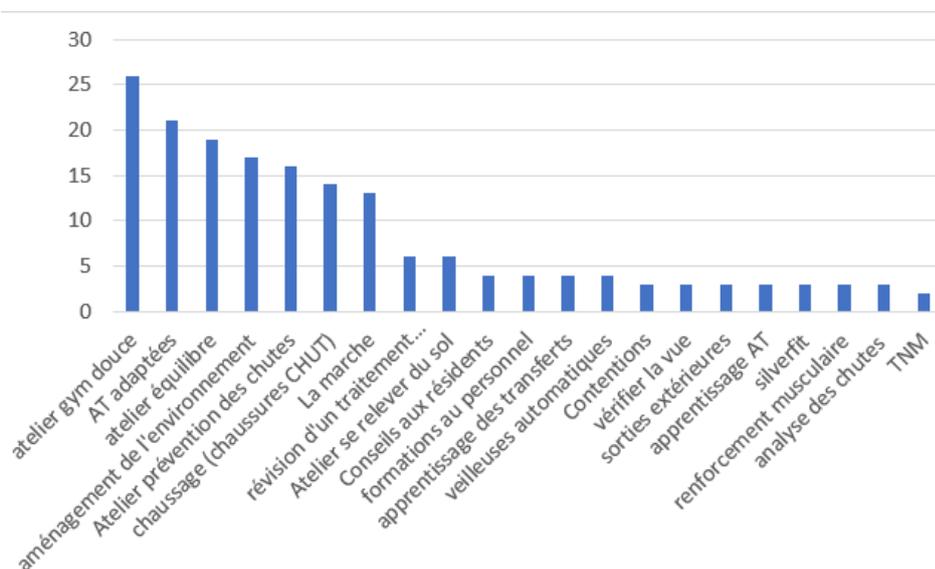
Variable 2 : Observation des mesures de prévention en EHPAD

Objectif : Connaître les différents moyens de prévention utilisés dans les institutions en fonction du public cible (personnes âgées avec ou sans démence) et leurs bénéfices et ainsi savoir si la technologie et les TNM sont utilisées pour prévenir les chutes

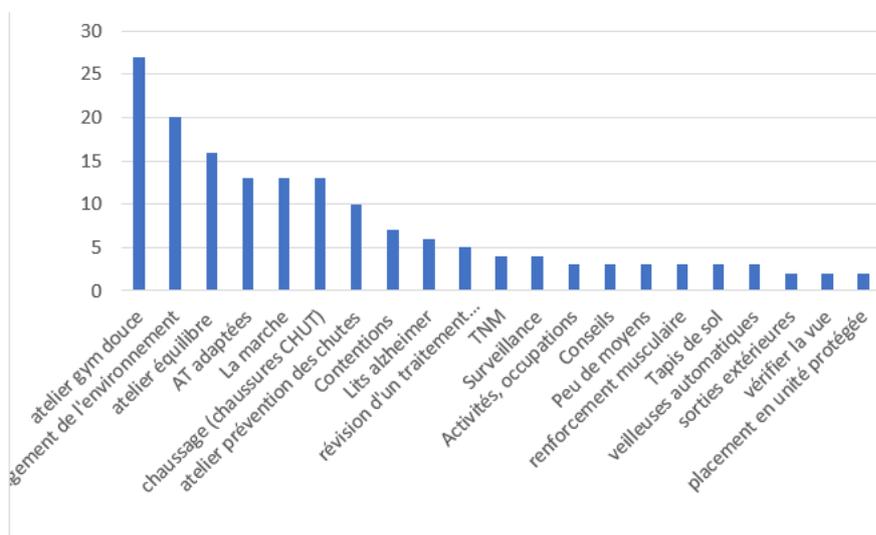
Question : A votre connaissance, des moyens de prévention sont-ils mis en place au sein de la structure pour prévenir les chutes ?



Question a) : Quels sont les moyens/activités/programmes de prévention mis en place auprès des résidents SANS démence ?



Question b) : Quels sont les moyens/activités/programmes de prévention mis en place auprès des résidents AVEC démence ?



Question : Si cela n'a pas été mentionné, l'utilisation de la technologie est-elle utilisée pour prévenir les chutes ? (Exemples : réalité augmentée, matériel multimédia, jeux vidéo)



Question : Si cela n'a pas été mentionné, l'utilisation des thérapies non médicamenteuses (TNM) est-elle utilisée pour prévenir les chutes ?

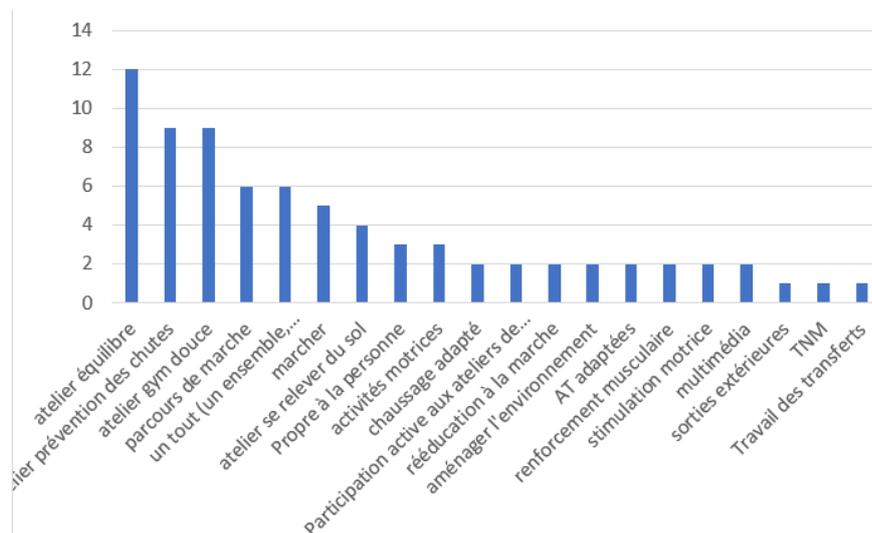


Question : Selon vous, des bénéfices ont-ils été remarqués chez les résidents, après application des moyens de prévention ?

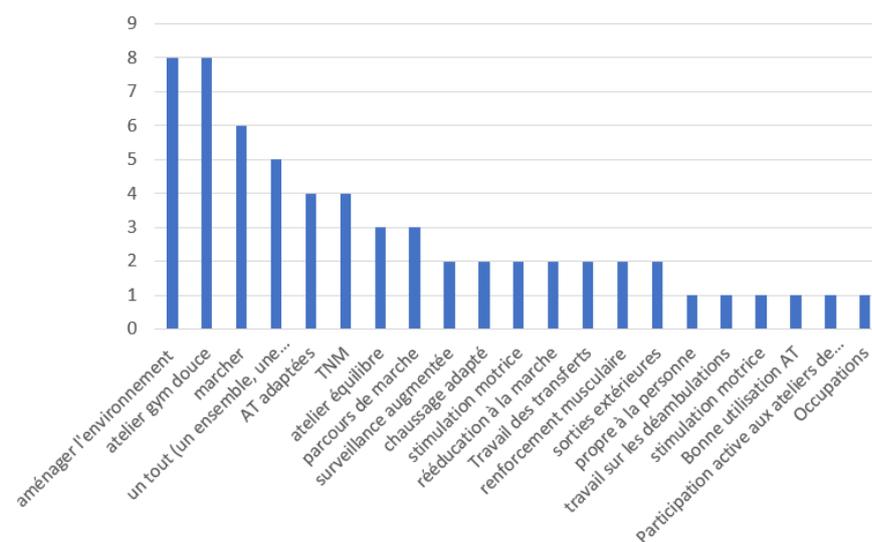


Question : Si oui à la question précédente : Selon vous, quels ont été les bénéfices remarqués chez les résidents SANS démence, après application des moyens de prévention ?

Question : Selon vous, quel est le programme/atelier/activité qui semble le plus efficace pour les résidents SANS démence ?



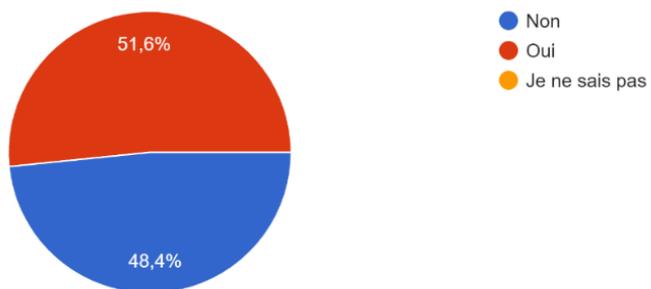
Question : Selon vous, quel est le programme/atelier/activité qui semble le plus efficace pour les résidents AVEC démence ?



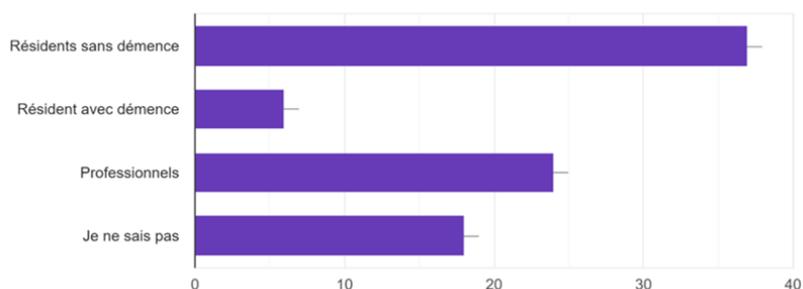
Variable 3 : Observation de l'éducation pour se relever après une chute en EHPAD

Objectif : Savoir si l'éducation pour se relever après une chute est utilisée en institution, si oui, comment, par qui et auprès de quel public

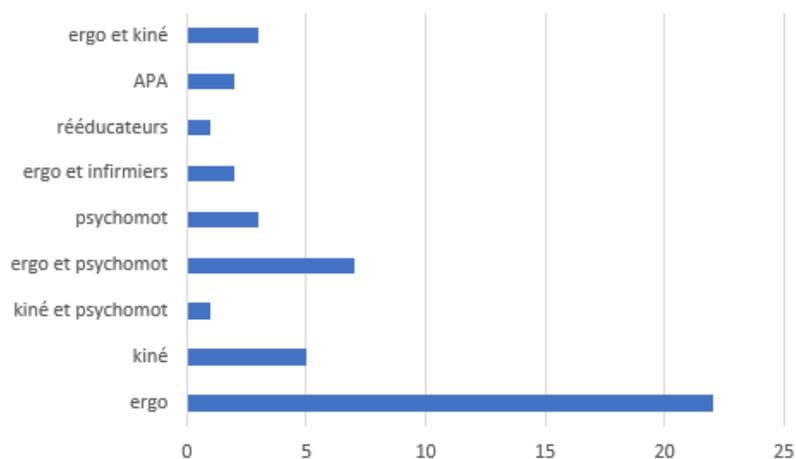
Question : A votre connaissance, l'éducation pour se relever après une chute est-elle utilisée dans votre établissement ?



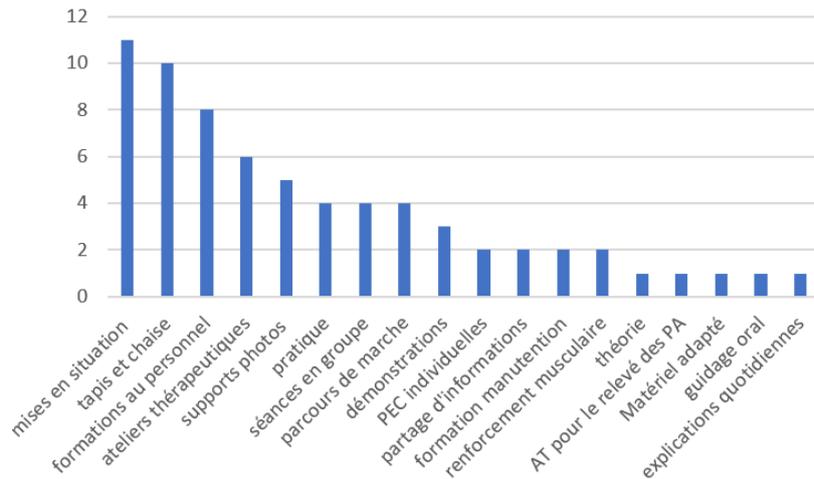
Question : Après de quel public, cette éducation est-elle utilisée ?



Question : Quel(s) professionnel(s) s'occupe(nt) de mener cette éducation ?



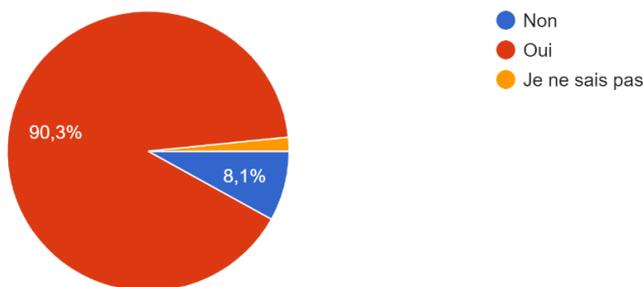
Question : Quels sont les moyens utilisés par le(s) professionnel(s) pour mener cette éducation ?



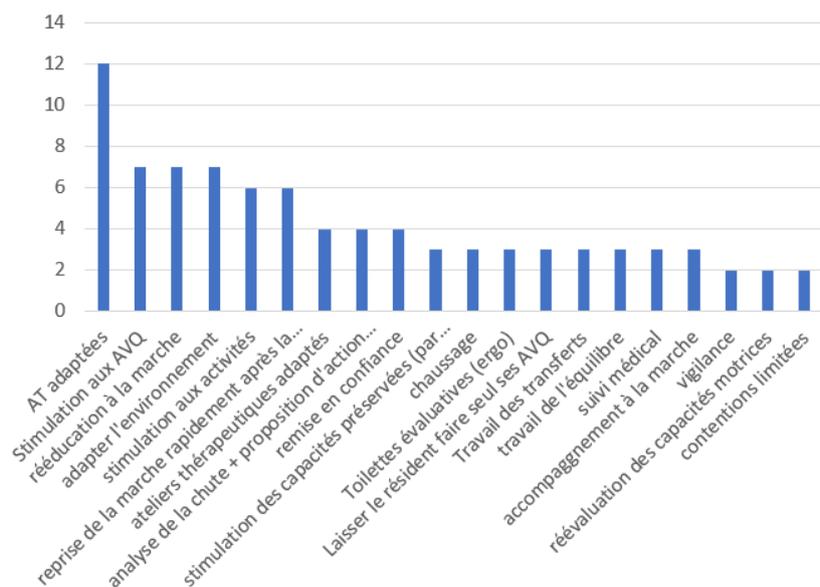
Variable 4 : Observation des mesures pour maintenir l'autonomie en EHPAD

Objectif : Chercher les moyens mis en place pour préserver l'autonomie de la personne âgée institutionnalisée, avec ou sans démence, après une chute

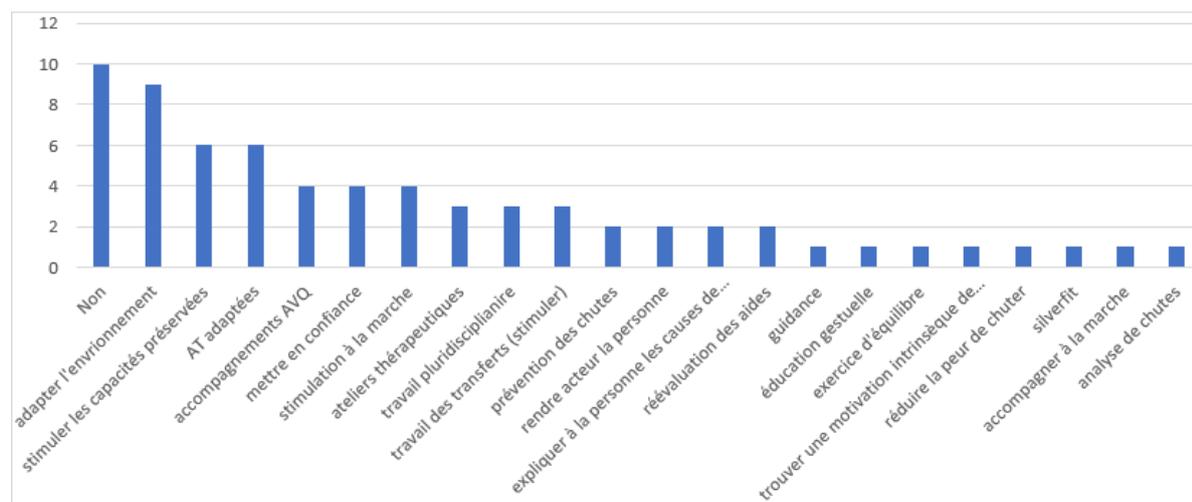
Question : A votre connaissance, des mesures sont-elles mises en place par la structure pour maintenir l'autonomie de la personne âgée après une chute ?



Question : Quels sont les moyens utilisés pour maintenir l'autonomie de la personne âgée, après une chute ? (Merci de préciser les différences entre les personnes âgées avec démence et celles sans démence, si vous pensez qu'il y en a)



Question : Avez-vous des moyens personnels pour maintenir l'autonomie de la personne âgée après une chute ? (Si oui, merci de justifier avec des exemples)



Annexe 4 : Matrice théorique

| Concepts | Variables/attributs principaux | Indicateurs |
|-----------------|--------------------------------|---|
| La démence | Étymologie | Folie |
| | | Maladie |
| | | Syndrome |
| | | TNCM |
| | Caractéristiques | Affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté |
| | | Effondrement de l'intelligence |
| | | Affaiblissement définitif de l'activité psychique |
| | | Maladie cérébrale organique et chronique |
| | | Destruction neuronale |
| | | Déficiences des fonctions cognitives et motrices |
| | Stades (léger, modéré, sévère) | Sévérité des troubles cognitifs (MMSE) |
| | | Perte d'autonomie |
| | Causes (facteurs de risque) | Age |
| | | Niveau d'éducation |
| | | Niveau socio-économique |
| | | Facteurs vasculaires (diabète, obésité, hypertension artérielle) |
| | | Psychotropes |
| | | Facteurs génétiques (gènes de susceptibilité) |
| | | Facteurs psychosociaux (mort d'un enfant, accident du conjoint) |
| | | Situations stressantes |
| Perte affective | | |
| | Brutale | |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| | Prémices | Installation insidieuse |
| | | Troubles de la mémoire |
| | | Disparition du langage |
| | Mécanisme | Idées, images, souvenirs disparaissent dans l'ordre inverse de leur apparition |
| | | Estompe les connaissances acquises (ex : codes sociaux, culturels) |
| | Evaluations cognitives | MMS (<25/30 : détérioration) |
| | | MMSE |
| | | Aucun score ne valide une démence |
| | Syndromes démentiels | Maladie d'Alzheimer (+++) |
| | | Démence à Corps de Lewy |
| | | Démence vasculaire |
| | | Démence fronto-temporale |
| | Troubles | Mémoire/mnésiques |
| | | Anosognosie |
| | | Syndrome pseudo-dépressif |
| | | Syndrome confusionnel (désorientation temporo-spatiale) |
| | | Etats délirants (marqués par des troubles du comportement) |
| | | Troubles caractériels |
| | | Troubles de la personnalité |
| | | Troubles moteurs |
| Troubles de l'équilibre | | |
| Troubles de la marche | | |
| Conséquences | Diminution de l'estime et de la confiance en soi | |
| | Apathie | |
| | Manque de dynamisme | |

| | | |
|----------------------------------|---------------|---|
| | | Indifférence affective |
| | | Perte brutale d'intérêt pour les activités autrefois essentielles |
| | | Chutes |
| | Prise en soin | Dépendance à l'autre |
| | | Pathologie démentielle prime sur les autres affections |
| | | « Patient comme les autres » |
| L'institutionnalisation en EHPAD | Lieux de vie | Prévention |
| | | Soins curatifs |
| | | Soins palliatifs |
| | Le placement | Pas un choix délibéré |
| | | Décision de la famille (principalement) |
| | | Pensé comme irréversible |
| | | Une finalité (pour le prescripteur) |
| | | Une solution (pour l'entourage) |
| | Motifs | Décès du conjoint |
| | | Chute(s) |
| | | Errance |
| | | Perte de mémoire |
| | | Hospitalisation |
| | | Angoisse de la famille |
| | | Dépendance à la famille |
| | | Troubles du comportement |
| | | Maladie d'Alzheimer |
| | L'entrée | Une réponse à une crise familiale |
| | | Brutale/imprévue |
| | | Difficile |
| | | Souffrance de la personne placée et de l'aidant naturel |
| Dépression | | |
| Identité remise en question | | |

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| | | Aggravation de l'état démentiel |
| | L'accueil | Travail relationnel (confiance) |
| | | Conditionne la suite de l'accompagnement |
| | | Attentes et besoins énoncés |
| | Collectivité | Règlement |
| | | Respect des règles |
| | | Rejet de la personne démente |
| | Droits et libertés individuels | Respect de la personne |
| | | Liberté d'aller et venir |
| | | Libre choix entre domicile et établissement |
| | | Accompagnement individualisé de qualité avec respect du consentement |
| | | Confidentialité des données |
| | | Accès à l'information |
| | | Participation directe au projet d'accompagnement |
| | Liberté d'aller et venir | Valeur constitutionnelle |
| | | Liberté de déplacement dans l'établissement |
| | | Possibilité de mener une vie ordinaire dans l'établissement |
| | | Notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne |
| | | Remise en question en EHPAD (Unités protégées Alzheimer/Unités fermées, contentions) |
| Trois raisons peuvent justifier sa restriction (si le bénéfice est supérieur aux risques induits) : sécurité, médicales ou paramédicales, | | |

| | | |
|--|---|--|
| | | contraintes de soins et d'organisation interne |
| | Unités protégées Alzheimer/Unités fermées | Portes fermées |
| | | Circulation libre et sécurisée |
| | | Déambulation |
| | | Ralentissement du déclin cognitif : préservation des capacités restantes et sollicitation des fonctions sensorielles |
| | | Soins adaptés aux résidents atteints de la MA ou de maladies apparentées |
| | | Contentions physiques limitées |
| | Qualité de vie | Qualité de vie des professionnels |
| | | Respect des droits et des libertés |
| | | Qualité des soins dispensés |
| | | Résident lui même |
| | Missions | Maintien de l'autonomie |
| | | Compensation des incapacités |
| | Maltraitance | « Décider ce qui est bon pour elle » |
| | | La personne n'est plus « sujet » mais « objet » |
| | | Réponses aux attentes de la famille et non de la personne |
| | Le soin | Un choix |
| | | La présence (contact physique) |
| | Communication (auprès des personnes âgées démentes) | Dimension sociale |
| | | Cohérence |
| | | Message non verbal |
| | | Méthode de Montessori |
| | | Méthode de la Validation |
| | | Maladies |

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| La personne âgée chutante | Vieillessement | Isolement |
| | | Choc psychologique |
| | | Fragilisations (motrice, sensorielle, neuropsychologique) |
| | | Chute(s) |
| | Chute | Tomber au sol |
| | | Perte brutale de l'équilibre |
| | | Involontaire |
| | | Incontrôlée |
| | | Subie |
| | | Evènement grave |
| | Conséquences générales | Physiques |
| | | Psychologiques |
| | | Sociales |
| | | Hospitalisation |
| | | Institutionnalisation |
| | | Changement d'identité |
| | Conséquences psychologiques | Sentiment de solitude |
| | | Angoisse |
| | | Désinvestissement |
| | | Phénomène de perte |
| | | Ebranlement du narcissisme |
| | | Peur de rechuter |
| | Chutes symptômes | Affections neurologiques |
| | | Affections neuromusculaires |
| Affections ostéoarticulaires | | |
| Affections sensorielles | | |
| Apparition/ aggravation d'une altération cognitive (maladie d'Alzheimer) | | |
| Conséquences dans les AVQ | Indépendance fonctionnelle | |
| | Perte d'autonomie | |
| | Réduction de l'activité physique | |

| | | |
|---|--|--|
| | Conséquences physiques | Fractures, entorses, tassements vertébraux, plaies |
| | | Réduction de la mobilité |
| | | Fonte musculaire |
| | | Réduction de l'activité physique |
| | Causes | Facteurs biologiques |
| | | Facteurs comportementaux |
| | | Facteurs environnementaux |
| | | Facteurs socio-économiques |
| | | Interaction action/individu/environnement |
| | Causes biologiques : Troubles cognitifs/démences | Défaut de vigilance |
| | | Mauvaise évaluation des situations dangereuses |
| | | Déambulation |
| | | Altération de la motricité |
| | | Altération de l'équilibre |
| | | Altération de l'organisation sensorielle |
| | | Psychotropes |
| | Psychotropes | Neuroleptiques |
| | | Malaises |
| | | Vertiges |
| | Prise en soin | Démarche étiologique |
| Rapide/précoce | | |
| Adaptée | | |
| Globale (médicale, psychologique, fonctionnelle, sociale) | | |
| Programme personnalisé | | |
| Pluridisciplinaire | | |
| Diffère entre « sujets fragiles » et « actifs » | | |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|--|
| | Rééducation | Analytique (correction des déficiences) |
| | | Fonctionnelle (transferts, se relever du sol, ...) |
| | | Restaurer une marche de qualité et sûre |
| | | Conditions de réassurance |
| | Prévention | Prédire les risques de chutes |
| | | Evaluer l'équilibre |
| | Programmes de prévention | Primaire |
| | | Secondaire |
| | | Tertiaire |
| | | Sociabilisation |
| | | Dépend du profil de la personne et du risque de chute (faible, modéré, élevé) |
| | Programme Primaire | Pour niveau de risque faible |
| | | Avant la première chute |
| | | Intervention de santé globale |
| | | Conseils (hygiène de vie, alimentation, chaussage adapté) |
| | | Encourage une activité physique régulière |
| | Programme Secondaire | Pour niveau de risque modéré |
| | | Après une ou plusieurs chutes |
| | | Intervention multifactorielle non personnalisée (en groupe) |
| | | Préserver, améliorer et restaurer la fonction d'équilibration et l'autonomie de la personne âgée |
| Ateliers d'équilibre | | |
| Apprentissage du relever du sol | | |
| | Pour niveau de risque élevé | |

| | | |
|---|--|---|
| | Programme Tertiaire | Personnes fragiles ayant déjà chuté |
| | | Programme individualisé |
| | | Rééducation en ergothérapie |
| | | Moyens de compensation |
| | | Préserver l'autonomie |
| | | Éliminer facteurs de risque |
| | | Sécuriser les transferts et les déplacements |
| | | Adapter l'environnement |
| | Activité physique | Diminution des risques de chutes |
| | | Diminution de la gravité des fractures |
| | | Conséquences bénéfiques sur la maîtrise des déséquilibres |
| | | Préserve les capacités cognitives et physiques |
| | | Favorise le maintien de l'autonomie |
| | Moyens de compensation | AT à la marche |
| | | Mal perçus |
| | | Sentiment d'insécurité |
| | | Renvoient les difficultés |
| | Contentions physiques passives (indications) | Prévenir la chute |
| | | Risques de chutes |
| | | Crainte de la chute |
| | | Troubles comportementaux (agitation, déambulation) |
| Désorientation temporo-spatiale | | |
| Dépendance fonctionnelle | | |
| Troubles cognitifs, démence(s) | | |
| Contentions physiques passives (effets) | Augmentation et aggravation des chutes | |

| | | |
|--|-----------|---|
| | La marche | Bienfaits corps et esprit |
| | | Apaisement de la personne âgée démence |
| | | Sentiment de sécurité renforcé |

Annexe 5 : Matrice de questionnement

| Variables étudiées | Indicateurs par variables | Sous indicateurs ou indices | Intitulé | Modalités de réponses | Objectifs |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|---|--|---|
| Consentement | | | Etes-vous d'accord pour répondre à ce questionnaire ? | Question fermée : oui-non | Obtenir le consentement de la personne |
| Recueil démographique | Profil | Profession | Etes-vous un(e) ergothérapeute travaillant en EHPAD ? | Question fermée : oui-non | Savoir si le participant répond aux critères de sélection |
| | | Population accompagnée | Travaillez-vous auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ? | Question fermée : oui-non | |
| | | Temps d'exercice | Depuis combien de temps exercez-vous en EHPAD ? | Question fermée : 0-5 ans, 5-10 ans, plus de 10 ans | Connaitre la population interrogée |
| | | Sexe | Vous êtes : | Question fermée : une femme – un homme - autre | |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|----------|--|--|--|
| Observation des moyens mis en place par l'ergothérapeute | Moyens mis en place | Actuels | Mettez-vous en place des moyens pour optimiser la liberté de déplacement des résidents atteints de démence(s), présentant un risque de chute ? | Question fermée : oui – non – je ne sais pas | Connaitre les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant un risque de chute |
| | | | Si oui, quel(s) moyen(s) mettez-vous en place ? | Question ouverte | |
| | Modalités de mise en place des moyens | Priorité | Parmi les propositions suivantes, que prenez-vous d'abord en considération, pour mettre en place ces moyens ? | Question semi-ouverte : - La démence - Le risque de chute - Les deux - Autre - Je ne sais pas | |

| | | | | | |
|--|---------------|-------------|---|---|---|
| | | Dépendance | Selon vous, de quoi dépendent les moyens mis en place ? | Question ouverte | Avoir des connaissances sur la mise en place de ces moyens |
| | | Spécificité | Estimez-vous que les moyens utilisés sont spécifiques aux résidents atteints de démence(s) ? | Question fermée : Oui – non – je ne sais pas | |
| | | Ressources | Pensez-vous avoir les moyens nécessaires pour mettre en place ces démarches ? | Question fermée : Oui – Non – Je ne sais pas | |
| | Compréhension | | De façon générale, trouvez-vous que l'intérêt des moyens mis en place est compris par les résidents ? | Question fermée : Oui – Non – Je ne sais pas | Savoir si l'intérêt des moyens mis en place est compris par les résidents |
| | Acceptation | | De façon générale, trouvez-vous que les moyens mis en place sont acceptés par les résidents ? | Question fermée : Oui – Non – Je ne sais pas | Savoir si les moyens mis en place sont acceptés par les résidents |

| | | | | | |
|--|---------------------|--------------|---|---|---|
| | Efficacité | Actuelle | <p>Selon vous, les moyens utilisés, sont-ils efficaces pour optimiser la liberté de déplacement ?</p> | <p>Question fermée : Oui – Non – Je ne sais pas</p> | <p>Avoir des connaissances sur l'efficacité de ces moyens</p> |
| | | Amélioration | <p>Quelles propositions pourriez-vous faire pour améliorer l'efficacité de vos moyens ?</p> | <p>Question ouverte</p> | |
| | Moyens mis en place | Souhaités | <p>Souhaiteriez-vous mettre en place d'autres moyens ? Si oui, lesquels ?</p> | <p>Question ouverte</p> | <p>Connaitre les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant un</p> |

| | | | | | risque de chute |
|--|------------------|--------|--|--|--|
| Observation du phénomène de la liberté de déplacement en EHPAD | Unités Alzheimer | | Il y a-t-il une unité Alzheimer au sein de votre établissement ? | Question semi-ouverte : Oui – Non – Je ne sais pas – Autre | Avoir des informations sur la liberté de déplacement des résidents |
| | | | Selon vous, les unités Alzheimer : | Question semi-ouverte : - Permettent la liberté de déplacement - Restreignent la liberté de déplacement - Les deux - Je ne sais pas - Autre | |
| | Déambulation | | Le résident est-il libre de déambuler dans votre établissement, lorsqu'il est atteint de démence(s) et qu'il présente un risque de chute ? | Question fermée : Oui toujours – Oui souvent – Oui rarement – non jamais – je ne sais pas | |
| | | Atouts | Selon vous, qu'est ce qui favorise la déambulation de ces résidents dans l'établissement ? | Question ouverte | |

| | | | | | |
|--|-------------|---------|---|--|--|
| | | Limites | Selon vous, qu'est ce qui restreint la déambulation de ces résidents dans l'établissement ? | Question ouverte | |
| | Contentions | | Une contention est-elle mise en place dans votre établissement lorsque le résident est atteint de démence(s) et qu'il présente un risque de chute ? | Question fermée : Oui toujours – Oui souvent – Oui rarement – non jamais – je ne sais pas | |
| | Prévention | | Parmi ces propositions, quelle est la plus efficace, selon vous, pour prévenir la chute du résident sur du long terme ? | Question semi-ouverte : -Maintenir une déambulation régulière -Favoriser une contention physique pour éviter les déambulations à risque - Je ne sais pas - Autre | |
| Re- marques supplé- mentaires | | | Avez-vous des remarques supplémentaires ? Si oui, lesquelles ? | Question ouverte | Savoir si les participants ont des remarques |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | supplémentaires et si oui les connaître. |
|--|--|--|--|--|--|

Annexe 6 : Résultats du questionnaire

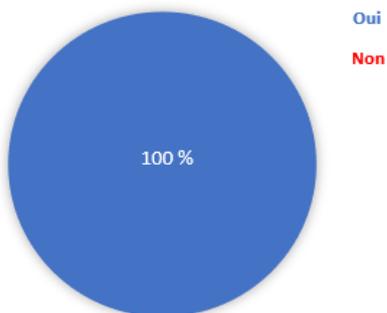
Annexe 6.1 : Graphiques

47 personnes ont répondu au questionnaire.

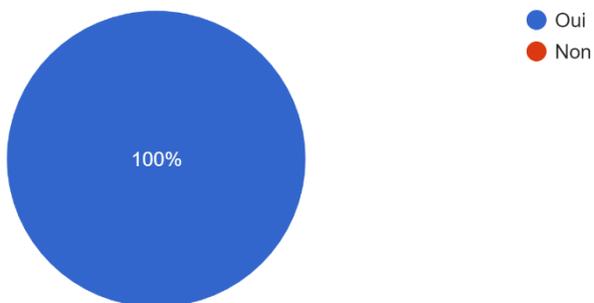
Variable 1 : Recueil démographique

Objectif : Savoir si le participant répond aux critères de sélection

Question 1 : Etes-vous un(e) ergothérapeute travaillant en EHPAD ?

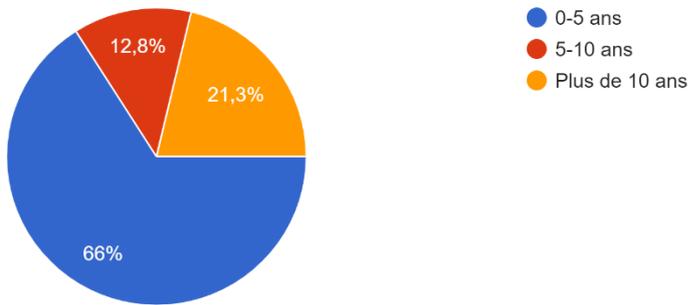


Question 2 : Travaillez-vous auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ?



Objectif : Connaitre la population interrogée

Question 3 : Depuis combien de temps exercez-vous en EHPAD ?

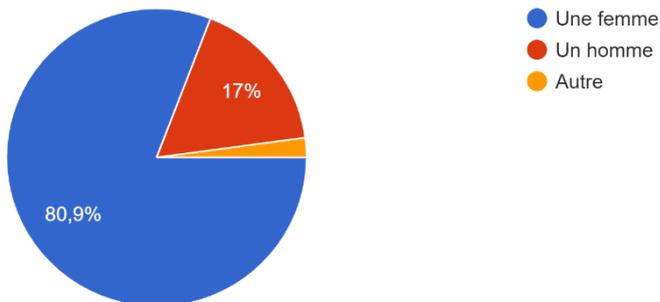


0-5 ans : 31 réponses

5-10 ans : 6 réponses

Plus de 10 ans : 10 réponses

Question 4 : Vous êtes :



Une femme : 38 réponses

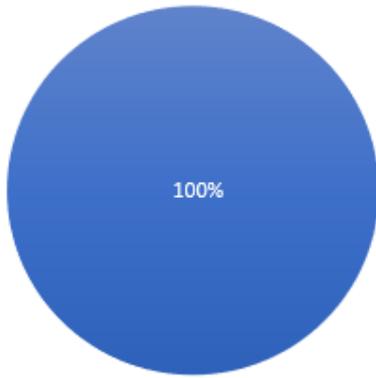
Un homme : 8 réponses

Autre : 1 réponse

Variable 2 : Observation des moyens mis en place par l'ergothérapeute

Objectif : Connaitre les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant un risque de chute

Question 5 : Mettez-vous en place des moyens pour optimiser la liberté de déplacement des résidents atteints de démence(s), présentant un risque de chute ?

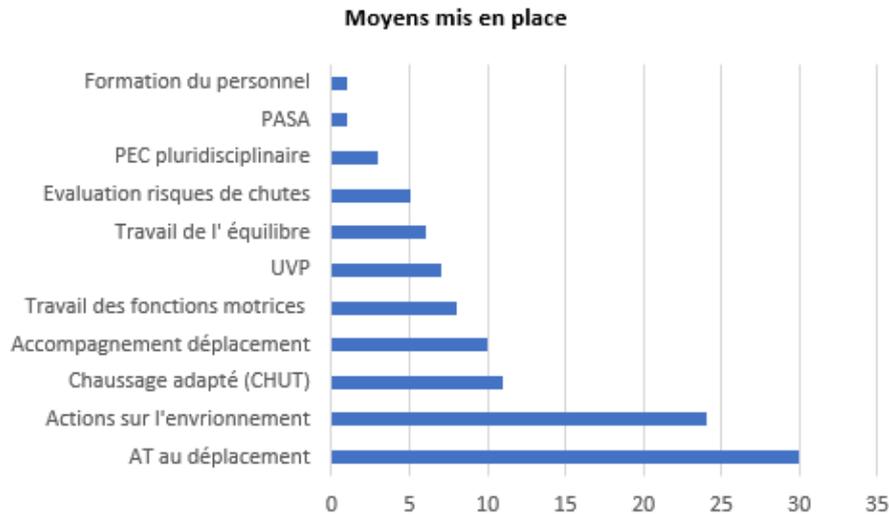


Oui : 47 réponses

Non : 0 réponse

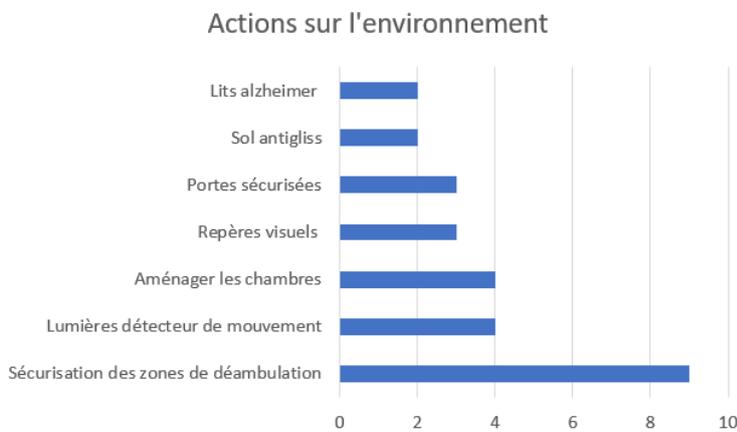
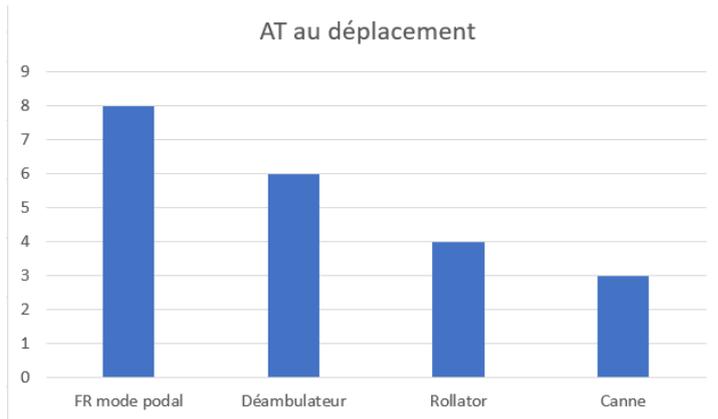
■ Oui ■ Non ■ Je ne sais pas

Question 6 : Si oui, quel(s) moyen(s) mettez-vous en place ?



Résultats en %, par ordre décroissant. Ils sont numérotés de 1 à 11, en partant du bas du graphique :

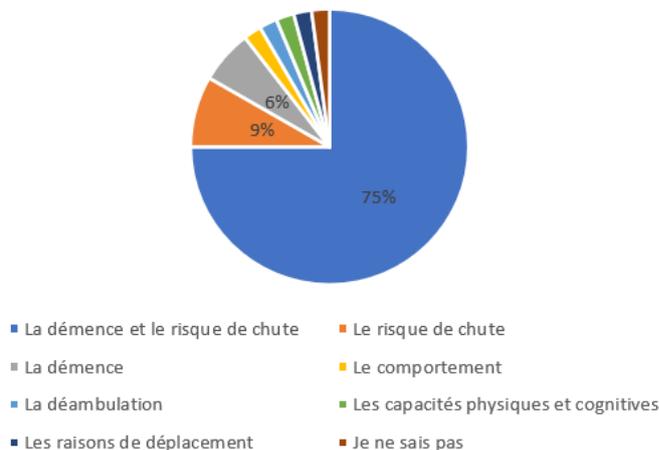
| | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|-------|-------|------|------|------|------|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 10 | 11 |
| 28,3 % | 22,6 % | 10,4 % | 9,4 % | 7,5 % | 6,6% | 5,7% | 4,7% | 2,8% | 1% | 1% |



La sécurisation des zones de déambulation consiste à désencombrer les couloirs et à disposer des barres d'appuis tout au long.

Objectif : Avoir des connaissances sur la mise en place de ces moyens

Question 7 : Parmi les propositions suivantes, que prenez-vous d'abord en considération, pour mettre en place ces moyens ? (Propositions : La démence – Le risque de chute – Les deux – Autre – Je ne sais pas)

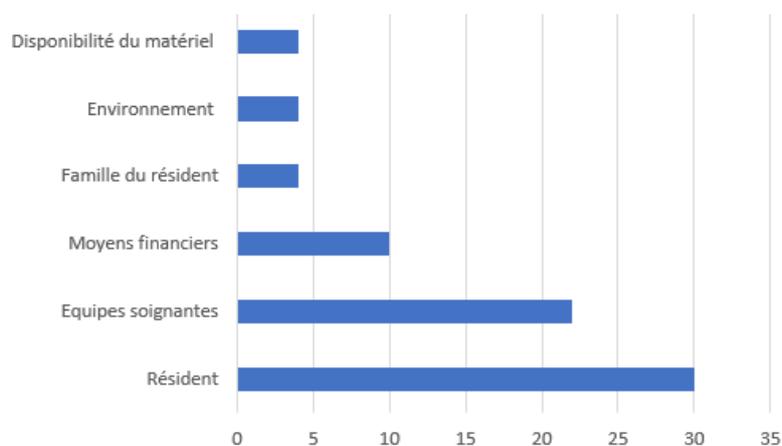


La démence et le risque de chute : 35 réponses

Le risque de chute : 4 réponses

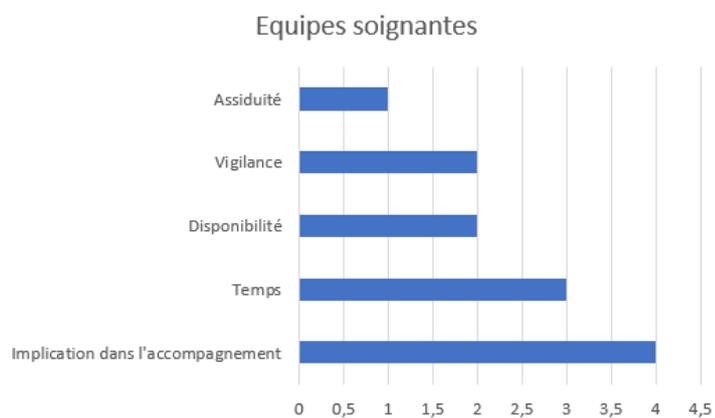
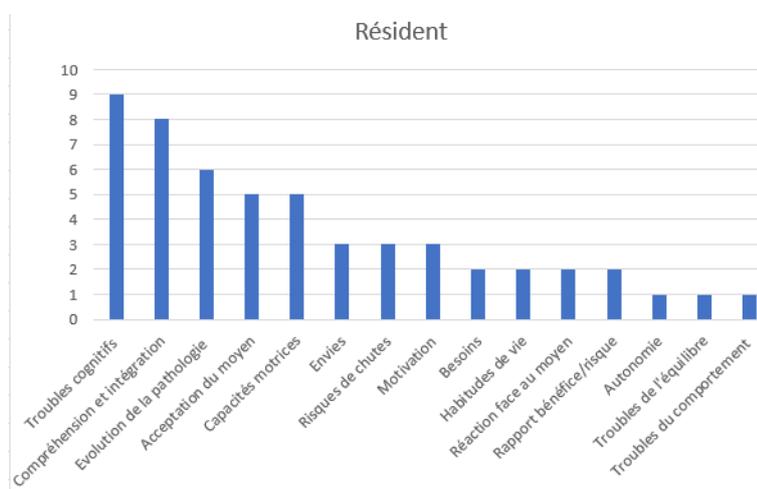
La démence : 3 réponses

Question 8 : Selon vous, de quoi dépendent les moyens mis en place ?

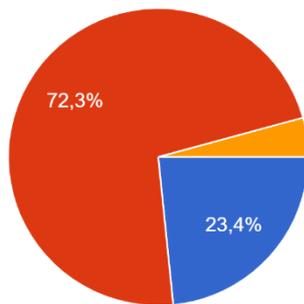


Résultats en %, par ordre décroissant. Ils sont numérotés de 1 à 6, en partant du bas du graphique :

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------|-------|-------|------|------|------|
| 40,5% | 29,7% | 13,5% | 5,4% | 5,4% | 5,4% |



Question 9 : Estimez-vous que les moyens utilisés soient spécifiques aux résidents atteints de démence(s) ?



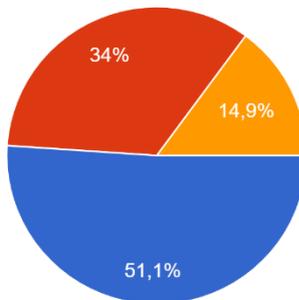
● Oui
● Non
● Je ne sais pas

Non : 34 réponses

Oui : 11 réponses

Je ne sais pas : 2 réponses

Question 10 : Pensez-vous avoir les moyens nécessaires pour mettre en place ces démarches ?



● Oui
● Non
● Je ne sais pas

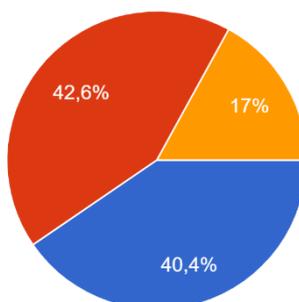
Oui : 24 réponses

Non : 16 réponses

Je ne sais pas : 7 réponses

Objectif : Savoir si l'intérêt des moyens mis en place est compris par les résidents

Question 11 : De façon générale, trouvez-vous que l'intérêt des moyens mis en place est compris par les résidents ?



● Oui
● Non
● Je ne sais pas

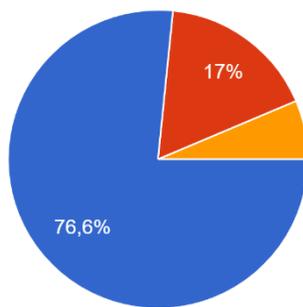
Non : 20 réponses

Oui : 19 réponses

Je ne sais pas : 8 réponses

Objectif : Savoir si les moyens mis en place sont acceptés par les résidents

Question 12 : De façon générale, trouvez-vous que les moyens mis en place sont acceptés par les résidents ?



● Oui
● Non
● Je ne sais pas

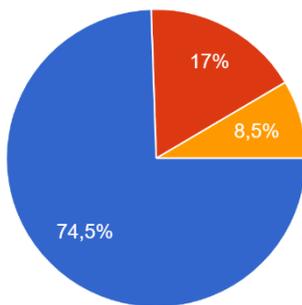
Oui : 36 réponses

Non : 8 réponses

Je ne sais pas : 3 réponses

Objectif : Avoir des connaissances sur l'efficacité de ces moyens

Question 13 : Selon vous, les moyens utilisés, sont-ils efficaces pour optimiser la liberté de déplacement ?



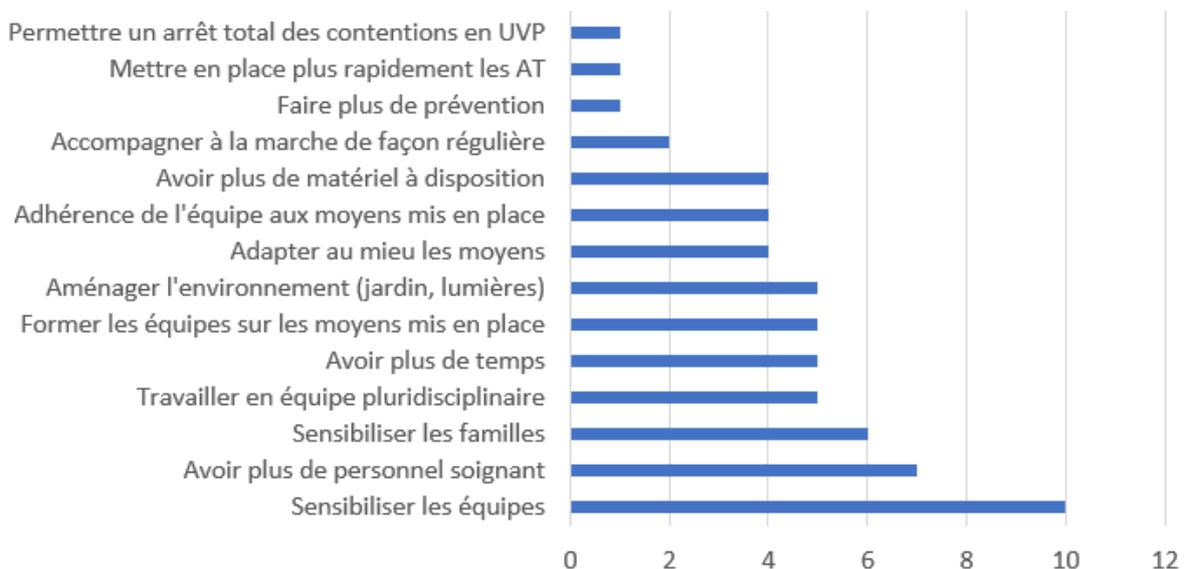
● Oui
● Non
● Je ne sais pas

Oui : 35 réponses

Non : 8 réponses

Je ne sais pas : 4 réponses

Question 14 : Quelles propositions pourriez-vous faire pour améliorer l'efficacité de vos moyens ?



La sensibilisation des équipes est portée, entre autres, sur la bonne utilisation et le suivi des moyens mis en place (x3), sur les effets des contentions (x2), sur les chutes et leurs conséquences (x1), sur l'importance des déplacements (x1) et sur l'acceptation du risque (x1).

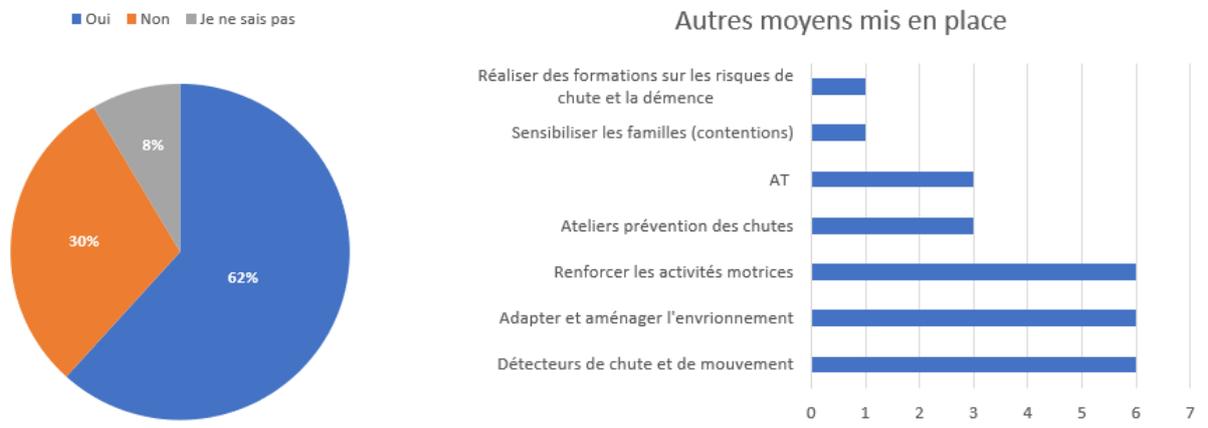
La sensibilisation des familles est portée, entre autres, sur les effets des contentions et sur l'acceptation du risque.

Résultats en %, par ordre décroissant. Ils sont numérotés de 1 à 14, en partant du bas du graphique :

| 1 | 2 | 3 | 4 - 5 - 6 - 7 | 8 - 9 - 10 | 11 | 12 - 13 - 14 |
|-------|-------|-----|---------------|------------|------|--------------|
| 16,6% | 11,6% | 10% | 8,3% | 6,7% | 3,3% | 1,7% |

Objectif : Connaitre les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant un risque de chute

Question 15 : Souhaiteriez-vous mettre en place d'autres moyens ? Si oui, lesquels ?



Oui : 29 réponses, Non : 14 réponses, Je ne sais pas : 4 réponses

« Adapter et aménager l'environnement » comprend : aménager et adapter l'UVP, le jardin et l'extérieur de l'établissement (bancs, trottoirs) et la mise en place d'une salle snoezelen.

« Renforcer les activités motrices » comprend : le renforcement de parcours de marche, la gym douce et le souhait de proposer une TNM à tous les résidents.

« AT » comporte : la mise en place de verticalisateurs mobiles, de chaussures orthopédiques et d'un système pour s'orienter dans le temps et l'espace.

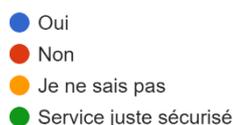
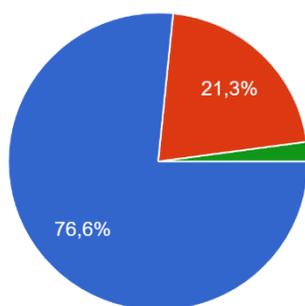
Résultats en %, par ordre décroissant. Ils sont numérotés de 1 à 7, en partant du bas du graphique :

| | | |
|-----------|-------|-------|
| 1 - 2 - 3 | 4 - 5 | 6 - 7 |
| 23% | 13% | 4,3% |

Variable 3 : Avoir des informations sur la liberté de déplacement des résidents

Objectif : Faire un état des lieux sur la liberté de déplacement en EHPAD

Question 16 : Il y a-t-il une unité Alzheimer au sein de votre établissement ?

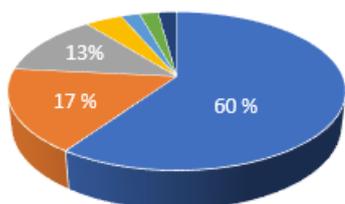


Oui : 36 réponses

Non : 10 réponses

Autre (vert) : 1 réponse

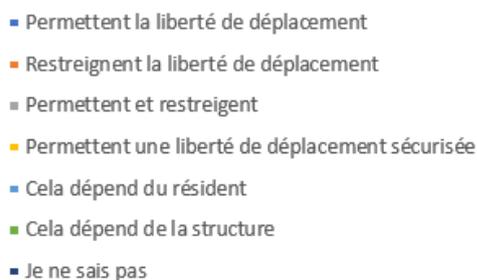
Question 17 : Selon vous, les unités Alzheimer : (Propositions : Permettent la liberté de déplacement - Restreignent la liberté de déplacement – Les deux – Je ne sais pas – Autre)



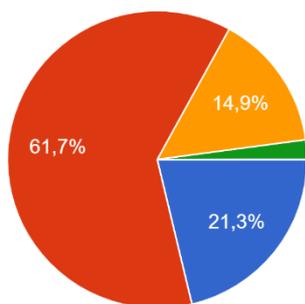
Permettent : 28 réponses

Restreignent : 8 réponses

Permettent et restreignent : 6 réponses



Question 18 : Le résident est-il libre de déambuler dans votre établissement, lorsqu'il est atteint de démence(s) et qu'il présente un risque de chute ?



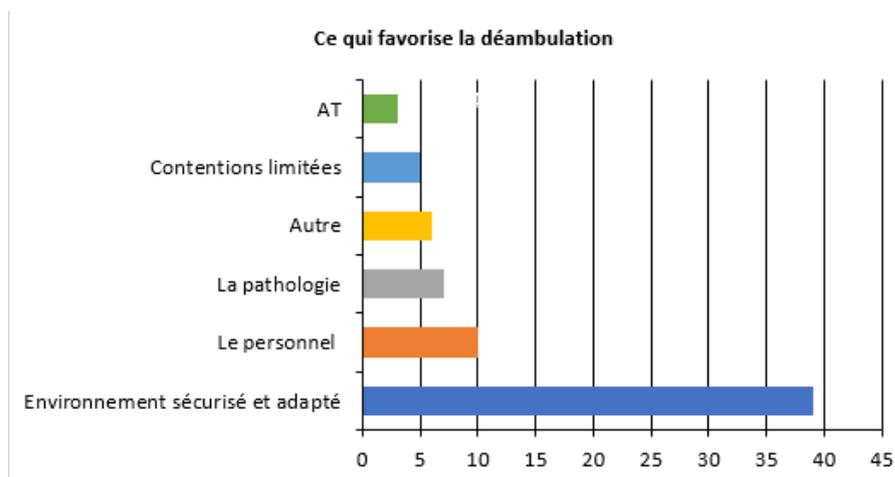
Oui souvent : 29 réponses

Oui toujours : 10 réponses

Oui rarement : 7 réponses

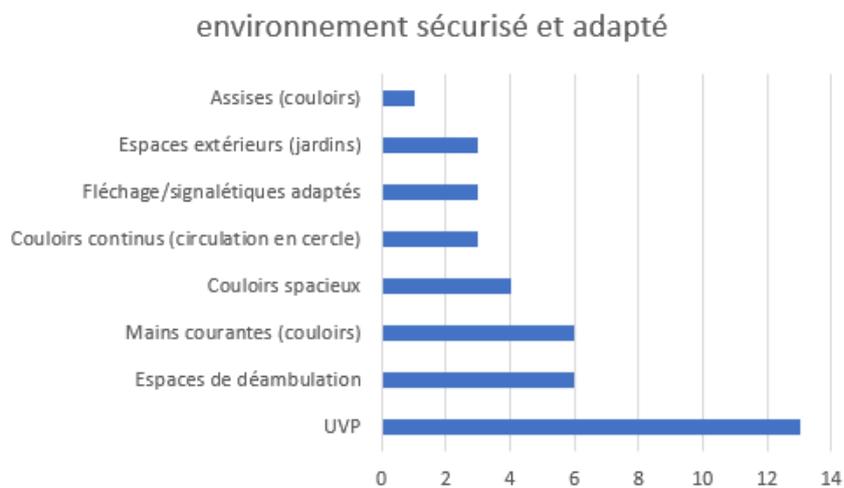
Non jamais : 1 réponse

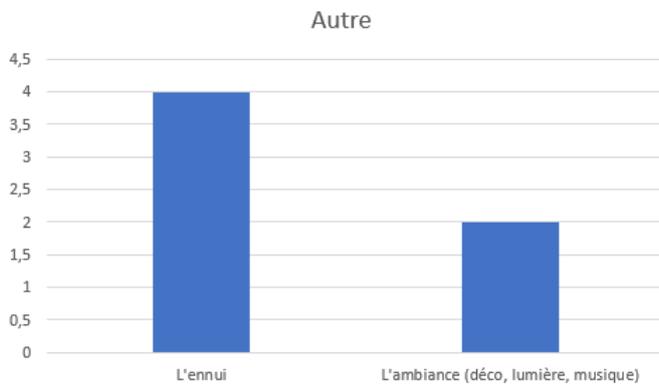
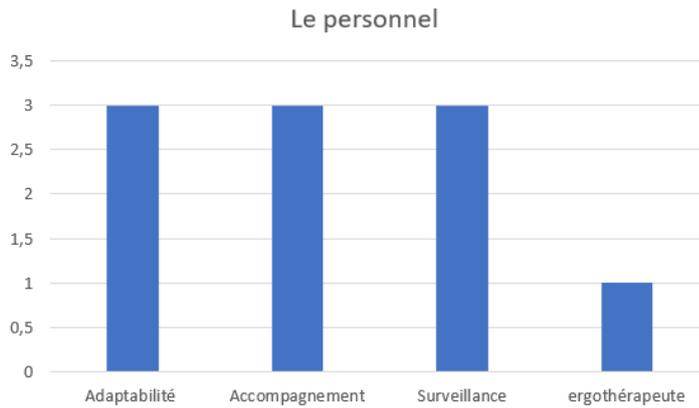
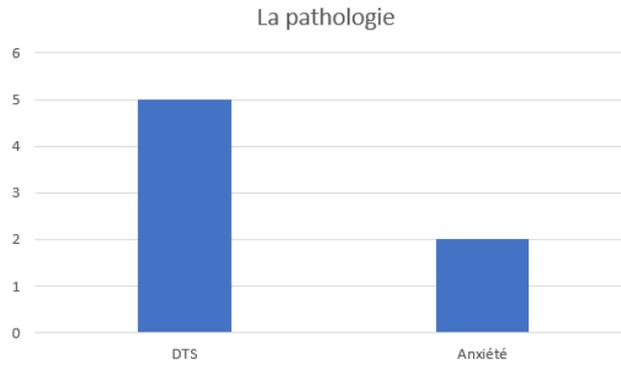
Question 19 : Selon vous, qu'est ce qui favorise la déambulation de ces résidents dans l'établissement ?



Résultats en %, par ordre décroissant. Ils sont numérotés de 1 à 6, en partant du bas du graphique :

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----|-----|-----|----|----|----|
| 56% | 14% | 10% | 9% | 7% | 4% |



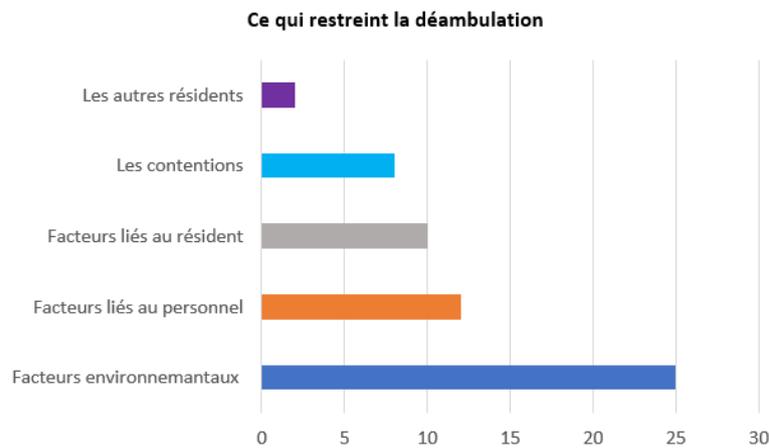


AT : Aides techniques

UVP : Unité de vie protégée

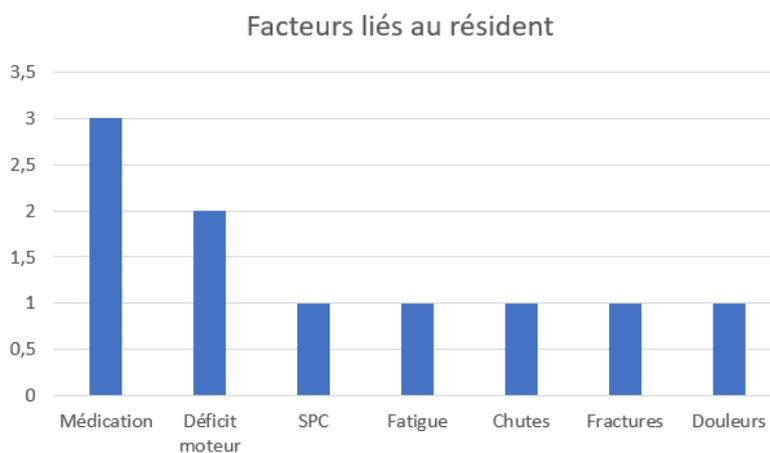
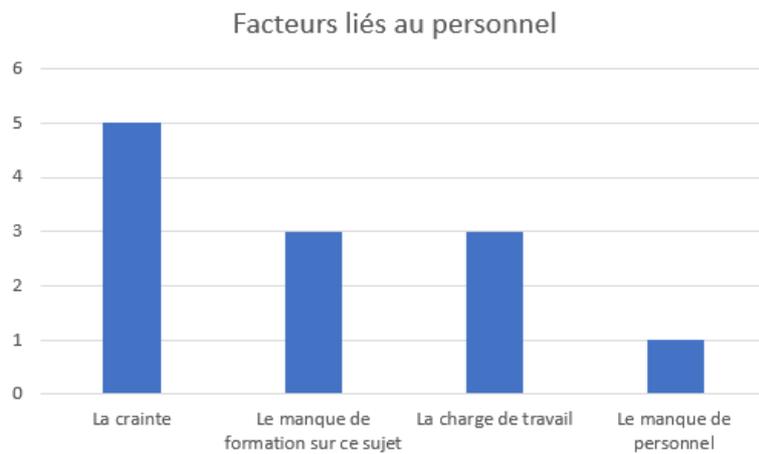
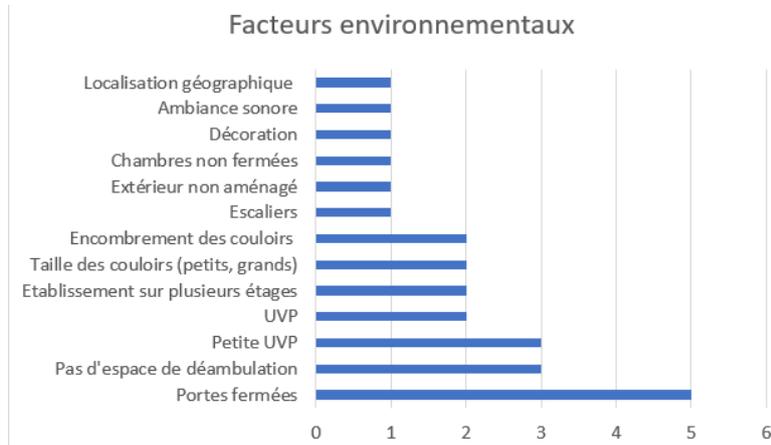
DTS : Désorientation temporo-spatiale

Question 20 : Selon vous, qu'est ce qui restreint la déambulation de ces résidents dans l'établissement ?



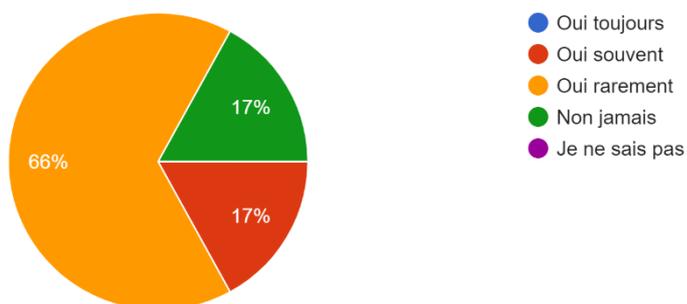
Résultats en %, par ordre décroissant. Ils sont numérotés de 1 à 5, en partant du bas du graphique :

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|-----|-------|-----|------|
| 44% | 21% | 17,5% | 14% | 3,5% |



SPC : Syndrome post-chute

Question 21 : Une contention est-elle mise en place dans votre établissement lorsque le résident est atteint de démence(s) et qu'il présente un risque de chute ?

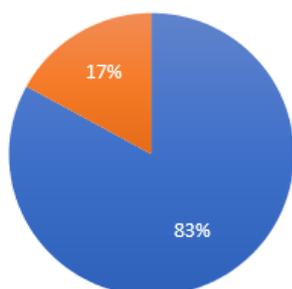


Oui rarement : 31 réponses

Oui souvent : 8 réponses

Non jamais : 8 réponses

Question 22 : Parmi ces propositions, quelle est la plus efficace, selon vous, pour prévenir la chute du résident sur du long terme ? (Propositions : Maintenir une déambulation régulière – Favoriser une contention physique pour éviter les déambulations à risque – Je ne sais pas – Autre)

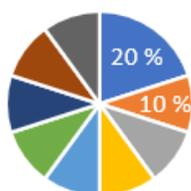


Maintenir une déambulation régulière : 39 réponses

Autre : 8 réponses

- Maintenir une déambulation régulière
- Autre
- Favoriser une contention physique pour éviter les déambulations à risque
- Je ne sais pas

Autre



- Evaluation régulière du risque de chute
- Environnement sécurisé
- Alimentation adaptée
- Stimulations (transferts, marche)
- Chaussage adapté
- Dépend de la personne
- Surveillance
- Gestion de l'équilibre
- Vigilance médication

Annexe 6.2 : Tableau codifié

Les variables correspondent aux questions 3 à 22 du questionnaire.

| Variable | Type | Codage |
|---------------------|-------------------------|--|
| Temps d'exercice | Quantitative (continue) | 1 = 0-5 ans 2 = 5-10 ans 3 = + de 10 ans |
| Sexe | Qualitative | 1 = Femme 0 = Homme 2 = Autre |
| Moyens mis en place | Qualitative | 0 = Oui 1 = Non 2 = Je ne sais pas |
| Types de moyens | Qualitative | 1 = AT au déplacement 2 = Actions sur l'environnement 3 = Chaussage adapté 4 = Accompagnement au déplacement 5 = Travail des fonctions motrices 6 = UVP 7 = Travail de l'équilibre 8 = Evaluation des risques de chutes 9 = PEC pluridisciplinaire 10 = PASA 11 = Formation du personnel |
| Priorité | Qualitative | 1 = La démence 2 = Le risque de chute 3 = La démence et le risque de chute 4 = Autre 5 = Je ne sais pas |
| Dépendance | Qualitative | 1 = Résident 2 = Equipes soignantes 3 = Moyens financiers 4 = Famille du résident |

| | | |
|-------------------------|-------------|--|
| | | 5 = Environnement 6 = Disponibilité du matériel |
| Spécificité | Qualitative | 0 = Oui 1 = Non 2 = Je ne sais pas |
| Ressources | Qualitative | 0 = Oui 1 = Non 2 = Je ne sais pas |
| Compréhension | Qualitative | 0 = Oui 1 = Non 2 = Je ne sais pas |
| Acceptation | Qualitative | 0 = Oui 1 = Non 2 = Je ne sais pas |
| Efficacité | Qualitative | 0 = Oui 1 = Non 2 = Je ne sais pas |
| Amélioration des moyens | Qualitative | 1 = Sensibiliser les équipes 2 = Avoir plus de personnel soignant 3 = Sensibiliser les familles 4 = Travailler en équipe pluridisciplinaire 5 = Avoir plus de temps 6 = Former les équipes 7 = Aménager l'environnement 8 = Adapter au mieux les moyens 9 = Adhérence de l'équipe aux moyens mis en place 10 = Avoir plus de matériel à disposition 11 = Accompagner à la marche de façon régulière 12 = Faire plus de prévention 13 = Mettre en place plus rapidement les moyens |

| | | |
|---------------------------|-------------|---|
| | | 14 = Arrêt total des contentions en UVP |
| Autres moyens (souhaités) | Qualitative | <p>0 = Oui</p> <p>_ = Non ou Je ne sais pas</p> <p>1 = Détecteurs de chutes et de mouvements</p> <p>2 = Adapter et aménager l'environnement</p> <p>3 = Renforcer les activités motrices</p> <p>4 = Atelier prévention des chutes</p> <p>5 = AT</p> <p>6 = Sensibiliser les familles</p> <p>7 = Formations sur les risques de chutes et la démence</p> |
| Unité Alzheimer (UA) | Qualitative | <p>0 = Oui</p> <p>1 = Non</p> <p>2 = Je ne sais pas</p> <p>3 = Autre</p> |
| UA buts | Qualitative | <p>1 = Permettent la liberté de déplacement</p> <p>2 = Restreignent la liberté de déplacement</p> <p>3 = Permettent et restreignent la liberté de déplacement</p> <p>4 = Autre</p> <p>5 = Je ne sais pas</p> |
| Déambulation | Qualitative | <p>1 = Oui toujours</p> <p>2 = Oui souvent</p> <p>3 = Oui rarement</p> <p>4 = Non jamais</p> <p>5 = Je ne sais pas</p> |
| Atouts | Qualitative | <p>1 = Environnement sécurisé et adapté</p> <p>2 = Le personnel</p> <p>3 = La pathologie</p> <p>4 = Autre</p> <p>5 = Contentions limitées</p> |

| | | 6 = AT |
|-----------------------|-------------|---|
| Limites | Qualitative | 1 = Facteurs environnementaux 2 = Facteurs liés au personnel 3 = Facteurs liés au résident 4 = Contentions 5 = Autres résidents |
| Contentions | Qualitative | 1 = Oui toujours 2 = Oui souvent 3 = Oui rarement 4 = Non jamais 5 = Je ne sais pas |
| Prévention des chutes | Qualitative | 1 = Maintenir une déambulation régulière 2 = Favoriser une contention physique pour éviter les déambulations à risque 3 = Autre 4 = Je ne sais pas |

Annexe 6.3 : Tableau croisé des réponses

| | Temps | Sexe | Moyens | Types | Priorité | Dépendance | Spécificité | Ressources | Compréhension | Accept ^a | Efficacité | Amélioration | Autres | UA | UA buts | Déamb ^b | Atouts | Limites | Contentions | Prév. Chutes |
|--------|-------|------|--------|-------|----------|------------|-------------|------------|---------------|---------------------|------------|--------------|--------|----|---------|--------------------|--------|---------|-------------|--------------|
| Ergo1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| | | | | 2 | | 2 | | | | | | 6 | 2 | | | | 2 | 3 | | |
| | | | | 3 | | 4 | | | | | | 10 | 4 | | | | 6 | | | |
| | | | | 4 | | 5 | | | | | | 12 | 7 | | | | | | | |
| | | | | 5 | | 6 | | | | | | 13 | | | | | | | | |
| | | | 6 | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | |
| | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| | | | | 4 | | 2 | | | | | | 7 | | | | | | 4 | | |
| Ergo3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 6 | - | 0 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | 1 |
| | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo4 | 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 9 | 14 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | |
| Ergo5 | 1 | 1 | 0 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | | |
| Ergo6 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| | | | | 3 | | 2 | | | | | | 10 | | | | | | | | |
| | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | - | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| | | | | 2 | | 2 | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | |
| | | | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 |
| | | | | 2 | | 3 | | | | | | 2 | 2 | | | | 3 | 3 | | |
| | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | 4 | | |
| | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo9 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| | | | | 3 | | | | | | | | 7 | | | | | | | | |
| Ergo10 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 8 | - | 0 | 2 | 4 | 5 | 1 | 3 | 1 |
| | | | | 4 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 8 | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo11 | 1 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | - | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 |
| | | | | 3 | | 3 | | | | | | 4 | | | | | 4 | 3 | | |
| Ergo12 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | - | 1 | 5 | 1 | 3 | - | 4 | 1 |
| | | | | 2 | | 2 | | | | | | | | | | | 4 | | | |
| | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo13 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | - | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | - | - | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | 2 | | | |
| | | | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo14 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| | | | | 4 | | 5 | | | | | | 6 | | | | | | 2 | | |
| | | | | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo15 | 3 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | - | 0 | 1 | 3 | 2 | 1 | 4 | 1 |
| | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo16 | 1 | 1 | 0 | 6 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 3 | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 1 |
| | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo17 | 3 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 5 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo18 | 1 | 1 | 0 | 3 | 3 | - | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo19 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 7 | 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | 4 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ergo20 | 1 | 1 | 0 | 6 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | - | - | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| Ergo21 | 1 | 1 | 0 | 6 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | - | 3 | 1 |
| Ergo22 | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | 3 | 3 |
| Ergo23 | 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | - | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 |
| Ergo24 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 | 2 | - | 4 | 3 | 3 |
| | | | 0 | 3 | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 8 | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo25 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 9 | - | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| | | | 3 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo26 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo27 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| | | | 3 | | | | | | | | | | 3 | | | | | 3 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | |
| Ergo28 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 6 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | |
| | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo29 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | - | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 1 |
| | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo30 | 1 | 1 | 0 | - | 1 | - | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 8 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | |
| Ergo31 | 3 | 1 | 0 | 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 3 | - | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 | 3 |
| Ergo32 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 | 2 | 0 | 1 | 3 | 4 | 1 | 2 | 1 |
| | | | 3 | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo33 | 1 | 1 | 0 | 6 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo34 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 | | | |
| Ergo35 | 3 | 1 | 0 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 0 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 |
| | | | 2 | | 3 | | | | | | | | | | | | 6 | 3 | | |
| | | | 4 | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo36 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 11 | - | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| | | | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo37 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 10 | 5 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Ergo38 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 3 | - | 4 | 1 |
| | | | 2 | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | |
| Ergo39 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | - | 0 | 1 | 2 | 5 | 2 | 4 | 1 |
| | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo40 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 6 | - | 0 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | | |
| | | | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergo41 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | - | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 |
| | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | 5 | | | |

Résumé

Introduction : Les chutes sont plus fréquentes chez les personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence. Après une chute, des contentions peuvent être mises en place, restreignant alors la liberté de déplacement. L'objectif de la recherche est donc d'étudier les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour optimiser la liberté de déplacement auprès de ces personnes. **Méthode** : Un questionnaire a été envoyé. Une analyse descriptive et statistique ont été réalisées pour traiter les résultats. **Résultats** : 47 ergothérapeutes ont participé. Les principaux moyens mis en place seraient, entre autres, des aides techniques au déplacement (28%) et des actions sur l'environnement (23%). Ils seraient efficaces à 75% et acceptés par les résidents à 76%. L'analyse statistique, réalisée avec l'ANOVA et le test du Khi-deux, démontre que le sexe et l'ancienneté de l'ergothérapeute n'influenceraient pas le choix des moyens mis en place. **Conclusion** : L'échantillon étant non représentatif de la population visée, les résultats ne sont pas transférables. Une nouvelle étude à plus grande échelle serait nécessaire afin de confirmer les résultats obtenus.

Mots clés : Ergothérapeutes, Personne âgée, Démences, Chutes, Liberté de déplacement, Institutions

Abstract

Introduction: Falls are more common among in the elderly with dementia living in nursing homes. After a fall, physical restraints can be put in place, restricting the freedom of movement. The objective of the research is to study the means put in place by the occupational therapists to optimize these people's freedom of movement. **Method**: A questionnaire was sent, and a descriptive and statistical analysis were conducted to process the results. **Results**: 47 occupational therapists participated. The main means put in place are, among others, assistive devices (28%) and environment's modification (23%). This means would be 75% effective and accepted by residents at 76%. The statistical analysis, carried out with the ANOVA and the Khi-two test, shows that the gender and the occupational therapist' seniority would not influence the choice of means put in place. **Conclusion**: The results are not transferable because the sample is not representative of the target population. A new, larger-scale study would be required to confirm the results obtained.

Key words: Occupational Therapists, Elderly, Dementia, Falls, Freedom of Movement, Nursing homes