

POINT DE MIRE SUR LA PREVENTION CHEZ LES PERSONNES AGEES A PARTIR D'UN THEME ET PROBLEME DE SANTE : « LES CHUTES »

Rosario LEROY-CALATAYUD

OCTOBRE 2004

« Autrefois, un vieillard était un monsieur qui avait emmagasiné le temps, mais un temps dans lequel rien ne changeait. Il était encore respecté. Ce qu'il savait pouvait constituer une somme utile à la génération suivante. On venait le consulter, il avait de l'expérience. Actuellement, un vieillard a l'expérience d'un monde qui a déjà disparu » Henri Laborit, entretiens.

«Oui, je suis tombée chez moi, et puis je ne pouvais plus me relever, alors ça a déclenché pas mal de choses ..., qu'est-ce qu'on peut faire de moi ?, on cherche quelles solutions prendre. Pour savoir qu'est ce qu'on peut faire de moi, où on me met ... C'est notre drame des personnes d'un certain âge ... Et puis il y a ma nièce avec moult recommandations, de quoi je me mêle ! comme si j'avais eu recours à elle pour vivre !... Il faut s'avouer que s'entendre dire ça, ça fait mal ! ... Remarquez, que j'aime lire, j'aime les mots croisés, frapper un Scrabble, enfin, j'ai une vie bien vivante.... Combien il y en a t-il comme moi ? ... » , entretiens dans La misère du Monde¹.

« Ce qu'il faut c'est remettre l'économie à sa place. L'économie est au service de l'homme et non l'inverse [...] tout est une question d'orientation de fonds [...] comme vice-président de la commission pour la recherche, j'ai vu un représentant de sciences sociales faire une proposition d'étude pour 300 000 FS. Hilarité dans la salle ! Tout le monde s'est dit « Il rêve ». La minute d'après, on acceptait une recherche en médecine pour un montant de 1.5 millions sans aucune question !. Je ne dis pas que les médecins ont trop d'argent [...]. Je ne suis pas sûr que la recherche sur les quarks soit plus complexe (à propos de 300 millions d'euros dont dispose le CERN pour les recherches dans les quarks) ou plus prioritaire que le fonctionnement et l'avenir de notre société [...]». Alexander Bergmann, entretiens et Contre-pensées².

1. INTRODUCTION.....	4
2. BUTS DU TRAVAIL.....	6
3. CONTEXTE.....	7
3.1 PROMOTION/PREVENTION ET COUTS DE LA SANTE EN SUISSE.....	7
3.2 BESOINS DES PERSONNES AGEES EN SUISSE : LES CHUTES COMME UN PROBLEME DE SANTE.....	8
3.3 LES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES À GENÈVE :.....	10
3.4 PROMOTION ET PREVENTION DE LA SANTE DU CANTON DE GENEVE.....	11
4. CADRES THÉORIQUES.....	13
4.1 EPIDEMIOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE.....	13
4.2 EPIDEMIOLOGIE DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES.....	13
4.2.1 <i>Données épidémiologiques : mesures de fréquence.....</i>	<i>14</i>
4.2.2 <i>Dimensions épidémiologiques.....</i>	<i>14</i>
4.2.3 <i>Les facteurs de risques des chutes.....</i>	<i>14</i>
4.2.4 <i>Les conséquences des chutes.....</i>	<i>17</i>
4.3 PREVENTION DES ACCIDENTS ET TRAUMATISMES : MODELES D'INTERVENTION EN SANTE PUBLIQUE.....	17
4.3.1 <i>L'accident et les traumatismes.....</i>	<i>18</i>
4.3.2 <i>Prévention des chutes chez la personne âgée.....</i>	<i>18</i>
4.3.3 <i>Illustration non exhaustive de la chute dans la grille de Haddon.....</i>	<i>20</i>
4.4 CONCLUSION.....	22
5. LES PROJETS GENEVOIS DE SANTE PUBLIQUE DE PREVENTION DE CHUTES CHEZ LA PERSONNE AGEE.....	23
5.1 CONTEXTE ET ÉMERGENCE DES PROJETS.....	23
5.2 PROJET DE SANTÉ PUBLIQUE DE PRÉVENTION DES CHUTES DANS LES EMS.....	24
5.2.1 <i>Objectifs du projet.....</i>	<i>24</i>
5.2.2 <i>Caractéristiques du projet.....</i>	<i>24</i>
5.2.3 <i>Résultats et éléments d'évaluation.....</i>	<i>25</i>
5.2.4 <i>Perspectives.....</i>	<i>25</i>
5.3 PROJET DE SANTE PUBLIQUE DE PREVENTION DE CHUTES CHEZ LA PERSONNE AGEE A DOMICILE.....	26
5.3.1 <i>Objectifs du projet.....</i>	<i>26</i>
5.3.2 <i>Caractéristiques du projet.....</i>	<i>26</i>
5.3.3 <i>Résultats et éléments d'évaluation.....</i>	<i>27</i>
5.3.4 <i>Perspectives.....</i>	<i>27</i>
6. PARCOURS THERAPEUTIQUE : TRAJECTOIRE ET REPRESENTATIONS DES PERSONNES AGEES HOSPITALISEES SUITE A UNE CHUTE.....	29
6.1 INTRODUCTION/CONTEXTE.....	29
6.2 DEVELOPPEMENT DU PROJET.....	29
6.2.1 <i>Phase d'identification.....</i>	<i>29</i>
6.2.2 <i>Phase tactique.....</i>	<i>30</i>
6.2.3 <i>Phase de développement.....</i>	<i>30</i>
6.3 REALISATION DU PROJET.....	32
6.3.1 <i>Mission.....</i>	<i>32</i>
6.3.2 <i>Constats et principes d'action.....</i>	<i>32</i>
6.3.3 <i>Objectifs généraux.....</i>	<i>32</i>
6.3.4 <i>Objectifs opérationnels.....</i>	<i>32</i>
6.3.5 <i>Actions.....</i>	<i>32</i>
6.3.6 <i>Observation de l'événement chute en réhabilitation en milieu hospitalier.....</i>	<i>33</i>
6.3.7 <i>Traçabilité du parcours thérapeutique des patients hospitalisés pour chute: à la recherche de la continuité.....</i>	<i>34</i>
6.3.8 <i>Trajectoire des patients et représentations de la chute.....</i>	<i>35</i>
6.3.9 <i>Collaborations internes aux HUG.....</i>	<i>36</i>
6.3.10 <i>Interlocuteurs externes.....</i>	<i>37</i>

6.4	RESULTATS DU PROJET : TRAJECTOIRE.....	37
6.4.1	<i>Importance du phénomène chute à la CMIR.....</i>	37
6.4.2	<i>Traçabilité et continuité : appréciations qualitatives</i>	38
6.4.3	<i>Traçabilité et continuité : constats.....</i>	38
6.5	ETUDE SUR LES REPRESENTATIONS DE LA CHUTE CHEZ LES PERSONNES AGEES HOSPITALISEES POUR CHUTE.....	39
6.5.1	<i>Cadre de l'étude.....</i>	39
6.5.2	<i>Problématique.....</i>	39
6.5.3	<i>Tendances actuelles des travaux de recherche actuels</i>	41
6.5.4	<i>Hypothèse.....</i>	42
6.5.5	<i>Objectifs</i>	42
6.5.6	<i>Questions de recherche.....</i>	42
6.5.7	<i>Procédures</i>	42
6.5.8	<i>Méthode.....</i>	43
6.5.9	<i>Plan d'analyse.....</i>	45
6.5.10	<i>Axes d'analyse.....</i>	45
6.5.11	<i>Description des interviewés</i>	45
6.5.12	<i>Analyse des résultats</i>	46
6.5.13	<i>Tendances en termes de fréquence de thèmes abordés</i>	46
6.5.14	<i>Réponses aux questions de recherche</i>	48
6.5.15	<i>Tendances en termes de profils par personne et par catégorie</i>	52
6.6	SYNTHESE DES TENDANCES.....	53
6.7	INTERPRETATIONS.....	54
6.8	SYNTHESE ET CONCLUSIONS DE L' ETUDE.....	54
6.8.1	<i>Sur le contexte.....</i>	54
6.8.2	<i>Sur le contenu.....</i>	55
6.8.3	<i>Perspectives pratiques</i>	55
6.8.4	<i>Valorisation.....</i>	55
6.8.5	<i>Perspectives de recherche.....</i>	55
6.9	FINALISATION DU PROJET	56
6.10	CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES DU PROJET.....	57
7.	PROGRAMME DE PREVENTION DES CHUTES CHEZ LA PERSONNE AGEE A GENEVE AUPRES DE LA DGS	58
7.1	MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE 2003-2004	58
7.2	EVALUATION DES PROJETS	58
7.3	LE PROGRAMME AU SEIN D'UNE NOUVELLE POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE.....	59
8.	COMMENTAIRES ET PERSPECTIVES	61
8.1	LE ROLE DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE	61
8.2	SUR LE PLAN CONCEPTUEL DE LA PRÉVENTION EN GÉNÉRAL ET LES OBJECTIFS DE PRÉVENTION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE.....	61
8.3	SUR LE PLAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE	62
8.3.1	<i>Connaissance de l'accident.....</i>	62
8.3.2	<i>Connaissances sur l'accident.....</i>	63
8.3.3	<i>Connaissance sur l'acteur principal.....</i>	63
8.4	SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL	63
8.5	SUR LE PLAN ÉCONOMIQUE	64
8.5.1	<i>Financement de la prévention de chutes des personnes âgées</i>	64
8.5.2	<i>Financement de la prise en charge des conséquences des chutes</i>	64
8.5.3	<i>Financement de la dépense sanitaire concernant les chutes</i>	65
8.6	SUR LE PLAN SOCIAL	65
9.	ANNEXES	66
10.	REFERENCES.....	114

1. INTRODUCTION

Vertige, malaise...., je vacille et risque de tomber face au volume des documents traitant de la « prévention de chutes chez la personne âgée » : publications scientifiques rivalisant de références, méta-analyses d'études de prévention selon les critères EBM (Evidence Base Medicine), programmes de prévention nationaux et régionaux de santé publique, rapports des commissions internationales, brochures de sensibilisation destinées aux professionnels et aux personnes « concernées » sans parler des articles de presse traitant indirectement le sujet, etc. Bref, même taper sur Google « chutes », « personne âgée » et « prévention » équivaut à se condamner à la lecture à perpétuité.

Quand tout paraît déjà dit, quand beaucoup est effectivement écrit par des sommités et face aux équipes spécialisées qui contribuent au développement des connaissances, oser faire un travail dans ce domaine qui, en plus, se voudrait contributif est, disons-le franchement, téméraire. Et pourtant, quelque chose fait défaut, une absence subtile plane : c'est la pauvreté d'information émanant de sources directes, c'est-à-dire de la personne qui chute, de la personne sur qui des mesures spécifiques sont prises, voire imposées. Pourquoi ne trouve-t-on pas dans la littérature des articles illustratifs tels que par exemple : « Ma première chute ou le défi de me relever », « La vie du chuteur en réhabilitation », « La biographie de la personne chuteuse à domicile », « Monographie de la solitude : mes chutes, ma famille et l'EMS » ou encore « Soyez un bon risque pour votre assurance : dépensez pour la prévention » ? Intuitivement, l'adhésion de la personne âgée qui chute est nécessaire, sans quoi, toute mesure de soins, de prévention est compromise et menace donc leur efficacité. Pourtant, refléter l'intégration de la personne âgée qui chute comme partenaire (et non pas seulement comme « malade – objet ») ou au moins transmettre sa parole (scientifiquement et non pas par des sondages d'opinion) ne semble pas être une préoccupation de premier plan.

Malgré les difficultés à l'approcher et les hésitations à traduire sa parole, je n'ai pas pu oublier cet acteur principal : ce vieillard face à moi qui me parle, qui intègre sa chute dans sa trajectoire de vie, dans sa perception très lucide d'une réalité humaine, sociale et économique. Cette personne âgée qui, pour entendre nos propositions, a besoin en contre-partie qu'on lui permette de nous comprendre, de confronter ses savoirs aux nôtres, voire de nous confondre dans nos convictions mêmes¹. Cet aîné me rappelle que pas plus que moi, lui non plus n'est pas préparé à gérer la dépendance surtout lorsqu'elle est brutale³. Ainsi, pour lui, ne plus exister autrement que par le miroir de la chute, marqueur de sa fragilité autant physique qu'émotionnelle, est alors intolérable, voire injuste, et rend du même coup la perception de nos actions vaines et dégradantes.

Intégrer « scientifiquement » la personne âgée peut valoriser le travail titanesque des experts⁴. Ce processus d'intégration compléterait ainsi les dimensions médicales-thérapeutiques qui leur sont propres et faciliterait la communication inter-institutionnelle.

La chute est onéreuse et n'est pas chuteur inclus dans des études qui le veut : par exemple il faut que la personne soit âgée, car une chute à 30 ans c'est un accident, mais une chute à 70 ans, est-ce encore un accident ? Voilà qu'il devient plus compliqué d'appliquer le cadre théorique de la prévention des traumatismes et des accidents. Et d'abord, sur quels critères se base-t-on ? Est-ce que ce sont les mécanismes causant la chute qui déterminent qu'elle n'est plus un accident ou est-ce que ce sont les conséquences et leurs coûts ? Dans quel cadre de financement nous plaçons-nous ? LAMAL, LAA, OFAS ? Relevons que la définition de la chute peut être multiple mais sans conséquence (consensuelle), alors que la définition de l'accident et traumatisme est contextuelle : « L'accident est une notion juridique et réservée »⁵ surtout lorsqu'il s'agit d'accès aux prestations.

La chute chez la personne âgée n'étant pas forcément un accident, il convient alors de l'appeler « acte involontaire de se trouver par terre associé à la vieillesse pathologique »⁶. Voilà, les mots sont lâchés, libérés, la balle change de camp : « la vieillesse » !!! Mot tabou car elle nous guette tous et le risque qu'elle

¹ Les citations introduites dans le travail émanent des entretiens effectués auprès des personnes âgées chuteuses.

soit « pathologique » est ô combien angoissant. Mots terribles et stigmatisants qui nous concernent tous, que l'on soit nanti ou démuné, que l'on soit confronté comme professionnel ou comme décideur, car les vieux et notamment les « vieux pathologiques », coûtent cher à la société (mais chers par rapport à quoi dans un cycle normal de vie ?). Et, paradoxalement, il semble que « il n'y a pas de véritable politique de vieillesse en Suisse »⁷.

Ainsi, la prévention des chutes chez les personnes âgées est aussi une invitation à poser un regard sur la politique (au sens anglais policy) du vieillissement de la population, sujet cher (au sens propre et figuré) de la santé publique. C'est un cadre indispensable à la compréhension des options organisationnelles mais surtout des choix économiques et politiques (au sens anglais de political) (ou inversement) car la vieillesse est aussi un marché, un marché de soins et de santé en plein essor dont la production des biens et l'offre des prestations sont empreints d'intérêts loin d'être encore convergents.

2. BUTS DU TRAVAIL

L'allocation des ressources destinées à la prévention et à la promotion de la santé en Suisse, 2^{ème} pays au monde à dépenser autant pour son système sanitaire, équivaut à 1.5 % de son budget global.⁸ Actuellement, les déficits budgétaires et la dénonciation de l'explosion des coûts des soins rendent non seulement plus difficile de défendre une politique de prévention et de promotion mais menacent d'appauvrir l'allocation de ressources. Lorsque des interventions existent, il devient alors urgent de savoir de quoi et du pourquoi l'on parle, puisque chacun de nous est non seulement amené à payer un lourd tribut mais également, et surtout, à se voir offrir ce type de prestations². S'il est intéressant de se pencher sur ce choix d'allocation, et même de voir sa traduction dans la réalité, il est d'autant plus intéressant de se pencher sur la pertinence ou le sens que ces prestations ont pour les personnes concernées, celles là mêmes à qui elles sont destinées.

L'existence des mesures de promotion de la santé et prévention sous-tend une orientation dans la politique de santé. Dans d'autres pays européens moins dépensiers que la Suisse, mais dont la population se porte aussi bien qu'en Suisse¹⁰, ces mesures font partie intégrante des systèmes sanitaires et d'éducation. La santé ne revêt pas alors seulement les soins.

Le but de ce travail est de mener une réflexion à trois niveaux, témoins de la complexité et transversalité en santé publique de la prévention des chutes chez la personne âgée¹¹, à travers l'exemple des projets du programme de santé publique de prévention des chutes de la personne âgée réalisés pendant les années 2001-2004 sous la supervision de la Direction Générale de la Santé (DGS) du canton de Genève. Les points développés sont :

1. Les cadres scientifique, légal, politique et économique comme conditions cadres de santé publique nécessaires à :
 - l'émergence et au maintien de ce type de projet,
 - la modération des logiques et réalités institutionnelles,
 - la « débanalisation » des problèmes complexes,
 - la valorisation d'une interdisciplinarité et l'apport des sciences humaines à l'économie de santé.
2. Les alternatives d'action et la cohérence entre les prestations offertes et les attentes des clients.
3. L'observation de la communication inter-institutionnelle, base de la continuité et de l'efficacité des prestations, garante de la continuité du parcours thérapeutique intégré dans des trajectoires de vie.

Le présent travail se structure de la façon suivante:

- Une présentation synthétique du contexte de santé publique genevois et suisse relatif à la prévention des chutes chez la personne âgée,
- Un rappel synthétique des cadres scientifiques à la base des actions réalisées au sein des projets,
- Une description de 3 projets genevois. Le projet « trajectoires et représentations des chutes chez la personne âgée » est le point de mire de ce travail de mémoire puisqu'il permet la réflexion sur les interventions basées sur le savoir scientifique, comparées aux représentations des personnes âgées qui chutent.
- Une présentation de l'actuel programme de prévention des chutes chez la personne âgée auprès de la DGS au regard du panorama actuel de la santé publique genevoise en pleine réforme,
- Des perspectives proposées en guise de conclusion.

² En Suisse, les coûts de la santé sont assumés pour 90% par les ménages⁹.

3. CONTEXTE

Le vieillissement³ de la population est un défi du système sanitaire. En effet, avec l'âge augmente la probabilité d'être malade, hospitalisé ou hébergé en institution médico-sociale. Ceci se traduit par une augmentation du coût des soins et par le prolongement du versement des pensions-vieillesse. Le système sanitaire doit alors anticiper les besoins de cette population et chercher à minimiser l'impact des maladies chroniques et des incapacités lorsque celles-ci sont présentes.

Le vieillissement est associé à l'espérance de vie de la population. En Suisse, selon les données de l'Office fédéral de la statistique, l'espérance de vie moyenne des hommes est de 76.5 ans et celle des femmes de 82.6 ans¹². Elle est un paramètre nécessaire dans la planification des besoins d'un système sanitaire mais nécessite cependant des précisions quant à savoir s'il s'agit d'années de vie gagnées en bonne santé ou de la prolongation de la vie dans la maladie⁴.

Compte tenu de l'évolution de l'espérance de vie et du recul de la morbidité, on assisterait à moyen terme à une rectangularisation de la courbe de survie¹³, c'est-à-dire qu'après une période importante de survie en bonne santé, le nombre de personnes tombant malades et décédant dans un temps minimum deviendrait plus important.

L'état de santé des personnes âgées est évalué sur leurs limitations fonctionnelles, ceci tant pour l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité que pour celles définissant la proportion des personnes tributaires des soins et en particulier, dans le cas présent, des personnes âgées dépendantes. Parmi les causes associées ou non à des maladies chroniques et cardio-vasculaires, les problèmes de mobilité sont des incapacités fréquentes et qui influencent grandement la qualité de vie des aînés. Dans les pays industrialisés, tel que le Canada, rappelons que l'un des plus graves problèmes de mobilité survient après une fracture de hanche consécutive à une chute¹⁴.

3.1 PROMOTION/PREVENTION ET COÛTS DE LA SANTE EN SUISSE

« La santé n'a pas de prix mais elle a un budget ». Les coûts de la santé comprennent les ressources directement dépensées pour l'exécution d'activités qui visent la promotion et la sauvegarde de la santé, la prévention, les soins et la réhabilitation sanitaires. A rappeler que le montant des dépenses relatives à la santé en Suisse représente entre 10% et 11 % de son PIB¹⁵.

En Suisse, la répartition de ces dépenses selon les agents de production est la suivante (ordre de grandeur):

- soins stationnaires : 53 %,
- soins ambulatoires : 40 %,
- assurances sociales et État : 7 %.

La répartition selon la nature des activités réalisées est intéressante dans le cadre de ce travail car elle reflète la faible proportion des dépenses en matière de prévention par rapport aux autres postes :

- soins stationnaires : 47 %,
- soins ambulatoires : 35 %,

³ Le vieillissement de la population se réfère au vieillissement démographique. On parle de vieillissement par la base lorsque la proportion des jeunes diminue et que cette baisse se répercute arithmétiquement sur la proportion du groupe âgé. Le vieillissement par le sommet se réfère à la proportion des personnes âgées qui croît en raison d'un allongement de la durée de vie aux âges élevés⁹.

⁴ L'espérance de vie sans incapacité est égale à l'espérance de vie moins le nombre d'années d'incapacité qu'aurait vécu une personne subissant les conditions d'incapacité prévalant pendant l'année (l'incapacité a une définition internationale). En Suisse, au cours de la dernière décennie, l'espérance de vie sans incapacité a augmenté plus rapidement que l'espérance de vie⁹ (on parle aussi d'espérance de vie en bonne santé.)

- médicaments : 11 %,
- administration : 5,5 %.
- prévention : 1,5 %

La santé publique en Suisse relève d'abord de la responsabilité de chaque canton ¹⁶ et de ce fait, il existe des différences entre les politiques des cantons, que ce soit au niveau de la législation ou au niveau des activités. Dans le cadre des conférences des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (organe politique de coordination des 26 directions cantonales), des actions encourageant la création de programmes de prévention et promotion de la santé sont discutées et évaluées.

En 1983, le projet de loi fédérale sur la prévention avait rencontré une opposition des cantons. De ce fait, le domaine de la prévention et de la promotion de la santé a vu émerger une stratégie d'ensemble au début des années 90. Actuellement, la prévention et la promotion de la santé sont menées par des instances nationales, que ce soit des institutions fédérales telles que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), des institutions comme la CNA/SUVA (Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents), le BPA (Bureau de prévention des accidents), Promotion santé suisse, etc., ou des institutions privées d'obédience nationale comme Pro-Senectute, Pro-Infirmis, Pro-Juventute ainsi que les Ligues de santé.

Plusieurs cantons se sont dotés de lois sur la santé publique avec une référence explicite à la prévention/promotion. C'est le cas notamment du Tessin qui développe depuis 1984 des programmes de prévention des maladies chroniques associés à des actions dans le domaine de l'éducation à la santé, actions menées particulièrement dans les écoles. A relever que l'analyse de l'efficacité de son système de santé est à l'origine de ce type d'action.

Dans le domaine des biens et services destinés aux personnes âgées, il existe un ensemble de mesures correspondant aux interventions des pouvoirs publics. Ces mesures concernent le revenu, la santé et le soutien à l'insertion sociale des personnes âgées. C'est dans ce cadre que se situent les interventions de prévention et de promotion de la santé chez les personnes âgées selon des besoins ou des problèmes de santé identifiés. Parmi ces problèmes de santé figurent les chutes et les actions destinées à leur prévention.

3.2 BESOINS DES PERSONNES AGEES EN SUISSE : LES CHUTES COMME UN PROBLEME DE SANTE

Les besoins en soins des personnes âgées pour le 21^{ème} siècle ont fait l'objet d'un rapport établi par l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN)¹³. Ces besoins tiennent compte du vieillissement démographique et des dépendances. Ces besoins peuvent avoir des origines différentes :

- infirmités congénitales, maladies chroniques,
- cumul de plusieurs maladies au cours de leur vie,
- limitations fonctionnelles physiques et psychiques.

Les dépendances chez la personne âgée sont les conséquences :

- de maladies chroniques, de maladies cérébro-vasculaires,
- de fractures dues aux accidents et notamment les chutes,
- de problèmes de vue,
- de l'ostéoporose,
- etc.

Ce rapport cite les besoins en soins analysés en relation avec les trois problèmes de santé suivants :

- les chutes et les fractures dues à des chutes,

- la dépression et
- la démence.

En tant que générateurs de coûts, ces trois problèmes de santé doivent être pris en compte en termes de politiques de santé.

Dans l'« Enquête Suisse sur la santé 2002 »¹⁷, les données sont illustratives. Ainsi, sur le thème « Etat de santé », le chapitre relatif aux chutes comprenait les questions suivantes : « Etes-vous tombé une fois au cours des 12 derniers mois? Si oui, combien de fois? ». Les réponses de l'échantillon montrent une progression de la fréquence des chutes avec l'âge (tant pour l'événement unique que pour l'événement répétitif). En extrapolant les résultats sur la population suisse de 2002, 20 % de la population âgée (plus de 65 ans) serait concernée par la chute, soit environ 227'000 personnes.

Actuellement, au niveau suisse, la principale source descriptive de données concernant les chutes des aînés reste l'enquête effectuée par le BPA¹⁸ en 1995. Cette enquête renseigne sur les accidents de la population âgée de plus de 65 ans et contient des données sur les chutes considérées ici comme le plus fréquent des accidents. A relever que seuls les accidents ayant nécessité un traitement médical ont été répertoriés. Les données relatives aux personnes âgées sont les suivantes :

Accidents (y compris les chutes) :

- 80 000 accidents par an
- proportion de chutes parmi les accidents : 83%
- 86 % des accidents ont lieu au domicile

Principaux types de chutes :

- chutes de plain-pied: 53%
- chutes sur un obstacle : 22%
- chutes dans les escaliers : 12%
- chutes d'une chaise/lit : 9%
- chutes recensées à domicile : 94% surtout dans la chambre à coucher et le salon

Population concernée :

- âge moyen de personnes ayant fait une chute de ménage : 80 ans (c'est le groupe d'âge entre 80 et 84 ans qui prédomine avec 22%)
- proportion de femmes : 76 %

Mode de vie avant la chute :

- habitat maison : 77%
- EMS : 15 %
- 54 % vivent seuls

Etat de santé avant la chute :

- aucun problème de santé : 45%
- problèmes de santé prédominants : locomotion (27%), mobilité (23%), déficits cognitifs (16%)

Principales conséquences des chutes :

- contusions : 37%
- plaies ouvertes : 13%
- entorses et luxations : 8%

- fractures: 47% dont membres supérieurs (19%), col du fémur (12%), tronc et colonne vertébrale (8%), etc.
- autonomie physique diminuée pendant 42 jours
- appel aux soins à domicile : 18%
- conséquences négatives dans le quotidien : 25%

Mortalité :

- après une chute de plain-pied : 56%
- après chute du lit et des escaliers : 21 %
- après une fracture du col du fémur : 46%
- après des fractures intra-crâniennes : 18 %
- délais entre la chute et le décès : 28 jours pour 84% des chutes mortelles.

D'après cette enquête, chaque année en Suisse, un tiers de personnes âgées de plus de 65 ans tombe au moins une fois par année et le risque de tomber augmente rapidement avec l'âge.

Le risque de fractures consécutives aux chutes est important et les femmes, de par la prédisposition à la décalcification des os, sont les plus exposées. La fracture du col du fémur est l'une des causes de mortalité les plus importantes puisqu'une personne sur deux décède dans l'année qui suit.

Sur le plan économique, il n'y a pas d'estimation globale du coût des conséquences des chutes. L'exercice a été cependant réalisé partiellement pour les fractures du col du fémur : entre 150 et 200 millions de francs par année seraient ainsi dépensés uniquement pour les journées d'hospitalisation.

Prévenir les chutes et leurs conséquences diminue la probabilité d'avoir recours aux soins (allant de la consultation ambulatoire, au séjour à l'hôpital, aux soins à domicile, voire aux placements en EMS). Cependant, ces raisons économiques doivent être associées aux raisons humaines dans la mise en place de la prévention compte tenu de l'impact de la perte d'autonomie sur la qualité de vie.

3.3 LES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES À GENÈVE :

Une recherche financée par le FNRS (Fond national de recherche suisse) et réalisée par le Centre Interfacultaire de gérontologie de l'Universitaire de Genève dresse le portrait des personnes âgées à Genève en 1994 ¹⁹. Les résultats de cette recherche figurent dans le Cahier de la santé réalisé sous l'égide du DASS. Parmi ces résultats, citons les éléments suivants :

- augmentation de la population âgée (plus de 65 ans) entre 1979 et 1994 : + 18%,
- sur 10 personnes âgées, 3 personnes ont plus de 80 ans (2 en 1979),
- 60% de la population âgée est féminine (cette proportion reste stable au cours des années).

En 1994, la population genevoise est de 391'699, les personnes âgées sont au nombre de 54'717, (15'748 pour les plus de 80 ans, correspondant à 13.9%) :

- 14% ont des difficultés ou une incapacité à se lever ou se coucher seul(e),
- 41% à monter ou descendre des escaliers,
- 32% à se déplacer à l'extérieur du logement,
- 25% est considérée comme fragile, a besoin d'aide.

Concernant le bilan de santé de ces personnes âgées, les indicateurs considérés étaient les suivants :

- les troubles physiques,

- les incapacités,
- les symptômes dépressifs et
- la santé auto-évaluée.

Le bilan qui a été dressé en 1994 reflète une amélioration de la santé fonctionnelle. Parmi les accidents de santé figurent la chute, l'hospitalisation et l'alitement. Les résultats montrent que :

- 25% de personnes âgées souffrent de troubles physiques marquées,
- 12.5 % souffrent de symptômes dépressifs,
- 16% ont chuté au moins une fois.

Cette proportion augmente fortement pour les personnes de plus de 80 ans (50% souffrent de troubles marqués, 25% de symptômes dépressifs et 30 % ont chuté au moins une fois).

L'incidence sur une année est la suivante :

- 1 personne âgée sur 5 tombe (1 sur 3 pour les personnes de plus de 80 ans),
- 1 personne âgée sur 5 est hospitalisée (1 sur 3 pour les personnes de plus de 80 ans) (la proportion de personnes hospitalisées suite à une chute n'est cependant pas connue).

Enfin, sur les données disponibles bien que ponctuelles²⁰, 14 % des hospitalisations en gériatrie sont des suites des chutes et le nombre moyen de fractures du fémur chaque année à Genève est de 400 (si une fracture du col du fémur est responsable de dépenses sanitaires en soins à raison de 55'000 Frs, les 400 fractures représentent donc pour Genève une facture de 22 millions de Frs par année).

Actuellement (chiffres 2004), la population âgée représente 14,5% de la population genevoise (434'563 personnes)²¹.

3.4 PROMOTION ET PREVENTION DE LA SANTE DU CANTON DE GENEVE

La politique de santé publique du canton de Genève s'inspire de celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette volonté de moderniser sa politique a commencé par une analyse et une évaluation de son système sanitaire.

Ce processus d'évaluation a été mis en place dès le début des années 90 et a abouti en 1997 au bilan de santé des Genevois²² et au rapport d'évaluation du système de santé. Deux constats sont retenus dans ce rapport:

1. le système de soins à Genève coûte cher sans que l'état de santé des genevois soit meilleur que celui de la population suisse dans son ensemble;
2. le degré de coordination et de complémentarité des services nombreux et diversifiés est faible.

Sur la base de ce bilan et de l'importance des problèmes identifiés, le Conseil d'Etat a chargé l'Institut de médecine sociale et préventive (IMSP) de l'Université de Genève d'élaborer un programme d'actions de santé publique.

La Planification Sanitaire Qualitative (PSQ, loi 8045, 1999-2002) est le programme d'actions proposé par l'IMSP, programme dont l'objectif est de pallier à certains manques et de préparer le terrain pour une future loi sanitaire du canton de Genève puisque, contrairement à la majorité des cantons à cette époque, Genève n'a pas encore de loi cantonale sanitaire.

Le processus d'évaluation a abouti à la définition de quatre priorités sanitaires reprises dans la PSQ :

- Accidents et handicaps,
- Santé mentale,
- Cancers,

- Maladies transmissibles.

Par le biais de ces priorités, la PSQ a pour mission de proposer un ensemble d'interventions cohérentes visant à l'amélioration du système de santé et de la santé des genevois. Cet objectif se développe à partir de modèles visant à modifier les pratiques existantes et à orienter ces pratiques vers une augmentation de la participation active de la population au système de santé, soit à travers le statut de patient, soit à travers celui plus générique de citoyen²². Cette définition a permis à la PSQ de se positionner comme un ensemble d'activités de santé publique visant à produire de nouveaux modèles d'intervention tout en développant un mode d'action par partenariats intersectoriels et interdisciplinaires.

Les préoccupations liées aux chutes dans le canton de Genève sont renforcées par deux rapports :

1. le « Rapport Farley »²³ sur la prévention des traumatismes et accidents : priorités et plan d'action démontre la nature et l'ampleur du problème des chutes ; ce rapport donne également les lignes directrices des futurs projets en termes d'activités (connaissances/surveillance, promotion/prévention ainsi que formation/information) et de l'impact recherché.
2. le rapport d'enquête « Demierre »²⁴ met en évidence le manque d'un système de recueil des données et des mesures de prévention systématisées.

Suite à ces deux rapports, un groupe de travail invitant les instances concernées et déjà oeuvrant dans le domaine est alors créé. Leur travail a abouti au projet pilote de création et implantation d'une fiche de recueil de données sur les chutes dans les EMS. La priorité accidents et handicaps de la PSQ a permis d'une part la réalisation de ce projet et d'autre part, l'émergence des deux autres projets constituant l'actuel programme de santé publique de prévention de chutes de personnes âgées de la DGS.

4. CADRES THÉORIQUES

4.1 EPIDEMIOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE

En épidémiologie²⁵, la santé n'est pas un phénomène aléatoire. Dans la population, il y a des sous-groupes identifiables qui ont plus ou moins de problèmes de santé que d'autres.

Ce postulat permet de distinguer les groupes à haut risque et à bas risque selon l'exposition aux causes du problème de santé posé. Ainsi, l'épidémiologie cherche à identifier les causes et à proposer des interventions visant à améliorer la santé du groupe ciblé. Il est important de rappeler que l'épidémiologie observe l'être humain dans son milieu naturel, c'est-à-dire incluant les paramètres biologiques et sociaux complétant ainsi l'observation clinique en laboratoire. Ceci est important car souvent l'évolution sociale, économique et culturelle peut modifier l'acceptation dans la population d'un problème de santé, influençant ainsi grandement l'accueil à des programmes de soins, de promotion et/ou de prévention.

L'épidémiologie a aussi comme but de déterminer l'efficacité des interventions. De ce fait, l'analyse centrée sur les soins des patients individuels comprend des mesures de santé incluant la qualité de vie liée à la santé ou de la satisfaction des soins reçus. Toutefois, ces mesures doivent être accompagnées d'analyses économétriques telles que :

- l'efficacité théorique (essais cliniques randomisés),
- l'efficacité pratique (études observationnelles) et
- le rapport coût-efficacité (efficacité réelle rapportée aux coûts)²⁶.

Bien qu'historiquement, l'épidémiologie se soit constituée autour de l'investigation des maladies infectieuses, son champ d'observation s'étend à d'autres événements qui se rapprochent de la santé comme par exemple les accidents. Les variables qui permettent de les prédire avec une probabilité connue sont appelées les facteurs de risque.

Dans le cas des chutes chez les personnes âgées, les deux fonctions de l'épidémiologie sont d'une part, de décrire en identifiant et mesurant leur importance tout en formulant des hypothèses quant aux causes possibles et, d'autre part, d'expliquer en testant les hypothèses quant aux causes. Actuellement les données épidémiologiques des chutes déterminent les associations entre état de santé et facteurs de risque et cherchent des relations de cause à effet, ce qui est, rappelons-le, indispensable à la mise sur pied des actions de prévention. Ainsi, l'épidémiologie est un cadre théorique incontournable dont les outils permettent de recueillir et analyser les informations d'une manière organisée.

4.2 EPIDEMIOLOGIE DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES

En santé publique, la chute se réfère à « l'événement chute » incluant ainsi un temps précédent la chute, le moment de sa survenue et enfin les conséquences de celle(s)-ci. Ce consensus²⁷ est destiné à éviter les biais de définition selon une orientation clinique ou de recherche par exemple. Dans ce travail, par souci de lisibilité, l'expression « événement chute » est remplacée par le terme « chute » sans pour autant se réduire au seul moment de la chute.

Dans la littérature scientifique prioritairement clinique, la définition habituelle est de définir la chute comme « un événement inattendu qui conduit un sujet conscient à se retrouver au sol, et qui n'est pas la conséquence ni d'un choc provoqué par un facteur externe (piéton renversé par une voiture), ni d'une perte de connaissance, ni d'un accident vasculaire cérébral ou d'une crise épileptique. Cette définition exclut donc certaines situations comme les chutes survenant lors d'une syncope »²⁸.

4.2.1 Données épidémiologiques : mesures de fréquence

Les deux mesures de fréquence sont la prévalence et l'incidence :

1. la prévalence (proportion des personnes affectées à un moment donné) permet d'identifier les personnes qui chutent ; cette mesure est importante dans la planification des services de santé pour identifier les utilisateurs potentiels de ces services ;
2. l'apparition des nouveaux cas dans la population est mesurée par le taux d'incidence (nombre d'événements, ici les chutes) sur une durée pendant laquelle l'observation a eu lieu (ici une année).

4.2.2 Dimensions épidémiologiques

Les dimensions épidémiologiques²⁷ retenues sont les suivantes :

1. l'**hôte**,
2. l'**agent** et
3. l'**environnement**

Ces trois dimensions sont plus faciles à appréhender dans le contexte des maladies infectieuses en regard du développement de l'épidémiologie. En ce qui concerne les accidents, elles restent pertinentes et nécessaires car elles constituent le point de départ de la réflexion scientifique en permettant de recentrer les études sur les facteurs de risques qui comportent le biais de recherche dont ils émanent. Dans le cas d'une chute qui est un accident provoquant des traumatismes, l'agent (modulé par l'hôte et/ou l'environnement) est la biomécanique de la chute. C'est ici que toute la dimension dynamique de l'accident et que la définition de l'accident en santé publique prennent leur sens : à savoir un transfert d'énergie en des quantités qui dépassent la capacité de tolérance de l'organisme qui le subit. Ces trois dimensions qui sont en interaction permanente définissent le cadre de la recherche et de la classification des facteurs de risque.

4.2.3 Les facteurs de risques des chutes

Les facteurs de risque se situent au niveau de la personne âgée elle-même, de l'environnement ainsi que de l'interaction entre les deux à un moment et dans une situation donnés.

La caractérisation, l'importance et le détail des facteurs de risque de chute chez la personne âgée varient selon la provenance et l'orientation de sources des informations. Dans le rapport de l'Observatoire de la Santé (OBSAN)¹³ figurent comme causes des chutes les facteurs tels que:

- sol glissant, humide et verglacé,
- les troubles cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires,
- les vertiges et pertes d'équilibre,
- la consommation d'alcool,
- la prise de médicaments,
- l'épuisement et fatigue,
- les chaussages,
- une faible tension artérielle,
- une mobilité réduite,
- une lumière insuffisante,
- des troubles de la mémoire.

L'importance de la conjonction de ces facteurs met en évidence des associations augmentant le risque

de chute tels que : consommation d'alcool et qualité du sol, âge de plus de 90 ans et qualité du sol, chaussage inadéquat, lumière insuffisante et sol, etc.

Des méta-analyses²⁹ effectuées au sein de la DGS à Genève, il ressort que les principaux facteurs de risque sont d'être âgé de plus de 80 ans, d'être de sexe féminin et de race blanche. Un autre facteur de risque documenté est celui d'avoir déjà chuté au moins une fois dans l'année. Selon les données probantes, le seul facteur ayant passé le cap de niveau de preuve 1 ou A, est celui de prendre plus de quatre traitements médicamenteux ou d'utiliser une médication psycho-active sans être sûr qu'il s'agisse d'un facteur exclusif de la survenue des chutes.

D'autres facteurs de risque évoqués sont:

- une faiblesse musculaire des membres inférieurs,
- un dysfonctionnement de la marche ou de l'équilibre,
- des limitations physiques,
- des antécédents d'accidents vasculaires cérébraux,
- la maladie affectant le système nerveux comme le Parkinson,
- des affections neuromusculaires,
- avoir une incontinence urinaire,
- une hypotension posturale,
- souffrir d'arthrite,
- avoir des problèmes visuels,
- avoir des problèmes à assumer ses activités de la vie quotidienne,
- avoir des problèmes au niveau cognitif,
- être déprimé,
- etc.

Il y a donc plusieurs façons de répertorier et d'analyser les facteurs de risques ou causes de chutes. Les facteurs peuvent être classés en :

- facteurs individuels tels que la fragilité posturale se traduisant par des troubles de l'équilibre et de la marche, les troubles de la vision, certaines maladies spécifiques comme le Parkinson, les accidents vasculaires cérébraux, l'arthrose ou encore la démence et la dépression,
- facteurs comportementaux tels qu'une activité à risque, la prise de médicaments (psychotropes) ou la consommation d'alcool,
- facteurs environnementaux tels que l'état du sol, l'éclairage, les obstacles, la pertinence et l'utilisation de moyens auxiliaires, les chaussures.

Une autre classification peut également être établie selon la dimension exogène ou endogène :

- facteurs de risque exogènes : habitudes de vie et comportements, facteurs environnementaux, environnement social,
- facteurs endogènes : âge, sexe, perte de mobilité, troubles de la vision, maladies, troubles de l'équilibre et de la marche et pathologies spécifiques,
- facteurs particuliers : les personnes plus vulnérables aux fractures du col du fémur associées aux facteurs de risque habituels, l'ostéoporose ou fragilité osseuse.

Dans une perspective de santé publique, les facteurs de risque retenus ici concernant le domaine des chutes chez la personne âgée tiennent compte des trois dimensions épidémiologiques retenues

précédemment (hôte/agent/environnement). Une illustration non exhaustive de ces trois dimensions est présentée ci-après :

Au niveau de l'hôte ou la personne âgée elle-même, voici quelques facteurs de risques :

- des changements dans le système musculo-squelettal qui altèrent la capacité de gérer les effets d'énergie mécanique auxquels le corps est soumis pendant une chute.
- des changements physiologiques dans les cartilages des articulations, les os, les ligaments et la musculature. Ces changements influencent l'énergie mécanique dans le corps humain⁵, alors que la source la plus efficace dans l'absorption du choc dans la chute est la musculature active qui dépend de la force musculaire (tonus) qui diminue avec l'âge.
- les maladies cérébro-vasculaires, cardiovasculaires et neurologiques influencent le corps. Une addition avec des dysfonctionnements sensoriels, cognitifs ou musculo-squeletaux multiplie les risques des chutes.
- un dysfonctionnement cognitif ou/et psychopathologique tel que la confusion, un jugement altéré, des troubles attentionnels, une agitation et la perte de conscience ⁶ sont des risques.
- l'utilisation de psychotropes dont les effets secondaires sur les capacités cognitives telles que les aptitudes attentionnelles et sur la vigilance (deux niveaux) en particulier sont connues (effets secondaires également sous forme de fatigue, vertiges, etc.).
- les effets conjugués des médicaments en général.
- la consommation d'alcool est un facteur significatif par rapport aux chutes mais non par rapport à l'âge car les personnes souffrant d'éthylisme chronique ont une espérance de vie diminuée.
- les troubles de la marche et de l'équilibre tel qu'un contrôle appauvri qui agit sur la posture et la position du corps.

Au niveau de l'agent, voici les éléments pouvant être pris en compte :

- la vitesse, la violence(intensité) et la concentration sont les éléments clés dans la transformation de l'énergie mécanique dans un impact qui blesse. Le traumatisme est alors provoqué par la déformation des tissus au-delà de ses limites. Ainsi, une force d'inertie provenant d'une forte accélération du squelette abîme un organe.
- le corps peut absorber une quantité importante d'énergie mécanique et protéger la résistance des organes aux chocs grâce à sa capacité élastique. Avec l'âge, l'élasticité des tissus et des organes diminue. En plus, la tolérance visqueuse des organes (capacité des organes à s'adapter rapidement aux forces) peut être dépassée rendant les chocs à haute vitesse néfastes. Par exemple, le cœur d'un conducteur ne peut pas gérer un surplus d'effort quand le sternum est brutalement et rapidement touché pendant un accident de voiture. La même compression effectuée plus lentement n'aurait pas nécessairement endommagé le cœur car l'organe peut gérer une compression graduelle.
- les mécanismes qui influencent et augmentent le risque de blessure sont la résistance du corps par rapport aux forces d'inertie, l'élasticité des tissus et la tolérance visqueuse des organes. Par exemple, une accélération violente et imprévue de la tête pendant le choc avec le sol.
- la biomécanique des chutes ainsi que celle liée aux fractures du fémur sont mieux investiguées maintenant. Des observations effectuées montrent la possibilité d'une influence selon les différences de la position du corps lors du choc, de l'endroit du choc. Ainsi, l'absorption de l'énergie pourrait être plus ou moins importante que la résistance ou force de l'os dans la détermination du risque de la fracture du fémur ³⁰.

Environnement, quelques constantes influençant l'événement :

⁵ 1/20^{ème} de l'énergie nécessaire à casser un fémur est présente pendant une chute de son hauteur.

⁶ il faut relever que l'on met sur le même niveau compétences cognitives, comportement et événement ponctuel alors qu'elles relèvent de mécanismes différents.

L'environnement physique serait impliqué pour 1/3 des cas de chutes dont la moitié avec blessure.

- le revêtement du sol est particulièrement incriminé, en particulier le goudron, le béton, les tapis sans antidérapant. Est aussi responsable de chutes l'état du sol : sol mouillé, couvert de neige et verglacé, feuilles mortes.
- La qualité de l'éclairage dans l'environnement est important s'il est déficient ou si l'obscurité est présente.
- Des objets nécessitent une adaptation de la mobilité tels que les escaliers roulants, les marches (hauteur et équipement des mains courantes), les échelles, les trottoirs dans les rues, les feux trop courts pour les piétons.
- Des objets encombrant la mobilité avec ou sans moyens auxiliaires comme des câbles électriques, des meubles trop grands, la hauteur des meubles de rangement.
- L'absence d'aménagement du domicile par des accessoires aidant à la stabilité tels que les poignées, planche de bains, etc.

La difficulté à valider et à étudier un instrument homogène et fiable d'évaluation de l'environnement est toujours d'actualité.

« alors le risque, ça c'est terrible l'hiver, ça pour nous les personnes âgées, c'est pas bien. On a pas envie de sortir en fait [...] les feuilles mortes, mouillées, toujours aller à petits pas »

4.2.4 Les conséquences des chutes

Les conséquences des chutes chez la personne âgée sont suffisamment importantes tant sur le plan humain qu'économique pour constituer un problème de santé publique. Les principales conséquences sont les suivantes :

- des conséquences somatiques (blessures et fractures),
- des conséquences psychologiques (syndrome post-chute, peur de tomber),
- des conséquences économiques (dépenses sanitaires),
- des conséquences sociales (placement et isolement).

A Genève et en Valais, les conséquences des fractures survenant après les chutes ont été documentées dans une étude publiée en 1997³¹ : ainsi, 40% des victimes d'une fracture du col du fémur retrouvent une partie de leur mobilité en 3 mois et 50% dans les 6 mois. La récupération de la mobilité nécessite le recours à des moyens auxiliaires chez un tiers de personnes demeurant alitées ou se déplaçant en fauteuil roulant une année après. Une personne sur cinq habitant à domicile avant la chute est placée en EMS dans l'année qui suit.

4.3 PREVENTION DES ACCIDENTS ET TRAUMATISMES : MODELES D'INTERVENTION EN SANTE PUBLIQUE

« il y en a qui comprennent moins les choses, (voix énervée), et qui croient tout comprendre, tout gérer, tout organiser, (imite une voix autoritaire), pourquoi avez-vous des chaussures comme ça ?, Si vous voyez ... oh hier ça a été dramatique ! avec elle.. »

La prévention doit viser tout autant que possible à empêcher la survenue de l'événement ou sa répétition qu'à diminuer les conséquences de celui-ci. Rappelons brièvement la description de la prévention. L'OMS³² décompose la prévention sur trois niveaux :

1. la prévention primaire dont l'action entend sensibiliser l'individu aux avantages du bien-être ou aux risques de certains comportements avant qu'ils n'existent,
2. la prévention secondaire qui entend enrayer un processus ou l'aggravation d'une situation déjà

détériorée. Ce type de prévention s'adresse à des personnes fragiles ou à risque, et non à toute la population (prévention primaire). Les mesures proposées englobent une action sur le contexte favorisant l'apparition du problème.

3. la prévention tertiaire qui cherche à éviter un ancrage ou une rechute. Ce type de prévention s'adresse donc à des personnes qui présentent des difficultés ou des risques de répétition des événements du fait d'un problème de santé ou d'un problème social. Elle consiste à donner des soins, à prévenir la rechute et à favoriser la réinsertion et/ou le maintien de l'insertion dans la société des personnes « malades ».

4.3.1 L'accident⁷ et les traumatismes

Dans un cadre de santé publique, l'accident répond à des critères bien précis : un accident provoque un traumatisme à savoir des «lésions corporelles qui résultent d'un transfert d'énergie à l'organisme humain en des quantités qui dépassent la capacité de tolérance, ...l'événement initial est considéré comme la résultante d'influences sociales, biologiques, psychologiques, économiques et politiques, ... »²³.

Trois moments sont différenciés : avant, pendant et après l'accident. Les modèles d'intervention et les actions de prévention des accidents et traumatismes tiennent compte de ces trois moments. Un modèle d'intervention reconnu est la grille de Haddon^{23;27}. Cette grille est utile lors de la conceptualisation des possibilités de contrôle des traumatismes selon les trois facteurs en jeu : l'hôte, l'agent et l'environnement interagissant à ces trois moments. Enfin, ce cadre permet une identification des acteurs concernés comme illustré ci-dessous dans le cas des accidents et traumatismes.

Tableau 1 : Identification des acteurs concernés

Promotion de la sécurité	Prévention primaire	Prévention secondaire et tertiaire
Rôle majeur des professionnels et non professionnels directement en charge : a. des individus à risque, b. avec leur entourage Ex : police, population, amis, bénévoles, ...	Rôle des professionnels de la santé en contact : a. avec les individus ou patients b. avec leur entourage Ex : médecins, soignants, thérapeutes, ... dans le système de santé	Rôle des professionnels ou non professionnels directement en charge des individus à risque Rôle des professionnels paramédicaux Rôle des associations Ex : professionnels socio-sanitaires, clubs des aînés, ...

4.3.2 Prévention des chutes chez la personne âgée

« je ne marche pas assez[...], j'aimerais bien aller marcher, mais je n'aime pas aller marcher toute seule, marcher seule est ennuyeux [...] je sais, j'ai lu dans un bouquin que les muscles aident les os à se tenir. Si on avait de beaux muscles, c'est bien »

La prévention à défaut d'être pratique courante est intégrée au langage sanitaire et de l'action sociale. Le but de la prévention est de devancer et d'avertir soit en modifiant les conditions générales de l'environnement, soit en cherchant à obtenir des changements dans les comportements individuels.

La prévention des chutes chez la personne âgée se situe dans la prévention primaire et, dans le cadre de

⁷ La notion d'accident est une notion juridique."Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire (art. 9 al.a LAA). Les cinq critères de cette notion doivent être satisfaits, pour qu'une responsabilité de l'assurance accidents soit engagée. Pour le médecin, il est important de savoir que la vérification et l'appréciation de la notion juridique d'accident est de la compétence exclusive de celui qui applique le droit (assureur ou juge)". La LAA est une assurance causale (causalité naturelle) et nécessite un degré de vraisemblance prépondérante avec des niveaux de preuve de : impossible, possible, probable, vraisemblable, certaine et où "le fardeau de la preuve incombe à l'assuré".

ce travail, dans la prévention secondaire et tertiaire.

Il existe un nombre important de mesures préconisées et de programmes appliqués ; toutefois, il semble peu probable actuellement de comparer les résultats de ces différentes études, tant les définitions des données sur les chutes et ses conséquences, les méthodes d'enquête, les cadres conceptuels et méthodologiques, la prise en compte ou pas des données socioculturelles dans la perception de la chute, sont peu homogènes. Les principales mesures préconisées sont énoncées ci-après. Elles sont différentes selon les populations ciblées³³ :

- pour une population de 65 à 75-80 ans sans limitations fonctionnelles et sans antécédents de chute, c'est un comportement en santé qui est recommandé, soit la promotion de la mobilité, l'alimentation équilibrée, l'apport en calcium ou alors, la suppression du tabac et des médicaments psychoactifs. La sécurisation du domicile et y est associée. Des interventions en éducation à la santé sont souhaitées^{34;35},
- pour une population définie à haut risque de chute, des stratégies multifactorielles sont recommandées. Elles doivent être associées à la prévention de la fragilité osseuse par une prophylaxie de l'ostéoporose et par le port de protecteurs de hanche⁸ qui amortissent l'impact lors d'une chute.

Des programmes développés au Canada (intervention communautaire), en Australie (intervention en santé publique), en Belgique et aux USA sont particulièrement illustratifs de la préoccupation internationale de ce problème de santé publique (sites internet s'y référant : www.falls-chutes.com; www.health.vic.gov.au/agedcare.com; www.homepages.ulb.ac.be/%7Endacosta/promes/sano10.html).

Sur le plan européen, le programme PROFANE (Prevention of falls network Europe, projet IRIS) a comme but de réunir des experts afin de développer des programmes de prévention des chutes chez la personne âgée, de changer les procédures de santé en encourageant une meilleure pratique à travers l'Europe, de regrouper l'information clinique et technologique et de coordonner des interventions de prévention tout en utilisant une mesure de qualité de vie.

Sur le plan francophone, un groupe de travail appartenant au Réseau Francophone de Prévention des traumatismes élabore actuellement un référentiel de bonne pratique à l'usage des intervenants dans la prévention des chutes à domicile⁹. Ce document est à paraître courant 2004.

En Suisse, le canton du Tessin ainsi que le canton de Vaud, ont développé un projet de « Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées » à domicile. « Vieillir en harmonie, une question d'équilibre » est la brochure réalisée à l'intention des aînés (www.aide-soins-domicile-vaud.ch/; /chutes).

A Genève, un aperçu des interventions est répertorié sur le site internet suivant : www.ge.ch/maisonsanté/fr/themes/chutes/welcome.html. Au sein du système de soins, MOBEQ³⁶ (**m**obilité et **é**quilibre) est un programme de réhabilitation de la mobilité et de l'équilibre appliqué à l'Hôpital de Gériatrie des HUG (HOGER), programme qui s'adresse à la personne âgée hospitalisée. L'identification des troubles de la mobilité et de l'équilibre est le premier pas pour une prévention efficace des chutes dans ce programme. Il convient de rappeler qu'associés à l'amélioration des conditions sociales et économiques, ce sont les progrès réalisés dans le traitement et la réadaptation qui contribuent à optimiser le maintien de l'autonomie au quotidien chez la personne âgée.

Bien qu'il existe de nombreux projets et programmes de prévention des chutes dans les pays industrialisés, des difficultés méthodologiques empêchant d'évaluer leur efficacité et leur efficience apparaissent lors des méta-analyses^{29;37}. Ces difficultés sont présentes parfois dès la phase de conception (cadres théoriques, choix des indicateurs, choix d'analyse des impacts mesurables), dans la phase d'application (les interventions sont trop ponctuelles ou sectorielles ou encore la population-cible est mal définie) et dans la phase de terminaison (évaluation économique qui n'est pas toujours de mise).

Pour pallier aux difficultés méthodologiques mentionnées, il existe des recommandations (non exhaustives) à mettre en oeuvre comme conditions préalables lors du développement des mesures de

⁸ Les protecteurs de hanche sont des culottes munies de coques latérales de différente dureté. Ils sont distribués par le BPA mais le coût est important : 165 Frs pour 1 culotte et une paire de coques, 208 Frs pour un set de 4 culottes et 1 paire de coques).

⁹ Groupe sous l'égide de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), France.

prévention. Par exemple :

- Disposer d'un système de surveillance fiable. En effet, seulement 10-20% des chutes seraient portées à l'attention des professionnels de santé dans la communauté ³⁸.
- Arriver à un codage médical précis et ce malgré les révisions des classifications sans biais d'orientation clinique ou de recherche. Une augmentation des connaissances sur les interactions et les contributions respectives entre hôte, agent et environnement.
- Une distribution des ressources attribuées à la production des connaissances : les causes sont bien mieux connues que la façon de prévenir l'événement.
- Une coordination lors du développement des programmes qui eux doivent différencier les individus à haut risque, les lieux à haut risque, les patients à haut risque, etc.
- Une intervention doit aussi viser les jeunes, futures personnes âgées.
- Une maximisation des ressources dans l'information à la population et la gestion durable (et non ponctuelle) des stratégies de prévention.
- Appuyer les interventions en santé publique sur des modèles conceptuels tel que la grille de Haddon illustrée dans le tableau 2 ci-après.

4.3.3 Illustration non exhaustive de la chute dans la grille de Haddon

Sont incluses des approches multidisciplinaires et interdisciplinaires (approches comportementale, médicale, de santé publique, d'ingénierie, etc.). Ces approches contribuent à l'analyse des trois dimensions en jeu : l'hôte, l'agent et l'environnement.

Sont incluses également quelques données émanant du modèle "Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé"¹⁰ (CIF) proposé par l'OMS en 2000 où l'"handicap" des incapacités fonctionnelles dans l'origine des chutes est mis en évidence. Cette nomenclature permet d'approcher la personne âgée en prévention secondaire et tertiaire (de réduire l'institutionnalisation et/ou le risque et gravité des fractures) selon un potentiel positif (patient-partenaire avec des ressources d'activité et de participation), complémentaire à l'approche purement somatique (patient-objet).

La grille de Haddon est un outil destiné à répertorier et planifier des actions. Il peut être utilisé à plusieurs étapes et être constamment réactualisé : pour les causes des traumatismes et des accidents mais également afin de proposer des interventions de prévention.

Cette matrice n'aboutit pas une seule et unique recette dans laquelle les interventions sont exclusives à une seule « case ». En effet, il ne faut pas oublier que la causalité de la chute est multifactorielle, plurimodale et qu'en plus nous sommes dans une situation de boucle récurrente, la probabilité de rechute étant importante une fois le premier événement intervenu.

Ainsi, par exemple, après la première chute, des interventions en promotion de la santé pourraient être de nouveau proposées (non plus dans le cadre de prévention primaire) afin de préserver toujours et encore le capital santé restant.

Enfin, garder la grille de Haddon comme référence peut permettre à l'avenir d'aboutir à des matrices types pertinentes à la population ciblée et contenant des interventions qui se seront montrées efficaces.

¹⁰ Le fonctionnement et les handicaps associés aux états de santé sont classés dans la CIH-2. Cette dernière est une révision de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (1980). Elle est utilisée conjointement avec la classification internationale des maladies, la CIM-10.

Tableau 2 : Grille de Haddon (liste de propositions non exhaustive des activités de prévention des chutes)

Activités de prévention					
	<i>Comportement</i>	<i>Technologie</i>	<i>Potentiel de santé</i>	<i>Environnement physique, milieux de vie</i>	<i>Environnement socio-économique, lois, règlements</i>
Avant	Education à la santé Education nutritionnelle Entraînement et maintien musculaire Diminution ou arrêt d'alcool Diminution de l'utilisation régulière de psychotropes Prévention de l'ostéoporose	Protocoles systématisés sur les facteurs de risques Revêtements des sols Chaussures adaptées Biotechnologie Biomécanique Recherche sur les moyens de compensation	Suivi médical Médication adaptée Education du patient Mobilité préservée Qualité de vie Estime de soi Gestion des modifications physiopathologiques Préparation à l'identification et gestion des risque	Eclairage Architecture domestique et urbaine adaptée Ville à la portée des aînés Evaluation de l'environnement familial et non familial Evaluation des risques lors des modifications dans les institutions ou lors de changements de lieux de vie	Politique d'éducation à la santé Financement de la prévention et promotion de la santé Sécurité dans les zones et rues piétonnes Subventions lors des changements architecturaux Couverture des assurances
Pen- dant	Savoir tomber Savoir gérer le stress Savoir se relever	Sols adaptés absorbant l'énergie Protection efficace multidimensionnelle pour les personnes à risque de fracture du col du fémur	Application des entraînements Application des outils, des connaissances et des informations	Prendre l'environnement comme allié et appeler à l'aide	Réglementation sur le recueil des données Recueil des données
Après	Suivi dans un programme spécifique interdisciplinaire Agir et non subir Réhabilitation de la mobilité Promotion de la santé Prévention des risques (cf. « avant ») en vue d'une nouvelle chute	Utilisation des moyens de compensation Amélioration du système de communication des urgences	Prise en compte bio-psycho-sociale des séquelles Réinsertion sociale et familiale Education patient et empowerment individuel Eviter la lenteur et banalisation de la prise en charge et des séquelles invalidantes Adaptation des ressources	Réaménagement et appropriation de l'environnement par un accompagnement spécifique Accès physique facilité aux systèmes d'appel d'urgence	Normes architecturales modifiables Financement des aménagements intérieurs et extérieurs Législation sur le type d'assistance à une personne qui chute

4.4 CONCLUSION

« Je suis sobre, je bois pas d'alcool, j'aime pas. Au point de vue de repas, on faisait quand-même des repas équilibrés, J'ai jamais fait d'excès, je marchais beaucoup [...] et puis tout m'est tombé dessus ».

La chute est donc un événement complexe qui survient chez une personne, à une période de sa vie tardive dans un cycle de vie. Cet événement implique une telle multitude de facteurs que des solutions faites ou une solution unique ne semblent pas envisageables. La mise en application des études sur le terrain s'avère donc difficile mais un travail global au sein d'une équipe interdisciplinaire où la personne concernée est au centre, peut faciliter des propositions pertinentes.

Réduire la fréquence et la gravité des chutes sont les indicateurs retenus dans les interventions de prévention. Le maintien de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée devient l'enjeu de nombreux programmes de prévention des chutes où mettre en relation les résultats de la recherche avec les actions et les opportunités (ex : ligues de santé) en créant des synergies avec les projets cantonaux, nationaux est indispensable.

Le soutien technique joue un rôle fondamental en matière de mobilité et accessibilité. A cet effet, déterminer dans l'environnement social et construit (architectural, urbain, du quotidien de la personne âgée) quels sont les obstacles et ressources à la mobilité de la personne âgée est incontournable.

Enfin, s'assurer d'une bonne coordination entre les acteurs et actions en place semble une condition cadre à la continuité et à l'évaluation de l'efficacité et l'efficience.

5. LES PROJETS GENEVOIS DE SANTE PUBLIQUE DE PREVENTION DE CHUTES CHEZ LA PERSONNE AGEE

" ... la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi, elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien être [...]. La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci " Charte d'Ottawa, 1986³⁹.

5.1 CONTEXTE ET ÉMERGENCE DES PROJETS

Les actions relatives aux projets de santé publique de prévention de chutes chez la personne âgée ont été initiées au sein du Réseau genevois de Promotion de la Sécurité et de Prévention des Traumatismes et Accidents (RSPA) dans les années 90 sous la direction de la DGS et en collaboration avec l'IMSP.

La priorité Accidents et Handicaps de la PSQ était fondée sur la pratique et les expériences du RSPA. Les trois domaines développés au sein de cette priorité sont :

1. la surveillance dont le but est le recueil permanent et systématique des données sur les circonstances et les conséquences des accidents,
2. la prévention des accidents qui concerne les accidents domestiques des enfants, la promotion de l'utilisation des sièges-autos pour les enfants, les accidents de skates, rollers et trottinettes ainsi que les chutes des personnes âgées,
3. les handicaps par un projet transversal « Ville à la portée de tous » dont le but est le développement de modèles d'intervention consacrés à l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées.

Concernant la chute chez les personnes âgées, trois projets ont été mis en œuvre :

1. Un 1^{er} projet a débuté dans les EMS, institutions accessibles pour expérimenter une démarche qui a pour but de recueillir des informations de fréquence des chutes (même celles sans gravité) et parallèlement d'accompagner les équipes de soins lors de l'analyse des informations récoltées. L'accessibilité aux EMS n'est pas anodine puisqu'elle est tributaire de l'autorité sanitaire cantonale qui exigeait des statistiques sur les chutes.
2. Le 2^{ème} projet est axé sur le domicile et par conséquent élargit le travail avec d'autres auteurs assurant le maintien de l'autonomie des personnes âgées vivant à domicile.

Ces deux projets basés sur les connaissances spécifiques des facteurs de risque somatiques prennent comme acteurs et partenaires principaux d'intervention les professionnels médico-thérapeutiques agissant tour à tour dans l'institution ou à domicile.

3. Le 3^{ème} projet cible l'acteur principal, à savoir la personne âgée qui chute : la chute est ainsi interprétée au sein d'un parcours thérapeutique et intégrée dans une trajectoire de vie. L'institution ou le service hospitalier est un lieu d'échange privilégié pour la prévention tertiaire. La réhabilitation des personnes âgées est une situation charnière dans les interfaces inter-institutionnelles où bien souvent des changements de trajectoire de la vie des personnes sont décidés. Approcher ce milieu dans une perspective de trajectoire permet d'observer la continuité ou les ruptures organisationnelles des mesures de prévention mises en place entre les lieux de vie, le système sanitaire et l'action sociale. C'est ce projet qui constitue le cœur de ce travail de mémoire.

Fin 2002, l'application de la loi soutenant la PSQ est arrivée à terme. Suite à une évaluation de l'ensemble des projets réalisés au sein des 4 priorités, l'option est prise par la DGS de garder les trois

projets de prévention de chutes chez la personne âgée de la priorité Accidents et handicaps. Ces trois projets constituent dès 2003 le programme de santé publique de prévention de chutes chez la personne âgée, programme supervisé par la DGS.

5.2 PROJET DE SANTÉ PUBLIQUE DE PRÉVENTION DES CHUTES DANS LES EMS.

« ici l'hôpital, [...] mais je m'y attendais, je me serais presque battu pour ne pas venir [...] et puis on retombe dans les incitations sociaaaaaales [...]des EMS, on nous sert ces maisons [...] ils ne comprennent pas ».

5.2.1 Objectifs du projet

« on ne voit plus de solution ! La résidente oublie toujours d'utiliser la sonnette pour nous appeler lorsqu'elle doit se lever »¹¹

Un Etablissement médico-social (EMS)⁴⁰ est une institution qui a remplacé l'asile de vieillards - presque toujours d'inspiration religieuse - en prenant ses distances par rapport à la priorité donnée à l'assistance des démunis. Depuis 1967 seulement, le terme a été adopté par le Plan hospitalier vaudois et en 1994 par la LAMal (Loi sur l'assurance maladie). Cette dernière précise l'analogie de l'EMS avec l'hôpital en qualité de fournisseur de prestations. Actuellement, l'EMS est un lieu de vie qui offre des prestations médico-sociales, hôtelières, de soins et d'animation. Ces dernières peuvent varier selon leur clientèle qu'on appelle « résidents ». L'EMS a aussi pour mission l'accueil social à des personnes seules, isolées, dont la vie à domicile devient impossible.

Le projet de prévention des chutes des personnes âgées a débuté en 1999 dans sept EMS genevois suite à l'enquête genevoise relevant les lacunes tant du point de vue statistique que dans la reconnaissance des chutes en tant que problème de santé publique. Rappelons qu'à cette période une circulaire du service du Médecin cantonal exigeait des données statistiques des chutes ⁴¹.

Le but du projet est de rendre visible cette problématique non pas comme une fatalité, voire un tribut de la vieillesse, mais bien comme un problème de santé important de par sa fréquence et les conséquences qu'il engendre, important également pour la personne âgée et pour les personnes qui assurent sa prise en charge.

La démarche est aussi soutenue par des données allant dans le sens de l'efficacité d'une intervention dans les EMS où l'incidence des chutes est élevée et les résidents sont fragiles, selon le consensus d'experts et confirmé par une étude européenne⁴².

5.2.2 Caractéristiques du projet

Les caractéristiques de ce projet en 2000-2001 sont les suivantes⁴³ :

Organisation : groupe de travail « prévention des chutes les personnes âgées » est le groupe d'experts composé de 12 personnes émanant des milieux différents concernés se réunissant régulièrement. Supervision et accompagnement de Mme Burnier M.-J., coordinatrice de la priorité accidents et handicaps de la PSQ. Deux chargés de projet, M. Loew F. médecin gériatre et Mme Maupetit C. infirmière enseignante. Autres collaborateurs du projet : Mme Caraël E., sociologue et Mme Thevenod C. épidémiologiste.

Objectif général du projet : développer un projet de prévention des chutes des personnes âgées en institution.

But du projet: diminuer le nombre et la gravité (traumatismes et fractures) des chutes des résidents dans les EMS. Briser le sentiment d'impuissance qui entoure les chutes auprès de professionnels en charge des résidents.

Objectifs opérationnels : introduire une fiche de déclaration de chutes spécifique aux EMS. Améliorer les connaissances sur les chutes auprès des professionnels en charge des résidents. Intégrer la prévention des traumatismes dans les programmes de formation de base et continue

¹¹ Propos du personnel soignant dans les EMS

Méthodes de travail : sensibilisation du personnel à la prévention avec une approche multifactorielle, action principalement sur le comportement des professionnels.

Déroulement et actions mise en place :

Le projet s'est réalisé en deux phases :

1. La phase pilote a été réalisée en 2000 et 2001 : elle concerne sept EMS se portant volontaires (population : 535 résidents). Les activités ont été les suivantes :
 - a. mise en place d'une « fiche de déclaration de chute » adaptée aux EMS,
 - b. suivi du recueil systématique des chutes sur cette fiche,
 - c. analyse des fiches donnant lieu à des actions de prévention.
2. La deuxième phase réalisée dès 2002 concerne sept nouveaux EMS hébergeant 545 résidents (en 2003, un quinzième EMS a rejoint les quatorze premiers). Les activités de la phase pilote sont de nouveau mises en œuvre avec en plus :
 - a. l'inclusion des médecins responsables des EMS dans l'analyse,
 - b. la révision de la déclaration des chutes ou « fiche de chute »,
 - c. la valorisation de la démarche par une documentation,
 - d. l'élaboration des documents de soutien spécifiques sur les facteurs de risque et sur les alternatives de mesures de prévention comme par exemple le protecteur de hanches.

5.2.3 Résultats et éléments d'évaluation

Une analyse de l'activité²⁰ auprès des sept premiers EMS à fin 2003 a permis de faire émerger six indicateurs de changement de comportement des professionnels en charge de résidents :

1. le renforcement de l'interdisciplinarité, par exemple dans l'évaluation des traitements médicamenteux,
2. des changements organisationnels comme l'émergence de plages spécifiques à l'analyse des chutes,
3. des alternatives dans la prévention, par exemple prescription de vitamine D et calcium,
4. une visibilité accessible de l'événement chute,
5. des adaptations de l'environnement, par exemple des techniques adaptées de nettoyage du sol,
6. l'introduction de statistiques par l'exploitation des données contenues dans les fiches de chutes.

Parallèlement, dès 2002, l'enseignement spécifique sur la prévention des chutes a été renforcé dans les formations de certains professionnels de la santé tels qu'aides-soignants, infirmiers, étudiants en médecine, physiothérapeutes.

Les éléments d'évaluation sont les suivants :

- Ressources humaines : 20 à 30 % médecin, 70% infirmière, 50% secrétaire coordinatrice, 30 à 60 % coordinatrice de la Priorité, soit 1.7 EPT sur trois années. Comme prestations directes auprès des EMS, les séances de travail sont répertoriées. Elles sont animées par deux professionnels des soins, une infirmière et un médecin. Pour les deux phases ont été comptabilisées 96 séances de travail dans les EMS d'environ 2h, soit 384 heures.
- Efficacité clinique, efficacité théorique, efficience : l'absence des données avant l'intervention sur l'incidence et la gravité des chutes traumatiques fait que la mesure de leur impact n'a pas été possible. Par contre les résultats sont visibles en termes de processus comme témoignent l'émergence des indicateurs décrits ci-dessus.

5.2.4 Perspectives

Perspectives et généralisation du projet dès 2004³³ :

- Généralisation de la démarche au reste des EMS genevois.
- Elaborer un plan d'évaluation du projet 2000-2002 avec coûts-bénéfices.

- Choix et exploitation des données statistiques à des fins épidémiologiques et de planification.
- Elargissement des partenariats.
- Remise du projet EMS à un organisme tel que la Fédération genevoise des EMS (Fegems).
- Poursuite de la formation et de la diffusion de documents spécifiques.

5.3 PROJET DE SANTE PUBLIQUE DE PREVENTION DE CHUTES CHEZ LA PERSONNE AGEE A DOMICILE

5.3.1 Objectifs du projet

Le projet « domicile », bien qu'identifié pendant les années PSQ, a été lancé pendant l'année 2003. Le cadre d'intervention est le programme de santé publique de prévention des chutes auprès de la DGS.

L'idée de base est la coordination des actions de prévention ainsi que la promotion d'un réseau comprenant les partenaires socio-sanitaires sollicités dans l'application de la politique du maintien à domicile des personnes âgées. A relever que le maintien à domicile est synonyme d'un maintien de l'autonomie que la survenue des chutes compromet grandement.

Le maintien à domicile comprend des prestations sociales et sanitaires⁴⁴. De ce fait, une convergence entre les professionnels de l'action sociale et sanitaire s'avère nécessaire. Cette convergence est une ouverture à une interdisciplinarité et à une plurifonctionnalité où personne ne doit prétendre que chacun peut tout faire ou détient le droit (ou la propriété) d'une pratique.

L'intervention à domicile se différencie des interventions en institution qui, elles, obéissent à une organisation spécifique ; le domicile est une réalité et une organisation propre à chaque bénéficiaire. Par l'intervention des soins à domicile, celui-ci change et devient un espace englobant à la fois le domicile et le lieu de rencontre de l'ensemble des organismes formels et informels (les voisins, la famille) appelés à fournir des prestations à la personne âgée. Enfin, l'intervention doit tenir compte d'une attitude différente en égard des prestations proposées. S'il est reconnu qu'une personne dispose de droits dans une situation d'hospitalisation ou d'institutionnalisation, cette personne les fera d'autant plus valoir chez elle.

En même temps, la connaissance du cadre de vie de la personne peut permettre une meilleure adaptation et pertinence de l'offre puisqu'elle sera ancrée dans une réalité et permettra d'éviter ainsi des prescriptions dénuées de sens pour la personne.

5.3.2 Caractéristiques du projet

Les caractéristiques de ce projet sont les suivantes :

Organisation du projet : supervision de M. Jean Simos, directeur adjoint auprès de la DGS. Responsable du programme de santé publique de prévention de chutes chez la personne âgée : M. Loew F. Participants : M. Loew F. médecin gériatre et Mme Maupetit C. infirmière enseignante et Mme Leroy R. neuropsychologue. Soutien méthodologique : Cellule « Développement et Perspectives », DGS et Cellule « Qualité » DGS

Objectif général du projet : développer un projet de prévention des chutes des personnes âgées à domicile compte tenu des données probantes dans ce domaine.

But du projet : diminuer le nombre et la gravité (traumatismes et fractures) des chutes dans la population vivant à domicile.

Objectifs opérationnels :

- Constituer des données probantes pour un programme de prévention à domicile adapté à Genève.
- Participer au groupe de travail "Référentiel de bonnes pratiques à l'usage des intervenants dans la prévention des chutes à domicile" ; ce groupe de travail fait partie du Réseau Francophone

(Canada, Belgique, Suisse et France) de Prévention des Traumatismes et agit sous l'égide de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (France).

- Constituer un groupe de travail avec les partenaires sanitaires et d'actions sociales impliqués dans l'application de la politique de maintien à domicile.
- Déterminer la faisabilité d'une collaboration avec les Centres d'action sociale et de santé (CASS).

Méthodes de travail :

- Méta analyses de la littérature
- Séances avec les différents groupes de travail

Déroulement et actions mises en place (décembre 2002 - juin 2003) :

- Analyses sur des données probantes des programmes de prévention des chutes à domicile,
- 4 réunions avec les différents partenaires du réseau socio-sanitaire potentiellement impliqués dans la prévention des chutes ou la promotion de la santé représentant les Unités d'Action Communautaires du Service Social de la Ville de Genève (SSVG), la FSASD, MOBEQ,
- Conférences téléphoniques et séances avec le groupe du réseau francophone,
- Expérience pilote avec le CASS de Bernex.

5.3.3 Résultats et éléments d'évaluation

Sur les données probantes de la prévention à domicile, deux rapports ont été élaborés à fin 2003:

1. L. Boymond³⁷ collaboratrice PSQ a effectué un premier rapport sur la base des documents émanant du Congrès Mondial de prévention des accidents et traumatismes 2002 à Montréal.
2. S. Schusselé et J. Bury de la cellule Développement et Perspectives auprès de la DGS²⁹ ont rendu un rapport permettant de mieux situer les principaux programmes de prévention des chutes, leur contenu, les populations-cibles, les facteurs de risque considérés et l'évaluation des programmes.

Les différentes actions menées ont permis de voir le nombre considérable de partenaires agissant directement ou indirectement sur la prévention des chutes à domicile. Un autre constat a été la nécessité de préciser le mandat du programme de la DGS auprès de ces mêmes partenaires autant sensibles à la problématique que susceptibles quant à la reconnaissance de leur spécificité d'action.

L'expérience pilote avec le CASS de Bernex avait pour objectif l'étude de faisabilité sur l'utilisation de l'outil Home-RAI (Resident Assessment Instrument) comme indicateur améliorant l'introduction des mesures de prévention de chutes chez la personne âgée. Cette expérience a été interrompue en raison du nombre d'autres projets assumés par ce CASS.

Le travail sur le "Référentiel de bonne pratique à l'usage des intervenants dans la prévention des chutes à domicile" s'est poursuivi tout au long de l'année 2003.

En 2003, il n'est pas possible de différencier les ressources spécifiquement utilisées à la réalisation de ce projet puisqu'elles émanent de l'ensemble alloué au programme (et donc aux trois projets) pour 2003 à savoir : 30% médecin, 40% infirmière, 60% neuropsychologue, 20% secrétaire coordinatrice.

5.3.4 Perspectives

Perspectives et généralisation du projet dès 2004 :

- la formalisation d'un réseau genevois avec les différents acteurs sanitaires et d'action sociale impliqués est le point stratégique. Ce réseau devrait préciser ses différentes missions et assurer le respect des stratégies d'actions spécifiques selon les partenaires (FSASD, CASS, le SSVG, clubs d'ânés, Avivo, Pro-Senectute, Gym Seniors, etc.),
- la finalisation du travail réalisé par le Réseau Francophone de Prévention des Traumatismes (phase

de finalisation pour 2004) ; ce référentiel constituera un outil mis à disposition auprès de partenaires du domicile à Genève.

- la relance du projet pilote avec un ou deux CASS.
- le développement d'une synergie avec l'action communautaire du SSVG et MOBEQ.

6. PARCOURS THERAPEUTIQUE : TRAJECTOIRE ET REPRESENTATIONS DES PERSONNES AGEES HOSPITALISEES SUITE A UNE CHUTE

« j'arrive pas à surmonter et puis, il faut pas que je retombe parce que ça me remet à zéro »

« je veux me débrouiller, depuis jeune, toute seule, c'est quand même positif hein ? »

« Ben, c'est-à-dire qu'on a plus de contrôle de sa vie de tous les jours [...] de plus être maître de sa volonté »

« eh bien, il n'y a plus raison de tricher. Jusqu'à présent, je disais, ben je m'en sortirai [...] cette fois, il y a qu'une chose, la plus logique c'est le suicide »

« surprise et puis effrayée et puis j'ai jamais pensé avant chuter parce-que j'étais prudente »

6.1 INTRODUCTION/CONTEXTE

Le projet « Parcours thérapeutique, trajectoire et représentations des personnes âgées hospitalisées suite à une chute » est un projet transversal inter-institutionnel conçu de façon à observer et à interagir avec la personne âgée hospitalisée pour chute.

Observer, car comme tout accident (et la chute en termes de santé publique est assimilée à un accident), la chute peut nécessiter des soins allant jusqu'à l'hospitalisation comme celles provoquant une fracture du col du fémur. Ces dernières sont documentées autant par leur coût économique que par leur mortalité mais il reste toutes les autres chutes à l'origine d'hospitalisations dont le devenir est moins clair.

En effet, bien que l'incidence des chutes soit élevée dans la population, nous voyons que les statistiques sur le nombre des personnes hospitalisées suite aux chutes, sur les filières de prise en charge, sur leur parcours thérapeutique ainsi que sur le coût global et les bénéfices sont peu connus. Dans ce sens, l'observation de la continuité entre l'univers hospitalier et l'extérieur (domicile, lieux de vie, autres prestataires, etc.) est nécessaire non seulement en vue de connaître les stratégies de communication qui permettent de maintenir les bénéfices obtenus lors de l'hospitalisation mais aussi (et surtout) pour se préoccuper de maintenir leur efficacité.

Interagir, car l'investissement dans la production des connaissances sur les mécanismes de la chute des personnes âgées est à la base des programmes de prévention. Pratiquement, il s'agit de mesures qui sont offertes/proposées ou imposées aux personnes âgées. Ces dernières « doivent » les intégrer dans leur quotidien et en particulier dans leur *comportement* quotidien. Dans ce sens, connaître leurs représentations à propos des chutes, élément incontournable dans toute approche de changement du comportement (de la personne concernée et de ceux qui s'en occupent) est nécessaire de façon à établir une moindre asymétrie d'information et d'avoir en ces personnes âgées des acteurs principaux et des partenaires garants de leur propre continuité.

6.2 DEVELOPPEMENT DU PROJET

6.2.1 Phase d'identification

L'identification du projet s'est faite dans le cadre de la PSQ, à savoir un cadre qui favorise des nouveaux modèles d'intervention en matière de santé et dont les principes d'action « encouragent à déplacer des activités hospitalières curatives vers des approches préventives au sein de la collectivité, à changer les pratiques médico-sociales en mettant l'accent sur la prévention, promotion de la santé et la formation des

intervenants, à élaborer des modèles d'action et enfin à privilégier la recherche appliquée »⁴⁵.

De façon complémentaire aux projets « prévention des chutes en EMS » et « prévention de chutes à domicile », le projet « parcours thérapeutique: représentations et trajectoires » aura comme point de départ non pas la chute et les professionnels (formation) mais bien la personne « chuteuse » elle-même « vivant » dans le monde de ces mêmes professionnels « avisés ».

6.2.2 Phase tactique

Dans la phase tactique du projet, c'est la Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation (CMIR), de l'hôpital Beau-Séjour des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) dirigée par le Dr Anne-Françoise Allaz, qui est sollicitée comme terrain d'accès au système de soins et comme lieu d'observation.

La CMIR est un lieu de réhabilitation hospitalière accueillant des adultes âgés, et l'approche pratiquée auprès du patient comprend un souci de pratique communautaire et de prise en charge globale de la personne. Ce choix trouve un écho favorable qui se formalise par la signature d'une convention ponctuelle entre la Planification Sanitaire Qualitative (PSQ) et la Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation (CMIR) des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Prof. Mme Eliane Perrin a assuré tout au long le conseil scientifique comme directrice du travail final de la formation suivie de l'PIEMS¹² (Université de Lausanne). Bien que la formation ait été suivie indépendamment du mandat à Genève, l'utilisation des données dans le cadre de ce mémoire a été acceptée par la DGS ; le projet a été supervisé par la DGS, M. Jean Simos, directeur adjoint auprès de la DGS, programmes en santé publique. M. François Loew a participé comme expert et responsable du programme de prévention des chutes.

6.2.3 Phase de développement

Dans sa phase de développement, le projet prend les assises conceptuelles et scientifiques suivantes :

Le modèle conceptuel de déterminants de la santé ¹⁰ : un modèle est nécessaire lors de la recherche des solutions aux problèmes de santé où il y a interaction entre les données génétiques et biologiques, les modes de vie, l'environnement (physique, économique, social et culturel), et le système de soins. Ceci permet d'avoir une approche multifactorielle bio-psycho-sociale centrée sur la personne interagissant dans la communauté, complémentaire au modèle biomédical centré sur les maladies.

Les principes d'action de la promotion de la santé : s'agissant d'un thème et problème de santé dont la solution peut être autant individuelle que communautaire, la promotion de la santé permet d'agir sur :

1. les politiques publiques,
2. les déterminants de la santé,
3. le renforcement des activités communautaires,
4. *le développement et/ou le renforcement des compétences individuelles,*
5. *l'action de réorientation des services de santé vers la communauté.*

Les pratiques de promotion de la santé, dans le but de favoriser *le changement des comportements*, peuvent être des pratiques centrées sur l'individu (l'éducation pour la santé, le marketing social et la communication) ou sur la collectivité (*le développement organisationnel*, le développement communautaire et l'action publique).

Les modèles conceptuels de prévention des accidents et traumatismes, en particulier la grille de Haddon permettant de partir des concepts reconnus en santé publique : « un accident provoque un traumatisme sous forme des «lésions corporelles qui résultent d'un transfert d'énergie à l'organisme humain en des quantités qui dépassent la capacité de tolérance, (...) l'événement initial est considéré comme la résultante d'influences sociales biologiques, psychologiques, économiques et politiques, ... »²³.

¹² Institut d'économétrie et management de la santé

La contribution des sciences humaines à la prévention et à la promotion de la santé : c'est en particulier l'anthropologie de la santé et de la maladie qui est reconnue scientifiquement. Celle-ci a permis de mettre en évidence l'importance entre culture, santé et maladie. Ainsi, que ce soit en France ou bien Outre-Mer, le concept de représentations sociales s'est avéré être un facteur fortement explicatif du comportement que les individus ont en relation avec la santé et la maladie.

Citons à titre d'exemple que « le savoir populaire véhicule des représentations de la maladie, des thérapeutes, des établissements de soins, des moyens de prévention ou de toute autre composante de la santé »⁴⁶. « La représentation sociale est le produit d'un travail collectif d'interprétation, et de là, de construction de la réalité. [...], elle devient un langage qui permet la communication entre les membres d'une même socio-culture »⁴⁷.

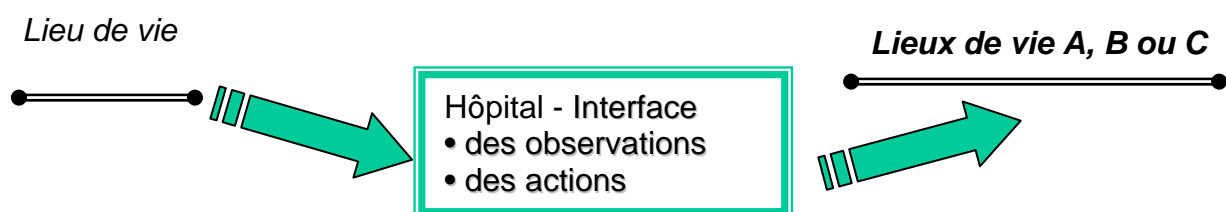
A l'intérieur de ces représentations, et dans le domaine de la prévention, il serait nécessaire alors de tenir compte des représentations des personnes pour qui les programmes de prévention sont conçus et non seulement du problème de santé en cause (d'ailleurs, est-il vraiment un problème de santé pour eux ?).

Parfois, il sera aussi nécessaire de se pencher sur les représentations que les personnes ont de l'institution ou des professionnels qui offrent ces programmes de prévention (ont-il la légitimité par exemple ?).

Les réseaux de soins et de santé : le projet cherche la collaboration avec l'hôpital en prenant des repères dans :

- L'OMS qui met l'accent sur le besoin de repenser les soins et ce qui pourrait être fait pour améliorer la qualité des personnes handicapées⁴⁸ : « la santé et la réadaptation ne peuvent plus être appréhendées seulement en termes d'interventions médicales ou avec les notions classiques que nous avons des soins [...] sous peine de confondre les limitations des personnes handicapées avec l'incapacité de la société à respecter et reconnaître la diversité des compétences et des besoins de chaque individu ».
- La réadaptation, aussi appelée réhabilitation en santé publique, est considérée comme un terrain d'action de prévention secondaire et tertiaire dont "le but principal est d'adapter les fonctions résiduelles d'un organisme invalide aux exigences d'une activité professionnelle"²⁵. Elle est « l'engagement coordonné de mesures médicales, sociales, professionnelles, techniques et pédagogiques en vue de l'amélioration des fonctions pour atteindre ou garder une activité aussi autonome que possible, une participation indépendante la plus large dans tous les domaines de la vie, ceci afin que la personne en question soit aussi libre que possible dans l'organisation de son existence »⁴⁹. Enfin, l'utilisation du mot réadaptation est préférable à ceux de réhabilitation, revalidation, rééducation et réinsertion, car il fait appel à une philosophie englobant d'une part la communauté, la famille, les médecins et les paramédicaux et nécessitant d'autre part, "un esprit d'ouverture tourné vers les potentialités des individus..."⁵⁰.
- L'hôpital comme lieu charnière dans la trajectoire des soins des personnes âgées :

Figure 1 : L'hôpital comme interface des lieux de vie



6.3 REALISATION DU PROJET

6.3.1 Mission

Promouvoir la continuité du parcours thérapeutique global d'une personne âgée victime d'une chute.

6.3.2 Constats et principes d'action

La chute est un accident qui provoque un traumatisme chez la personne âgée.

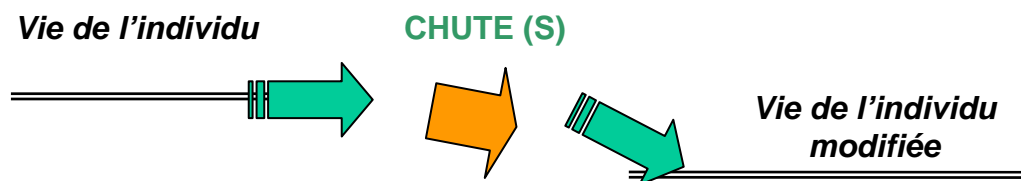
La chute est cause et/ou conséquence d'une réduction de mobilité et donc d'autonomie, influençant ainsi la qualité de vie des personnes âgées.

La chute provoque ou augmente un handicap multidimensionnel puisque la personne est touchée autant dans les dimensions somatiques que sociales et économiques. Ainsi, elle provoque des coûts directs et indirects, humains et économiques.

Cet évènement modifie la trajectoire de *soins* et de *santé* de la personne, et par là, s'inscrit dans sa *trajectoire de vie*.

La chute chez la personne âgée qui est, quant à elle, définie par les cliniciens « comme un événement inattendu qui conduit un sujet conscient à se retrouver au sol, et qui n'est la conséquence ni d'un choc provoqué par un facteur externe (piéton renversé par une voiture), ni d'une perte de connaissance, ni d'un accident vasculaire cérébral ou d'une crise épileptique. Cette définition exclut donc certaines situations comme les chutes survenant lors d'une syncope »²⁸.

Figure 2 : L'évènement chute dans la vie de l'individu



6.3.3 Objectifs généraux

Proposer un modèle d'intervention en phase de réhabilitation, selon trois axes prioritaires :

1. centrage sur la personne concernée,
2. observation de sa trajectoire,
3. optimisation de la continuité des prestations.

6.3.4 Objectifs opérationnels

Définir des indicateurs sur la trajectoire et sur le vécu de la personne âgée victime d'une chute.

6.3.5 Actions

Les travaux se sont déroulés en trois phases¹³ :

1. Observation de l'évènement chute en réhabilitation par un stage d'observation: observation de la

¹³ Toute démarche et choix d'action décrites ont été validées par un groupe de projet chutes incluant des cadres de la CMIR et des cadres de la DGS.

prise en charge du patient chuteur en suivant les médecins, soignants, thérapeutes, assistants sociaux, intendance, etc.

2. Choix d'indicateurs quant à la traçabilité du parcours thérapeutique des patients hospitalisés pour chute: répertorier les documents qui contiennent la trace de l'événement chute ainsi que de la prise en charge et qui servent à assurer l'interface entre les institutions (recueil de documents médicaux et d'observation de la prise en charge).
3. Choix des indicateurs concernant le vécu des patients : élaboration d'un protocole de recherche clinique intitulée « étude exploratoire qualitative sur les représentations de l'événement chute chez des patients âgés hospitalisés pour chute » chez 15 patients hospitalisés.

En parallèle et pendant les trois phases ont été menées les actions suivantes :

4. Contacts avec les interlocuteurs internes s'occupant des chutes, soit la Cellule qualité des HUG.
5. Contacts avec les interlocuteurs externes sociaux et sanitaires agissant soit en tant que prestataires, soit en tant que personnes relais du continuum de la prise en charge de personnes âgées hospitalisées, ceci à travers le programme chutes DGS, EMS et domicile-CASS et les activités de réseaux associés.

6.3.6 Observation de l'événement chute en réhabilitation en milieu hospitalier

L'intervention sur le terrain a débuté par un stage d'observation. Les buts ont été triples :

1. observer la dynamique des acteurs par rapport aux chutes;
2. cerner la population de patients concernés par la chute, importance et visibilité des chutes;
3. percevoir les possibilités d'intervention sur la chute d'un point de vue santé publique et promotion de la santé en respectant la logique du monde hospitalier et de réhabilitation.

La CMIR¹⁴ est un service d'environ 90 lits (travaux en cours) qui a enregistré 1'203 entrées en l'an 2000 avec une durée moyenne de séjour de 21 jours. La provenance des patients est la suivante :

- 45% sont des admissions directes, provenant soit de la DUMC (Division des urgences médico – chirurgicales à 90%), soit du domicile (10%);
- 55% sont des transferts dont 80% proviennent des Cliniques Médicales du Bâtiment de lits (Hôpital Cantonal-Département de médecine interne).

L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 73 ans (75% des patients sont en âge AVS). Une étude transversale effectuée en 1999 sur 254 patients consécutifs révèle que 75% des patients sont des retraités vivant seuls (53%) ou avec un conjoint (30%). Le nombre de co-morbidités était de 5.9.

Pendant un mois, les six unités de soins de la CMIR ont été approchées tant au niveau des professionnels de santé, du personnel administratif que des patients (colloques infirmiers, multidisciplinaires, visites médicales, etc.).

La population hospitalisée à la CMIR rend compte de la complexité de la prise en charge de la personne âgée. Non seulement les patients âgés de la CMIR associent des affections aiguës aux affections chroniques, mais ils présentent également une situation de précarisation sociale et économique. La palette est large quant aux diagnostics somatiques complexes, et les situations psychosociales à gérer sont difficiles. Ces différents éléments rendent difficile la mission de la CMIR, mission qui consiste à réhabiliter au niveau somatique la personne âgée, tout en favorisant sa ré-intégration dans la société.

La boucle « lieu de vie - hôpital – lieu de vie » prise dans les aspects médico-techniques et dans la préoccupation d'un relais d'aide à domicile est effectuée. Pourtant, il arrive que le vécu, les besoins et les préférences de la personne hospitalisée nécessitent davantage de ressources, comme dans le cas des quatre personnes citées comme exemple ci-après :

Exemple 1 : Mme X souffre de troubles de l'équilibre et de vertiges d'étiologie bénigne. Sa sortie est

¹⁴ Données transmises par Dr. Luthy, médecin chef de clinique de la CMIR, données de l'année 2000.

imminente. Une aide à domicile est prévue. Toutefois, elle est inquiète et réticente à sortir. Son médecin de référence ne comprend pas son inquiétude compte tenu de l'évolution favorable, de l'adéquation pharmacologique et de la mise en place des soins à domicile. En entretien guidé, elle dira qu'une de ses principales préoccupations est de se déplacer hors de chez elle. Elle éprouve une grande peur de tomber d'autant plus qu'elle a déjà chuté. Ses vertiges et l'instabilité qui s'en suit l'angoissent, elle se sent « honteuse car le docteur lui a dit que tout va bien se passer ». C'est un exemple où **la chute est « cachée »**, de la peur de tomber qui va influencer l'autonomie de la personne.

Exemple 2 : M. Y est hospitalisé avec un diagnostic de tassement des vertèbres et anamnèse d'accident vasculaire cérébral droit (AVC). En fait, il est là en raison d'une chute à domicile « qui m'a cassé à tout niveau », au sens propre et surtout figuré. Cette deuxième situation a davantage été explorée étant représentative de la complexité du problème. Ainsi, par exemple, les psychotropes lui ont été retirés alors qu'il en a besoin depuis des années (un essai effectué il y a quelques années avait eu des complications du même type selon son épouse), il pense que cela l'a enfoncé d'autant plus dans un nouvel état dépressif avec des manifestations agressives pour les soignants et thérapeutes (freinant ainsi la rééducation). En entretien guidé avec ou sans son épouse, il s'avère que l'intégration psychologique de la chute et les conséquences (syndrome post-chute) sont nettes et méritent d'être prises en compte. Le couple est inquiet car leur situation économique aisée il y a quelques années s'est vue modifiée tant le maintien à domicile et les efforts de conserver le lien social sont lourds à assumer. Cette nouvelle baisse d'autonomie et de mobilité met aussi une limitation supplémentaire aux sorties et à l'aménagement de leur maison. C'est un exemple où **la chute est "diluée" et qui illustre la lourdeur des coûts assumés par les familles**. Enfin, cet exemple montre la complexité des choix thérapeutiques pris en fonction des besoins du patient et/ou dans le souci de diminuer les facteurs de risque, comme ici avec les psychotropes.

Exemple 3 : Mme Z est hospitalisée suite à une chute à domicile où elle n'a pas pu se relever. A la CMIR, elle reste la plupart du temps dans son lit; lorsqu'on lui demande ce qui la motivait à bouger, elle répond: « ce n'est pas utile car j'ai déjà fait ma promenade avec mademoiselle (la physiothérapeute) » et puis les autres ne savent pas la soutenir si elle tombe, sauf peut être « si c'est le grand monsieur (l'aide infirmier) ». Et puis, « dans les corridors, c'est toujours encombré ». Pour sa sortie ? Oui, cela la préoccupe mais c'est surtout l'ascenseur de son immeuble qui ferme trop vite qui lui fait peur. Par ailleurs, elle ne veut pas que ça se sache, sinon son fils et surtout sa belle fille vont en « profiter » pour la placer. Enfin, ces derniers ne comprennent pas que c'est ce tapis, et pas elle, qui a occasionné cette chute. C'est un exemple de **chute explicite illustrant un décalage entre l'adéquation perçue des prestations données, et le comportement des acteurs**. Ceci est probablement conditionné par leurs représentations réciproques de l'événement.

Exemple 4 : Mme A est une femme de 65 ans qui parle volontiers de sa chute l'ayant conduite à l'hôpital. A la fin de la discussion, d'autres chutes qualifiées de « broutilles » sont évoquées. Mme A parlera enfin de la « première chute », celle à partir de laquelle « tout a commencé ». Mme A est remplie d'émotion à ce moment-là et relate que suite à cette chute elle s'était cassée le poignet. Pratiquant le tir à l'arc à un très bon niveau, elle abandonnera cette pratique et comme les chutes continuent, elle abandonnera ses déplacements au club, s'isolera et commencera à « aimer l'alcool ». Elle dira à la fin, « **pourquoi on n'en parle pas ?** Il doit y avoir quelque chose à faire ? ». C'est un exemple de personne « **multichuteuse cachée** », du coût social et psychologique des chutes et de l'impact de la réduction de mobilité sur sa qualité de vie, mais également des attentes et du **potentiel de prévention caché**.

La synthèse du stage met en évidence qu'à la CMIR, la chute est cause d'hospitalisation, synonyme de risque potentiel de chute (tous les patients présentent un ou plutôt plusieurs facteurs de risque), motif de prolongation du séjour, ou encore, élément déterminant lors de la décision de retour à domicile voire de placement.

6.3.7 Traçabilité du parcours thérapeutique des patients hospitalisés pour chute: à la recherche de la continuité

Il convient de connaître comment les prestations déjà engagées qui se sont révélées efficaces sont clairement transmises aux professionnels qui continueront la prise en charge de la personne âgée.

La qualité de l'accueil et la libre circulation dans le service, reflet de la confiance des responsables de la CMIR, ont été nécessaires à la participation de la vie de la Clinique et des patients. C'est ainsi que la

possibilité de mettre en place un système permettant de repérer les patients concernés par les chutes a été possible. Il a consisté à :

- Recueillir auprès de l'infirmière de gestion toutes les demandes d'admission afin de repérer les hospitalisations où la chute est évoquée.
- Recueillir auprès du secrétariat les informations minimales d'identification et les lettres de sortie pour tous les patients. Cette procédure systématique évitait une surcharge de travail car il n'était pas possible d'anticiper quels patients seraient concernés.
- Recueillir auprès des soignants et des dossiers infirmiers les feuilles de déclaration de chutes survenues pendant l'hospitalisation.
- Recueillir auprès de l'assistante sociale des informations sur les patients pour lesquels la chute ou la mobilité trop réduite étaient décisives quant au lieu de transfert ou placement.
- Recueillir lors des colloques spécifiques à un corps de métier ou à un service (ex : colloque de transmission infirmière, colloque interdisciplinaire d'unité, visite médicale), des informations non contenues ailleurs.
- Recueillir auprès des médecins internes les noms des patients concernés par les chutes au moyen d'une fiche distribuée hebdomadairement et au moment de l'examen d'entrée des patients.

Il est apparu rapidement que les sources étaient « inépuisables », chronophages mais qu'aucune n'était explicite. Ainsi, malgré le risque de perdre un nombre important des chutes « cachées », et compte tenu de la disponibilité pour cette tâche, les sources d'informations sont réduites et l'analyse pour les résultats quantitatifs s'est faite à partir des documents provenant des admissions CMIR et du secrétariat médical. Le recueil des documents destiné à établir l'importance de l'événement s'est fait sur une année, le recueil des documents destinés à établir des indicateurs sur le parcours thérapeutique s'est fait pendant 6 mois.

6.3.8 Trajectoire des patients et représentations de la chute

Phase de pré-enquête :

Pendant six semaines, 16 patients admis à la CMIR suite à une chute à domicile ont été repérés et leur dossier médical et de soins examiné. 10 patients ont été vus lors d'entretiens, accompagnés lors de visites médicales et colloques. 4 sur 10 sont des multichuteurs.

L'entretien auprès des patients n'est pas anodin : la chute évoque des souvenirs, les remue, les interpelle dans leur globalité. Il y a de la tristesse et la culpabilité de se trouver encore en vie, malades et assistés. Sont associés des sujets sur leur rôle et donc leur utilité dans la société actuelle en tant que « vieux », « en plus diminués », l'image de leur corps, leur manque de mobilité, d'autonomie, le regard de l'autre, ... et bien évidemment la mort comme alternative à leur dépendance ou placement dans un EMS. Ce sentiment illustre ainsi l'importance de la santé mentale et des dysfonctionnements thymiques anxieux, dépressifs de nos aînés.

Pour tous, la chute est un événement qui marque, qui est à l'origine des changements sociaux et de placement en institution en raison de la faible autonomie, conséquence d'une mobilité qui s'en trouve très réduite (surtout si elle est associée à des troubles cognitifs comme des pertes de mémoire).

Les propos tenus par les professionnels/proches lors des colloques en égard à la synthèse des entretiens auprès des patients chuteurs montrent deux types de décalages :

1. un décalage quant à la perception de leurs attitudes réciproques sur les mesures thérapeutiques offertes; ainsi l'autonomie et la liberté à prendre des risques recouvrent des réalités très différentes.
2. un décalage entre les savoirs (supposés) des uns et des autres sur les possibilités de prévention de chutes ou d'amélioration de la mobilité; ainsi chez les aînés, il n'apparaît pas dans leurs propos la notion de prévention explicite, mais plutôt la notion de maîtrise de comportement par la « seule volonté ».

Les entretiens se sont limités à 10 patients car la question éthique du « que faire pour l'après entretien » s'est rapidement posée (comment les laisser avec ces questions et les pistes qu'eux-mêmes soulèvent ?). En

effet, les personnes interpellées ont été mises face à cette question sans que l'on puisse apporter des réponses ; un module de formation thérapeutique était programmé mais n'a pu se mettre en place : le choix d'effectuer la recherche était prioritaire.

Etude clinique auprès des patients :

Compte tenu de son importance et ayant constitué une étape en soi, l'étude clinique est traitée au chapitre 6.5 intitulé « Etude sur les représentations de la chute chez les personnes âgées hospitalisés suite à une chute ».

6.3.9 Collaborations internes aux HUG

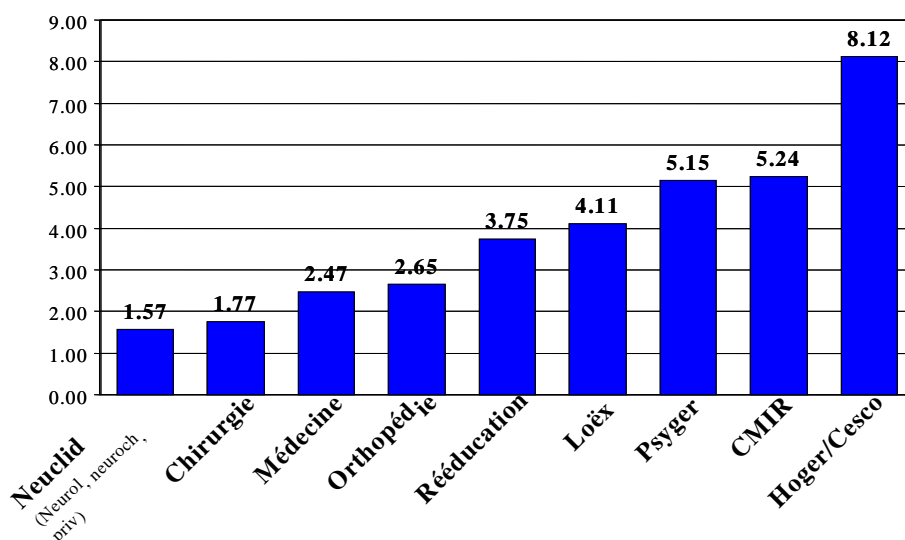
Les chutes survenues pendant les hospitalisations font l'objet d'une déclaration systématisée. A l'intérieur des HUG, c'est le programme transversal de prévention des chutes aux HUG développé par le Secteur Recherche et Qualité/DSI (Direction des soins infirmiers) des HUG qui agit ⁵¹. Ce programme a pour objectif de créer un dispositif de recueil et de sensibilisation des équipes soignantes.

Ces interlocuteurs sont précieux autant par l'accessibilité aux données qui appuie la pertinence de notre intervention que par leur appartenance aux soins, principaux prestataires « légitimes » dans ce domaine sans lesquels l'intégration dans le terrain eut été plus difficile.

Les données montrent l'importance de la problématique chute(s) aux HUG pendant l'hospitalisation pour 2002 où les unités des soins concernent 2'203 lits répartis dans plus de 100 unités de soins; 45'672 admissions; 780'444 journées d'hospitalisation pour une durée moyenne de séjour 5,3 à 189 jours. D'après la figure ci-dessous transmise par les responsables du programme, l'importance de la problématique chute(s) à la CMIR est confirmée. La CMIR est donc l'un des services les plus exposés à la problématique de la chute survenue pendant l'hospitalisation (ces chiffres sont restés constants en 2003).

Figure 3 : Importance du taux de chute

Taux de chutes pour 1000 journées patients en 2002



Ces données émanent de l'analyse d'une fiche de déclaration systématique créée spécifiquement pour toute chute de patient dont la procédure de transmission est bien établie (dès le remplissage par le professionnel de soins qui la remplit jusqu'à la transmission à la cellule qualité). En retour, l'analyse des fiches est transmise au cadre infirmier d'unité. Relevons que dans la fiche de déclaration de chutes, la plus grande partie des items concerne le manque d'adéquation comportementale du patient dans l'appréciation des risques.

Les autres objectifs du programme sont :

- De sensibiliser le personnel soignant aux « chutes » et à sa signification pour le patient et pour la qualité de la prise en soins.
- De constituer une base de données permettant d'analyser le profil des patients qui chutent et le contexte environnemental de soins.
- De discuter les résultats avec les équipes soignantes concernées. Intégrer les chutes dans le tableau de bord des indicateurs qualité des soins.

Ces objectifs ne se sont pas réalisés faute de ressources.

L'enseignement thérapeutique ou la partie éducation du patient, pourtant domaines où les soignants sont très présents et s'y réclament comme experts, ne sont pas visibles dans le domaine de la chute, de sa prévention ou encore dans la promotion de la mobilité.

6.3.10 Interlocuteurs externes

Les contacts et collaborations ont été étroites durant les années 2001 et 2002 (plus ponctuels en 2004) avec ou à travers:

- PSQ /DGS: des séances de travail internes ont lieu d'une part avec les chargés des autres projets de la priorité et en particulier avec le projet de système de surveillance des accidents dont l'intérêt d'inclure la chute est évident.
- Des séances de travail spécifiques au programme « chutes » sont fréquentes et permettent la coordination des actions.
- Les réunions de réseaux sont organisées par le programme chutes DGS auxquels sont invités différents acteurs de soins, sociaux et sanitaires tels que des acteurs des EMS, des CASS (Centres d'action sociale- soins à domicile), des soins comme MOBEC, des agents d'action communautaire. Le but est de connaître les actions et les intérêts au sein d'une multitude d'actions de production de biens et services directement ou indirectement associées aux chutes des personnes âgées.

6.4 RESULTATS DU PROJET : TRAJECTOIRE

« Ecrire fait partie de soins : pour garantir le suivi et la continuation de la prise en charge, l'information qui concerne le patient doit être accessible et cosignée de manière simple, précise et structurée », Rapport d'activités 2003 des HUG.

Les résultats suivants sont des tendances et non pas une statistique quantitative et qualitative. Ils sont tirés de l'analyse des documents suivants recueillis pendant une année:

- les annonces d'admissions,
- les demandes de transfert,
- les fiches de déclaration de chutes survenues pendant l'hospitalisation,

6.4.1 Importance du phénomène chute à la CMIR

En 12 mois :

- 86 annonces d'admissions sur 1004 (mai 2002 – avril 2003) sont des admissions où le mot chute est explicitement écrit dans le motif d'hospitalisation.
- 280 annonces d'admission de transfert (qui comportent la rubrique « risque de chute : oui/non ») comprennent la mention explicite « à risque de chute ».

Dès l'admission, un patient sur trois est donc concerné par la chute.

Par ailleurs, sur les 12 mois, le nombre d'annonces de déclaration de chutes survenues auprès des patients hospitalisés pendant leur séjour s'élève à 134 (sur 1004 admissions). On peut ainsi estimer que les

chutes et le risque de chute augmente et concernerait près de la moitié de la population hospitalisée CMIR. Pendant l'année de recueil, ces déclarations ne recourent que ponctuellement la population décrite ci-dessus.

6.4.2 Traçabilité et continuité : appréciations qualitatives

L'information est véhiculée à l'aide de supports multiples. Cette hétérogénéité concerne autant :

- les sources (provenance),
- le type d'information (admission, fiche de transfert, lettre de sortie),
- la qualité du remplissage (manuscrit, lisibilité, explicité, cases cochées),
- l'accessibilité à celles-ci (dossiers multiples, médecin à médecin),
- les buts (document cantonal de transmission inter-institutionnel rempli par les soignants lorsque le patient sort de l'hôpital associé aux fiches remplies par les infirmières de liaison ou assistantes sociales).

Dans ce sens, la continuité et la stabilité des informations à travers les différents écrits mériteraient une réflexion en termes organisationnels ou de procédures de transmission.

De même, par souci de protection du secret médical, la transmission des documents obéit à une certaine logique. Par exemple, une lettre de médecin sera adressée à un autre médecin qui ne verra que ponctuellement la personne par rapport aux autres professionnels qui auraient elles besoin d'une information fonctionnelle. Dans la pratique, le transfert des informations inter-institutionnelles est « géré » en grande partie par les assistantes sociales montrant ainsi les alternatives et ressources déjà en place.

Les patients multichuteurs sont difficiles à gérer tant à cause de l'organisation de l'encadrement qu'à cause du désarroi qu'ils provoquent. Ces situations font émerger parfois un même fatalisme chez les soignants et les médecins que chez la personne âgée. Consolider un lien avec le projet de prévention dans les EMS serait utile de par leur expérience dans la proposition des mesures de prévention là où la plupart des résidents sont multichuteurs (l'utilisation de protecteurs de hanche a pu être favorisée), là où cas les stratégies organisationnelles et de gestion de « ces crises » sont plus rodées.

Matériel : l'existence des supports écrits (brochures, manuels, etc.) provenant de différents pays est importante, tant en nombre qu'en qualité. Ceci reflète la créativité mais renvoie aussi à la pertinence de recréer de nouveaux matériaux, favorise une réflexion sur l'engagement de mesures d'accompagnement ou d'adaptation auprès des professionnels et des personnes concernées, plutôt que la création de nouveaux matériaux.

La multitude des acteurs : en interne, les besoins explicites et implicites des patients transcrits dans le dossier médical, le dossier infirmier, les dossiers thérapeutiques, les dossiers sociaux, ..., peuvent souffrir de décalages. Par rapport à l'extérieur, la communication avec les partenaires du domicile ou d'autres institutions socio-sanitaires est ainsi d'autant plus difficile, déficiente ou absente, favorisée par une attitude « hospitalo-centriste ». Il est probable que selon qu'il s'agisse de mesures curatives ou préventives, la continuité des prestations offertes peut être compromise à des degrés différents. Ainsi, une certaine homogénéisation /généralisation des documents peut s'avérer utile comme le montre la démarche entre MOBEC (programme mobilité et équilibre de l'hôpital de gériatrie des HUG) et le projet de prévention DGS dans les EMS par la création d'un document de transfert (encore un). Il peut sensibiliser et favoriser la continuité des prestations thérapeutiques lorsque la personne est transférée dans un EMS. Ce document n'est pas généralisé mais est généralisable.

6.4.3 Traçabilité et continuité : constats

Les constats suivants sont issus du relevé effectué de mai à octobre 2002, soit 517 admissions à la CMIR. Des dossiers « chuteurs » sont retenus, ils comportent le mot « chute » sur la fiche d'entrée ou sur la demande de transfert ou comprennent une fiche « Déclaration de chute (pendant l'hospitalisation) ». Au total, ce sont 91 dossiers « chuteurs » qui ont été retenus et ont fait l'objet d'une attention particulière (48 hommes et 43 femmes). Le constat est le suivant :

1. La population des chuteurs est relativement âgée : 43% a plus de 80 ans
2. La prévisibilité des chutes : une attention particulière a été portée sur les patients chuteurs lors de leur séjour à la CMIR (analyse des fiches « Déclaration de chutes »). Il s'agissait d'examiner si ces chutes pouvaient être « prévisibles » (valeur de l'attribut « Antécédent chute » = oui). Ainsi, 45% (au minimum) des patients chuteurs admis à la CMIR ont fait l'objet d'une déclaration chute ! Donc ils ont chuté à nouveau. Certes, la lecture de ces déclarations indique une majorité de chutes « sans conséquences fonctionnelles » majeures mais certaines ont cependant abouti à des fractures. Les répercussions d'ordre psychologique, comme l'exacerbation de la peur de tomber ou une baisse d'estime de soi, ne sont pas reconsidérées. D'autre part, malgré l'information présente dans d'autres documents, seulement 41 % de ces déclarations mentionnent l'existence de chutes antérieures.
3. Le phénomène de « dilution » de l'information a également été examiné de la manière suivante : le mot chute (ou un synonyme) a été repéré dans chaque diagnostic porté sur la fiche d'entrée ou de transfert ainsi que dans le chapitre diagnostic de la lettre de sortie. Ainsi sur les 91 dossiers « chuteurs », le mot chute apparaît 32 fois sur les entrées et 12 fois sur les documents de transfert mais n'est écrit que sur 22 lettres de sortie dans le chapitre diagnostic. Il disparaît ainsi une fois sur deux sur les documents de transmission intra et inter-institutionnelle.
4. La destination finale des patients mentionnée sur la lettre de sortie a également été prise en considération. Ainsi, 55% des patients chuteurs regagnent leur domicile après leur séjour à la CMIR, ils sont toutefois susceptibles d'être ré-hospitalisés.
5. La perception du patient à risque de chute avant hospitalisation à la CMIR : en ce qui concerne le risque de chute présent avant l'admission du patient à la CMIR, une tendance a été dégagée de la manière suivante. Des 517 demandes d'admission, 361 sont des transferts. Ce document est organisé en rubriques dont une concerne le « risque de chute : oui/non ». 38% des patients sont perçus comme étant à risque de chute. Ces 138 (70 hommes et 68 femmes) ne font pas partie du collectif des 91 dossiers retenus.

6.5 ÉTUDE SUR LES REPRESENTATIONS DE LA CHUTE CHEZ LES PERSONNES AGEES HOSPITALISEES POUR CHUTE

6.5.1 Cadre de l'étude

15 personnes hospitalisées à la CMIR à la suite d'une chute ont participé à l'étude. Les objectifs et les conditions de réalisation de l'étude ont été discutés lors des réunions du groupe de travail comprenant les cadres de la CMIR, un cadre DGS, Mme Eliane Perrin et moi-même comme chargée de projet.

L'aspect novateur et les bénéfices attendus de l'étude sont d'obtenir l'opinion des patients sur leur(s) chute(s), les connaissances acquises devant permettre de mieux adapter les programmes de santé publique de prévention secondaire des chutes à l'expérience vécue des patients concernés.

6.5.2 Problématique

Des données émanant des personnes concernées sont indispensables pour s'assurer de l'adéquation des mesures proposées. Les données d'un des déterminants comportementaux tels que les représentations n'ont fait l'objet que de peu d'explorations scientifiques biomédicales ou en santé publique dans le domaine de chutes chez la personne âgée.

La représentation sociale ⁵², concept élaboré en sciences sociales, est "une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Elle est aussi appelée "savoir du sens commun" ou encore "savoir naïf", "naturel". Cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, du savoir scientifique. Nous « fabriquons » nos représentations sociales à partir de sources diverses comme des "éléments informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, des croyances, des valeurs, des attitudes, des opinions, des images, etc.

Mais ces éléments sont toujours organisés sous forme d'un savoir disant quelque chose sur l'état de la réalité". Ainsi, "les représentations sociales, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales".

« C'est cette totalité signifiante qui, en rapport avec l'action, se trouve au centre de l'investigation scientifique »

L'approche « *patient centered* » implique que le patient est considéré comme un partenaire à part entière du processus thérapeutique. La connaissance des représentations du patient chuteur permettrait de clarifier le décalage perceptible entre la vision des professionnels et les attitudes du patient chuteur, et ainsi de fournir des pistes privilégiées d'intervention et de prévention des chutes et en particulier d'ajuster la stratégie de prise en charge des chutes, notamment lors du retour à domicile ⁵³. Par exemple, selon les représentations du patient, son contexte de vie et ses ressources du moment, il serait concevable qu'une intervention d'information ou de formation ciblée soit destinée soit au patient, soit à son environnement social ou physique ou encore à différents niveaux simultanément.

De la revue de la littérature, il ressort que les principales sources nous fournissent des données essentiellement axées sur le recensement des chutes, sur leurs conséquences, quelques unes sur la réhabilitation biomédicale et beaucoup sur les mesures de prévention possibles. Les études dans le domaine du comportement de la personne âgée méritent plus d'attention car dans les mesures de prévention proposées, c'est bien le comportement du chuteur qui est visé dans l'appropriation et la participation aux prestations offertes.

Une asymétrie importante s'illustre par les tendances actuelles en matière de recherche avec :

- la pléthore de connaissances de qualité issues de « recherches accidentologiques » dans lesquelles l'événement (chute et ses facteurs de risque) est placé au centre de l'étude et
- la pauvreté de connaissances émanant directement de la victime (du "chuteur") pris aussi dans sa dimension d'expert avisé. C'est là le cadre des « recherches en santé », où la personne et son parcours (et trajectoire) représentent le noyau de la réflexion.

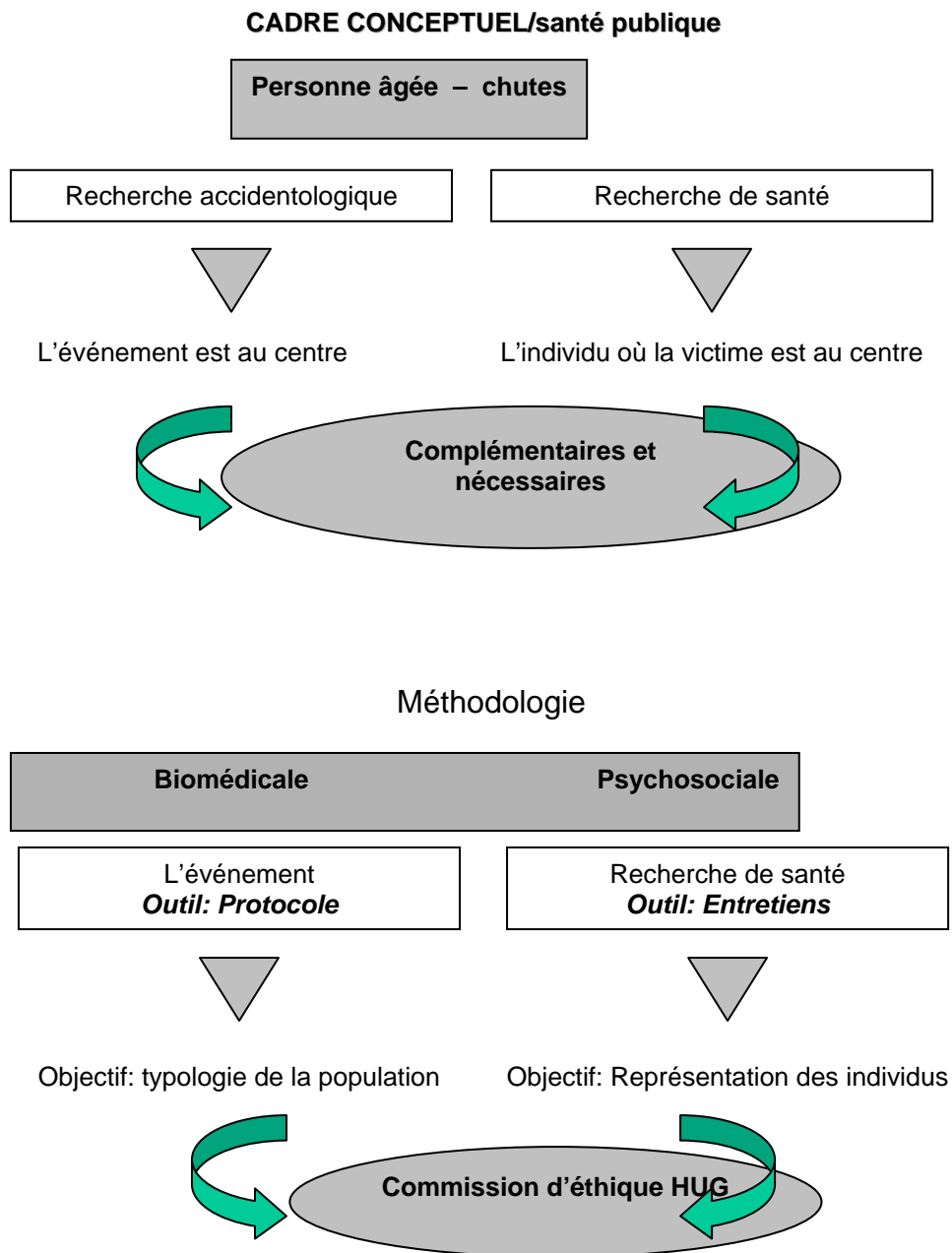
Ce constat, ainsi que la difficulté à appliquer et à démontrer l'efficacité des mesures de prévention des chutes nous renvoie à la complexité de la prévention qui va au-delà de l'information orale ou documentée.

L'adhésion aux mesures proposées, leur intégration dans le comportement quotidien, leur acceptation, dépendent aussi probablement de la cohérence entre le discours du professionnel qui la propose et qui va renforcer ou affaiblir les représentations de la chute et de son éventuelle prévention chez la personne âgée. Ainsi, la proposition d'explorer ces connaissances à partir des patients sous forme d'enquête illustrée ci-dessous est acceptée.

Afin d'assurer la rigueur et la protection des patients, elle prendra la forme d'une recherche clinique appliquée appelée « Etude exploratoire qualitative sur les représentations de l'événement chute chez des patients âgés hospitalisés pour chute ». L'élaboration du protocole d'éthique et la demande présentée par Mme Anne-Françoise Allaz, médecin chef de service de la CMIR aboutissent à une acceptation de la Commission d'éthique des HUG. Le protocole de notre recherche clinique est présenté en annexe 1.

Les cadres conceptuel et méthodologique de notre recherche rendent compatibles les approches utilisées dans la recherche biomédicale de type accidentologique et les outils des sciences humaines contribuant aux recherches en santé. La méthodologie ainsi utilisée nous permet de situer la personne âgée au centre de la réflexion scientifique. Ce cadre original est illustré dans la figure n°4 ci-après.

Figure 4 : Cadre conceptuel de la recherche



6.5.3 Tendances actuelles des travaux de recherche actuels

Quelques rares études sur le comportement des patients chuteurs⁵⁴ montrent que la personne âgée identifie bien la chute comme un problème de santé mais que l'évaluation des facteurs de risque chez les patients chuteurs est moins objective que chez les patients non-chuteurs; les patients chuteurs évaluent mieux les facteurs de risques chez leurs pairs que chez eux-mêmes.

Ces dernières années, la peur de tomber est souvent évoquée comme facteur de risque prédictif de nouvelles chutes, comme un phénomène fréquent chez les personnes âgées victimes de chutes, comme facteur de diminution des activités de la personne âgée qui chute⁵⁵ et favorisant leur isolement progressif et parfois l'apparition d'états dépressifs^{56;57}.

Dans « La chute racontée par les personnes âgées : vers une nouvelle définition de la peur de tomber », Chantal Piot-Ziegler décrit la peur de tomber par quatre niveaux:

1. Pas peur (PP),
2. Peur Modérée (PM),
3. Peur constante (PC),
4. Peur intense (PI).

Chacun de ces niveaux est exprimé par des indicateurs de changements psychologiques, sociaux et physiques et des modifications comportementales faisant référence à divers comportements adaptatifs ou compensatoires. Cette peur de tomber n'a pas pu être mise en relation ni avec les causes de la chute, ou les émotions ressenties au moment de la chute, ni avec l'intensité de la peur développée plus tard, ni avec le temps écoulé entre la dernière chute et le degré de peur ressenti par la personne âgée. De même, il y aurait une corrélation négative entre le degré de peur développé consécutivement à la chute et la gravité des conséquences physiques. En ce qui concerne l'après chutes et les conséquences, les situations citées comme étant les plus anxiogènes par les personnes ne correspondent pas aux activités les plus fréquemment explorées dans les évaluations habituelles de la peur de tomber. Ces données tentent de donner quelques éléments explicatifs à cette problématique et permettent de mieux comprendre le vécu des personnes âgées souffrant du « syndrome post-chute ». L'hypothèse de dépendance entre la peur de tomber est apparue comme étant dépendante des conséquences positives ou négatives perçues suite à la chute et surtout de la capacité de résilience de la personne âgée.

6.5.4 Hypothèse

L'hypothèse centrale est qu'il est nécessaire de connaître les représentations que les patients chuteurs ont de leurs chutes afin que les mesures de prévention offertes ainsi que le changement de « vie » qu'on leur propose soient appropriées et efficaces. En effet, si malgré les connaissances actuelles, il est encore difficile d'acquiescer une compliance, c'est peut être que des informations contenues dans le message préventif ou dans les mesures de prévention proposés diffèrent grandement de leurs représentations.

6.5.5 Objectifs

Cette étude exploratoire qualitative vise à décrire les représentations de la chute chez des personnes dont la chute est à l'origine de l'hospitalisation. Situation particulière puisque la chute a des conséquences suffisamment graves pour motiver une hospitalisation en urgence et ensuite un transfert en réhabilitation.

6.5.6 Questions de recherche

Nous voulons explorer les liens pouvant exister entre les représentations que les patients ont du motif de leur hospitalisation, et de la ou des chutes précédant leur hospitalisation. Nous voulons aussi voir s'il est possible de dégager une typologie des représentations à propos des chutes. Finalement, nous voulons appréhender comment les représentations dégagées jouent un rôle dans les comportements de prise de risque inconsidérée ou/et de restriction de la vie sociale des patients chuteurs.

6.5.7 Procédures

Considérations éthiques :

Une fois le protocole approuvé par la Commission d'Éthique, un médecin interne (Dr. Elodie Girard) travaillant dans des projets de recherche de la CMIR identifiait les patients, les informait oralement tout en leur donnant la feuille d'information présentant l'étude. Si le patient acceptait et signait le formulaire de consentement, le médecin interne programmait un entretien. La confidentialité et l'anonymat leur ont été garantis. Les entretiens se sont déroulés selon l'échéancier prévu dans le protocole d'éthique.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les patients consécutifs hospitalisés à la CMIR, âgés de 65 ans minimum, pour lesquels la chute

figure comme motif d'admission, étaient éligibles. Les critères d'exclusion étaient constitués par :

1. le fait de ne pas pouvoir donner un consentement éclairé sur l'objet de la participation à cette recherche,
2. le fait de ne pas maîtriser suffisamment bien le français pour pouvoir collaborer à un entretien clinique structuré,
3. le fait de ne pas pouvoir préciser le jour de la semaine et le lieu du séjour hospitalier actuel.

Seuls les patients acceptant les conditions de la participation à l'étude ont été interviewés après lecture d'un formulaire d'information et la signature d'un formulaire de consentement.

L'échantillonnage

Il s'agit d'un protocole qualitatif concernant un petit nombre de patients inclus: 15 patients chuteurs. Le nombre de sujets a été fixé non pas en fonction des exigences d'un échantillon représentatif, mais de manière à ce que les dimensions liées au problème investigué puissent apparaître, comme cela se pratique couramment en sciences humaines et lors de recherches qualitatives exploratoires en médecine⁵⁸. La récolte des données socio-démographiques et biomédicales a été effectuée sur la base des données disponibles dans les dossiers médicaux en particulier la « Geriatric Assessment ». Les données ne figurant pas dans le dossier ont été obtenues auprès du patient lors de l'entretien.

Le lieu de l'étude

Cette étude s'est déroulée dans les 5 unités de la (CMIR). Les 15 interviews d'une heure environ ont eu lieu en respectant les horaires de repas, de thérapie, de visite et de repos de patients. Le bureau dans lesquels ils se sont déroulés est un local tranquille, sans bip et ni téléphone connecté.

6.5.8 Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire qui a recensé, répertorié et analysé les représentations et les savoirs que les patients chuteurs ont à propos des chutes.

La méthode utilisée a été celle de l'entretien semi-structuré: préalablement, un guide d'entretien avait été mis au point, testé, rediscuté et modifié. Celui-ci est conçu de façon à observer le lien que le patient fait entre sa chute et son hospitalisation, de relever ses propres explications relatives à ce qui précipite la(les) chute(s), et la place qu'occupent la (les) chute(s) dans ses préoccupations.

La question de départ est :

1. "A votre avis, pourquoi êtes-vous à l'hôpital?" pour enchaîner avec d'autres questions ouvertes ;
2. " Qu'est-ce qui, selon vous, est à l'origine de votre(vos) chute(s) ? ”;
3. " Quelles sont les répercussions qu'entraîne(nt) cette(ces) chute(s) dans votre vie quotidienne ? ”.

Les réponses à ces questions constituaient la partie appelée "spontanée" de l'interview, donnant accès aux représentations des patients chuteurs.

Lorsqu'ils ne voyaient plus ce qu'ils pouvaient rajouter, nous commençons la deuxième partie de l'entretien, appelée la partie "induite". Une liste des principaux facteurs de risque était évoquée et le patient était invité à nous en parler.

La fin de l'entretien était anticipée et terminée en leur demandant : "Est-ce qu'il y a des choses que vous n'auriez pas eu l'occasion ou le temps de dire et que vous souhaitez dire maintenant ?"

Les interviews ont été enregistrées et dactylographiées: la transcription verbatim a représenté environ 150 pages dactylographiées. Elles ont été lues, relues, complétées et identifiées de manière à garantir l'anonymat par l'enquêteur. Deux exemples d'interviews illustratifs de la problématique sont présentés en annexe 2. Deux chercheurs ont assuré l'ensemble de l'analyse de contenu Rosario Leroy et Eliane Perrin pour la supervision.

Les opérations de codification comprennent l'identification des unités de sens dans le discours du patient. Chaque entretien retranscrit et corrigé est ensuite découpé en paragraphes. Ces paragraphes

constituent des unités de sens qui sont séparées les unes des autres par un espace. Chaque unité de sens doit être compréhensible en soi. Parallèlement, un code de classification a été élaboré indépendamment par les deux chercheurs à partir de trois entretiens. Celui-ci a été discuté, corrigé et remis à l'épreuve avant de constituer le code de classification définitif. La grille « code de classification » est présentée en annexe 3. Par souci de lisibilité, nous parlerons de catégories.

Le code a été établi à partir de variables pré-établies (ex : structure de l'interview, partie "spontanée", partie "induite", ...) et de variables tirées des interviews telles que :

- Motif d'hospitalisation.
- Représentations des chutes/dernière chutes/ chutes à répétition/lieu de la chute/parties du corps incriminées.
- Comportement de prise de risque.
- Changements et conséquences des chutes.
- Comportements et attitudes de protection/prévention.
- Unités inclassables.

Au total, il y a 6 catégories pour le discours spontané et 6 catégories pour la partie du discours induit soit au total 219 codes.

Ensuite, chaque unité de sens est classée : soit dans une des catégories du code correspondant à un discours spontané (code 1), soit dans une des catégories du code correspondant à un discours induit (code 2). Pour identifier s'il s'agit d'une unité de sens spontanée ou induite, il ne suffit pas de se référer à la question posée par l'intervieweur (question ouverte ou question induisant une réponse, introduisant une variable à laquelle l'interviewé n'a pas fait allusion précédemment; les relances également peuvent être inductives ou non...). L'interviewé peut en effet, à l'occasion d'une question inductive, introduire spontanément de nouvelles variables. Chaque unité de sens est codée dans une ou plusieurs des catégories du code. La codification des 15 entretiens a été supervisée par un chercheur (Eliane Perrin).

Un exemple du travail de catégorisation du discours à partir d'un passage tiré d'un entretien est présenté ci-après.

Tableau 3 : Extrait d'une interview avec codification

WE14/5/ : identification de la personne/5 ^{ième} entretien
Séparation en deux unités de sens
1.2.2.1_1.2.2.4_1.2.2.9_1.2.3.5
<i>La première fois que vous vous êtes écroulée. Est-ce que ce sont des choses qui vous sont déjà arrivées?</i>
Non !
<i>De glisser, d'être par terre sans vouloir ?</i>
Non, quand je me suis trouvée par terre, en général, c'est que j'ai fait quelque chose, quelque chose qui m'a provoqué, c'est ça. Par exemple en sortant d'un magasin d'alimentation, la COOP.
J'étais sur le trottoir, je mets mon pied et puis, j'ai pas vu, il y avait une grille et je me suis flanquée, voilà.
Alors, je suis tombée. Mais ça, c'était normal puisque j'avais mis le pied dans la grille.
Non, je ne sais pas
1.2.2.1 veut dire : 1. (discours spontané) 2.(représentation des chutes) .2. (représentation des chutes répétées),1(c'est de ma faute)
1.2.2.4 veut dire : 1. (discours spontané) 2.(représentation des chutes) .2. (représentation des chutes répétées),4(attribuée à un accident)
1.2.2.9 veut dire : 1. (discours spontané) 2.(représentation des chutes) .2. (représentation des chutes répétées),9(attribuée à un objet de l'environnement)
1.2.3.5 veut dire : 1. (discours spontané) 2.(représentation des chutes) . 3 (lieu de la ou des chutes). 5 (dans la rue/en ville)
1.4.2_1.4.3_1.4.7

Donc, ce qui vous a conduit ici, comme vous l'avez dit c'est que vous vous êtes éroulée chez vous ?

Comment ?, oui

Si on vous a hospitalisée c'est que c'est différent de la fois ou vous vous êtes trouvée par terre à la Coop ?.

Ah, oui, mais on m'a pas hospitalisée et puis... On m'a demandé parce que c'était une drôle de façon.

Évidemment, en mettant le pied dans la grille (rires) j'en ris parce que c'était un drôle de façon de ...

On m'a dit ; on appelle l'ambulance ? Non, je veux pas l'ambulance mais je veux aller chez moi. Alors, il y avait un couple et puis ils m'ont amené chez moi. J'habite au rez-de-chaussée de la rue près de la place X. Ils m'ont laissé là, et je me suis arrangée toute seule. Ça me faisait mal, bien sûr, j'ai pris les orteils. Vous voyez ?

Oui

Bon, ça fait rien. Après, je me suis débrouillée et je suis allée voir le docteur et il m'a dit : mais qu'est-ce que vous avez fait ? Il m'a bandé et puis, je suis restée sans pouvoir poser le pied un bon moment. C'était tout à fait.

Sans pouvoir vous chausser ?

Oui!

1.4.2 veut dire : 1. (discours spontané) 4.(Changements/conséquences de(s) chutes).2. (sentiment que c'est banal/pas grave).

1.4.3 veut dire : 1. (discours spontané) 4.(Changements/conséquences de(s) chutes).3. (arrive à se relever seul).

1.4.7 veut dire : 1. (discours spontané) 4.(Changements/conséquences de(s) chutes).7. (avec des conséquences physiques (mobilité réduite, douleurs, fractures, lésions...)).

6.5.9 Plan d'analyse

La codification des 15 entretiens comprend un code d'identification des patients identique pour tous les fichiers de 1 à 15.

Trois types de données sont contenus dans 3 fichiers différents susceptibles d'être croisés:

1. Un fichier de données socio-démographiques (sexe, âge, profession, vit seul ou avec quelqu'un, avec ou sans aide à domicile,...).
2. Un fichier des représentations des chutes par patient (interviews codées) avec un code spécifique pour les données des représentations des chutes (interviews).
3. Un fichier de données médicales (élaboré par la CMIR, non traité dans ce travail).

6.5.10 Axes d'analyse

Les axes d'analyse sont les suivants :

- Explorer les liens entre les représentations que les patients ont du motif de leur hospitalisation et les représentations de la ou des chutes précédant leur hospitalisation.
- Dégager une typologie des représentations des chutes.
- Explorer les liens entre les représentations des chutes et les comportements de prise de risques inconsidérés des patients chuteurs.
- Explorer les liens entre les représentations des chutes et les restrictions de la vie sociale des patients chuteurs.
- Explorer les liens entre les représentations des chutes et les comportements de « protection / prévention » des patients chuteurs.

6.5.11 Description des interviewés

Population de référence et échantillon interviewé: s'agissant d'une étude exploratoire qualitative, l'échantillon de personnes interviewées n'est pas représentatif de l'ensemble des patients hospitalisés suite à une chute dans

la CMIR et encore moins des personnes âgées victimes des chutes hospitalisées en général.

Les caractéristiques de l'échantillon sont les suivants :

- *Sexe* : la majorité sont des femmes : 11 femmes et 4 hommes.
- *Age* : la moyenne d'âge est de 83.3 ans (médiane de 86 et écart-type de 7,1).
- *Style de vie* : la majorité de participants vivent seuls (11/15), mais les 15 bénéficient d'aide à domicile.
- *Lieu de vie avant l'hospitalisation* : tous viennent du domicile.

Tableau 4 : Caractéristiques de l'échantillon

Etat civil		Professions		Lieu de vie		Mode de vie		Encadrement		Nb. chutes	
Marié	4	Sans formation	0	Appartement	14	Vit seul	11	Formel	4	Multichuteur	13
Célibataire	3	Apprentissage	9	Appartement protégé	0	Avec conjoint ou enfant	4	Informel	3	Chuteur	2
Divorcé	3	Etudes sup.	6	Villa	1			Formel + inf.	8		
Veuf	5			EMS	0						

6.5.12 Analyse des résultats

Le détail et la synthèse de ces résultats sont présentés en annexe 4 : 1168 unités de sens ont été recensées et classées. S'agissant d'une étude qualitative, les pourcentages sont destinés avant tout à faciliter la lisibilité et indiquer d'éventuelles tendances qui devraient être confirmées ou infirmées par une étude de plus grande ampleur.

Les résultats ont été analysés à l'aide du tableur Excel. Ce logiciel nous a permis d'avoir des résultats en termes de :

1. recherche de fréquences : extraction des catégories standard en examinant les propos de chaque personne interviewée.
2. recherche de profil type : examiner les réponses communes entre les différentes personnes pour chaque catégorie.

6.5.13 Tendances en termes de fréquence de thèmes abordés

Il y a des différences inter-individuelles quant au nombre de thèmes abordés. Certaines personnes ont un discours plus abondant que d'autres sans que cela reflète un dysfonctionnement pathologique. Ainsi, le nombre de catégories/sous-catégories abordées varie entre 112 et 50 catégories.

L'analyse des 15 catégories les plus fréquemment citées constituant ainsi le noyau dur de la représentation des chutes, montre une très forte proportion des catégories sur les conséquences des chutes (catégorie 1.4 : 28% des unités de sens).

La chute est décrite par ses conséquences :

1. besoin d'autrui (pour se relever, pour vivre),
2. conséquences physiques et psychologiques (aspects émotionnels),
3. appel aux soins.

Tout cela est attribué à la faute de soi-même. Le seul comportement de protection est lié à un changement psychologique mais cette fois-ci dans les aspects comportementaux, à savoir « faire attention »

Détail des catégories représentatives :

Les catégories 1.4/2.4 concernent les changements/conséquences de la ou des chutes. Elles sont énoncées ci-après dans l'ordre de plus grande fréquence apparue :

- 1.4.5 : Avec conséquences faire appel aux aides externes (faire appel à quelqu'un, se faire livrer à domicile).
- 1.4.7 : Avec conséquences physiques (n'arrive plus à bouger/ douleurs/fractures, lésions mobilité réduite ,...).
- 1.4.9 : Avec conséquences psychologiques (« aspects émotionnels : peurs, peur de mourir, tristesse, perte de confiance en soi, sentiments/pensées négatifs, changement de leur image corporelle, changement d'un état émotionnel, méfiance, changement de l'image de l'autonomie, peur de devenir dépendant, inquiétudes pour futur, dépression, épuisement, état de tension, culpabilité, révolte).
- 1.4.6 : Avec conséquences (consultations médicales, ambulance, hospitalisation,...).
- 1.4.1 : Sentiment que c'est quelque chose de grave.
- 1.4.10 : Avec conséquences psychologiques (aspects comportementaux : être isolé, diminuer les trajets, les sorties, ne plus faire un certain nombre de choses chez soi (cuisine, toilette, s'habiller, faire le ménage, ne plus soulever ou porter des personnes (conjoint) ou des choses lourdes (courses), ne plus vivre seul, perdre le contrôle de sa vie).
- 1.4.4 : Sans conséquence (continue à vivre comme avant).
- 1.4.11 : Avec conséquences sociales (être ré-hospitalisé, changer de lieu de vie, perte de l'estime des autres, devoir utiliser un moyen auxiliaire, aller en maison de retraite, ne plus sortir seul, perdre son indépendance, ...).
- 1.4.2 : Sentiment que c'est banal/pas grave.

Les catégories 1.4.3 (arrive à se relever seul), 1.4.8 (avec conséquences psychologiques, peurs de retomber), 1.4.12 (autres : se changer de travail, se suicider, demander aide au suicide) sont moins fréquemment évoquées (20 fois).

Les autres catégories concernent :

- 1.2.3.1 : Lieu de la chute à domicile.
- 1.2.2.1/12 : Attribution chutes, c'est de ma faute/attribuée à une perte d'équilibre.
- 1.2.4.5/6 : Parties du corps incriminées, jambes/pieds.
- 1.5.6 : Comportements de protection/prévention : changer psychologiquement, aspects comportementaux, faire attention, être prudent, prendre son temps, ne pas se précipiter.

Différences entre fréquences du discours spontané et du discours induit

135 catégories sont utilisées spontanément contre 84 catégories induites. Le nombre d'évocations issues du discours spontané représente 84% contre 10% au discours induit (6% sont dans la catégorie inclassable). Ceci reflète la grande spontanéité du discours des participants qui a marqué les entretiens. Par contre, dans certains cas, la personne n'est pas entrée en matière sur un thème malgré l'induction dont quelques exemples tirés de nos entretiens sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 5 : Discours spontané / Discours induit

Est-ce que vous pensez que les médicaments peuvent influencer sur les chutes ?

Non, moi j'en prends depuis. Non ! C'est le docteur qui me soigne. Vous voyez j'ai passablement de remèdes. Du reste, le dimanche soir je prépare le semainier.

Est-ce que vous pensez que des chaussures peuvent influencer sur les chutes ?

mais alors à ce moment là, j'aurais dû avoir un vertige ou. Non ? Vous ne croyez pas ? Mais j'ai rien eu. Vous voyez, je n'ai rien fait et je suis.

*Quand on m'a mise debout ? Dès que j'ai pu, je suis allée seule aux toilettes.
Je me lève, je n'ai pas de vertiges. Simplement, je fais attention de pas tomber parce-que.
Mais quelqu'un qui a des vertiges, est-ce que vous pensez qu'elle peut tomber plus facilement ?
Alors là ! Quelqu'un qui a des vertiges ?
Quoi qu'il y ait quand même des médicaments quand on a des vertiges ! Il y a des médicaments quand on les a .
Et puis, je crois aussi que quelques fois on prend des remèdes ou peut-être en s'alimentant peut-être. Vous savez, il y a des choses qui vont bien, ce n'est pas pour moi.*

Est-ce que le fait d'avoir des urgences urinaires peut influencer sur les chutes ?

D'aller aux toilettes en courant ou en se dépêchant ?

Vous savez ça m'arrive parce que j'ai eu une maladie que j'ai ramenée du Maroc où j'ai vécu 20 ans, alors, mes amis. Alors quand ça prend, inutile de vous dire ; quelque fois et bien, je n'arrive pas tout à fait à aller entre la pièce de séjour et les toilettes, il y a juste le vestibule. Ça arrive quand il y a une crise mais ça, c'est pas tout le temps, oh ! Oh ! Non !

Les catégories non utilisées

Quelques catégories du discours spontané n'ont pas été utilisées et de ce fait ont obtenu un score de 0 ; ce sont :

- Dans la catégorie d'attribution d'une cause à la chute qui les a conduit à l'hôpital (1.2.1) : attribuée à la peur de tomber (1.2.1.6), attribuée à des médicaments, au fait de vivre seul, à l'âge; cette dernière sous-catégorie est pourtant représentée lors de causes des chutes en général/chutes répétées.
- Dans la catégorie du lieu de la chute (1.2.3) : il n'y a pas de chutes dans les domiciles d'autrui, ni « autres ».
- Dans la catégorie facteurs de risques (1.3) : les facteurs de risque non évoqués sont : vue/lunettes, moyens auxiliaires, incontinence urinaire/courir au WC, lumière/éclairage, porter des chaussures non adaptées.
- Dans la catégorie de comportements de protection (1.5) : les comportements de protection/prévention non évoqués sont : rien (donc on peut faire quelque chose), ne sait pas (donc on sait) et diminuer/changer les médicaments ...

6.5.14 Réponses aux questions de recherche

Nos résultats sont structurés selon les réponses aux questions de recherche, à savoir :

- les représentations de leur hospitalisation,
- les représentations de causes des chutes,
- les représentations des conséquences des chutes,
- les représentations de la prévention des chutes,
- la possibilité de dégager des profils types des représentations ou des personnes.

Motif d'hospitalisation

Rappelons que la question de départ des entretiens était la suivante : « *Pourquoi êtes-vous à l'hôpital ?* ».

Les réponses (catégorie 1.1) montrent que la représentation du motif d'hospitalisation des personnes interviewées révèle un caractère de dépendance (« ce n'est pas moi qui ai pris la décision de venir »), même si c'est une chute qui est en cause. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant (remarque : plusieurs motifs peuvent être évoqués).

Tableau 6 : Evocation du motif d'hospitalisation

Nombre de personnes	Catégorie	Nombre évocations	Code	Discours
10/15	Chute sans fracture	10	1.1.1	spontané
8/15	Motif psychosocial	16	1.1.5	
4/15	Autres (réhabilitation, guérison, radiographies)	6	1.1.6	
4/15	Maladie	5	1.1.3	

Représentation de la ou des chutes

Nous avons distingué deux types de chutes : la chute précédant l'hospitalisation et les chutes à répétition. L'analyse des réponses concernant la survenue de leurs chutes est résumée ainsi.

Les représentations de ce qui est à l'origine des chutes, l'attribution et les causes de chutes (regroupement de deux types de chutes) montrent l'importance de la catégorie « c'est de ma faute » et de la catégorie « raisons psychologiques » (28 %).

A relever que les raisons psychologiques évoquées dans la grande majorité sont de type comportemental: je n'ai pas fait attention, je me suis précipité, je n'ai pas bien regardé, j'étais en retard, j'étais en souci, peurs (mais sauf la peur de tomber/retomber). Ceci a motivé une distinction entre aspects psychologiques (émotions) et aspects psychologiques (comportements) dans la catégorisation des conséquences.

Les chutes à répétition montrent une plus large palette de réponses avec les catégories « perte d'équilibre », « c'est l'âge et ne sait pas ».

Chute précédant l'hospitalisation

L'analyse des réponses (67 évocations au total) relatives à la première chute (catégorie 1.2.1) donne le tableau suivant pour les évocations supérieures au nombre de 3. Les catégories « attribuée à la peur de tomber, des médicaments, vivre seul, âge » ne sont pas évoquées. Aucune réponse supplémentaire n'est obtenue au niveau du discours induit

Tableau 7 : Evocation relative à la chute précédant l'hospitalisation

Nombre personnes	Catégorie	Nombre évocations	Code	Discours
7/15	c'est ma faute **	13*	1.2.1.1	spontané
7/15	attribuée à une maladie**	13	1.2.1.3	
7/15	perte d'équilibre	6	1.2.1.12	
6/15	ne sait pas***	12	1.2.1.11	
6/15	objet de l'environnement***	8	1.2.1.9	
3/15	raisons psy	6*	1.2.1.5	

*: l'une des personnes évoque 5 fois « c'est ma faute » et 3 fois « raisons psy »

** : pas de corrélation : donc c'est soit ma faute, soit la maladie

*** : pas de corrélation

Chutes répétées

L'analyse des réponses (181 évocations au total) relatives à la chute répétée (catégorie 1.2.2) donne le tableau suivant.

Tableau 8 : Evocation relative aux chutes répétées

Nombre personnes	Catégorie	Nombre évocations	Code	Discours
12/15	attribué à une perte d'équilibre	27	1.2.2.12	spontané
10/15	c'est ma faute	30*	1.2.2.1	
9/15	raisons psy	19*	1.2.2.5	
9/15	ne sait pas	18	1.2.2.11	
9/15	attribuée à l'âge	17**	1.2.2.14	
8/15	objet de l'environnement	19	1.2.2.9	
8/15	attribuée à une maladie	15***	1.2.2.3	
7/15	attribué à une perte d'équilibre	9	2.2.2.12	
6/15	attribué à une maladie	7	2.2.2.3	

*: une personne évoque 7 fois « attribué à une perte d'équilibre » et 5 fois « raisons psy »

** : une personne évoque 5 fois cette catégorie

*** : une personne évoque 6 fois cette catégorie

Lieu de la ou des chutes

La majorité des chutes se passent à domicile mais il est à relever que les personnes sortent peu ou plus du tout. L'analyse des réponses (68 évocations au total) relatives au lieu des chutes (catégorie 1.2.3) donne le tableau suivant. Rappelons que 13 personnes sur 15 sont des multichuteurs, multipliant ainsi le nombre de lieux possibles et le nombre d'évocations. Il n'y a pas d'évocation dans le discours induit.

Tableau 9 : Evocation relative au lieu de la chute

Nombre personnes	Catégorie	Nombre évocations	Code	Discours
13/15	domicile	40	1.2.3.1	spontané
7/15	dans la rue, en ville	14	1.2.3.5	
4/15	dans un lieu public	11	1.2.3.3	
1/15	à l'hôpital	1	1.2.3.4	

Parties du corps incriminées

C'est le corps tout entier qui est incriminé par la majorité des personnes alors que le plus grand nombre d'évocations se rapporte aux jambes et aux pieds. Rappelons que 13 personnes sur 15 sont des multichuteurs, multipliant ainsi le nombre de parties du corps possibles et le nombre d'évocations.

L'analyse des réponses (111 évocations au total) relatives aux parties du corps incriminées (catégorie 1.2.4) est résumée dans le tableau suivant.

Tableau 10 : Evocation relative à la partie du corps incriminé

Nombre personnes	Catégorie	Nombre évocations	Code	Discours
12/15	corps en entier (vieillesse)	14	1.2.4.9	spontané
8/15*	jambe	22	1.2.4.5	
8/15*	pieds	20	1.2.4.6	
7/15	tête, cerveau	13	1.2.4.1	

*: 6 personnes répondent à la fois aux jambes et pieds. Discours induit : 4 évocations.

Comportements à risque

L'analyse des réponses (110 évocations au total dont 64 au niveau du discours spontané) relatives au comportement qui représente une prise de risque (catégorie 1.3) donne le tableau suivant.

Tableau 11 : Evocation relative au comportement à risque

Nombre personnes	Catégorie	Nombre évocations	Code	Discours
7/15	ne pas faire attention	12	1.3.1	spontané
6/15	trop compter sur soi	11*	1.3.21	
6/15	prendre des médicaments, de l'alcool	6	1.3.23	
8/15	courir aux WC	8	2.3.15	induit
6/15	prendre des médicaments, de l'alcool	7	2.3.23	
6/15	porter de mauvaises chaussures	6	2.3.17	
6/15	lunettes	6	2.3.10	

*: une personne évoque 3 fois cette catégorie

Les catégories suivantes ne sont pas évoquées spontanément : lunettes (1.3.10), ne pas prendre ses cannes (1.3.13), courir aux WC (1.3.15), avoir un mauvais éclairage (1.3.16), porter de mauvaises chaussures (1.3.17).

Conséquences et changements suites de la chute ou aux des chutes à répétition

Le nombre d'évocations enregistrées relatives aux changements et conséquences des chutes au niveau du discours spontané révèle une préoccupation primordiale. Toutes les personnes évoquent des conséquences dans les différents domaines : somatique, psychologique et social.

L'analyse des réponses (329 évocations au niveau du discours spontané) donne le tableau suivant pour cette catégorie (1.4).

Tableau 12 : Evocation relative aux conséquences et changements suites aux chutes

Nombre personnes	Catégorie	Nombre évocations	Code	Discours
15/15	avec conséquence faire appel à quelqu'un	54	1.4.5	spontané
14/15	avec conséquences physiques	53	1.4.7	
14/15	avec conséquences, consultations de soins	33	1.4.6	
12/15	avec conséquences psychologiques, aspects émotionnels (images de mort, tristesse, honte, perte de confiance, méfiance, ...)	37	1.4.9	
10/15	sentiment que c'est grave	26	1.4.1*	
11/15	avec conséquences psychologiques aspects comportementaux (réduire ces activités être isolé, perdre le contrôle de sa vie)	25	1.4.10	
11/15	sans conséquences, continue à vivre comme avant	25	1.4.4	
11/15	avec conséquences sociales (changer de lieu de vie, placement, ré-hospitalisations)	24	1.4.11	
10/15	moyens auxiliaires, regard social	22**	1.4.2*	
10/15	sentiment que ce n'est pas grave			

* : 5 personnes ont répondu à la fois à « c'est grave » et « ce n'est pas grave » selon les conséquences des chutes : se relever/ne pas pouvoir se relever

** : une personne évoque cette catégorie à 7 reprises.

Peu d'évocations au niveau du discours induit (14/343).

Comportements et attitudes de protection/prévention

La représentation de la prévention des chutes correspond à un comportement qui ne dépend que de soi, est sous contrôle seul de la personne (faire attention ou demander de l'aide).

L'analyse des réponses (140 évocations dont 114 au niveau du discours spontané) donne le tableau suivant pour cette catégorie (1.5).

Tableau 13 : Evocation relative aux comportements et attitudes de protection/prévention

Nombre personnes	Catégorie	Nombre évocations	Code	Discours
10/15	apprendre/changer psychologiquement aspects comportementaux (faire attention, ne plus se presser, réfléchir avant de faire quelque chose, prendre son temps)	26*	1.5.6	spontané
10/15	ne plus faire seul/faire appel aux autres	19	1.5.13	
9/15	apprendre/tenir compte de l'environnement	10	1.5.11	
1/15	diminuer l'alcool	1	1.5.18	
7/15	chaussures adaptées	7	2.5.20	induit

* : 2 personnes évoquent 7 fois et 5 fois cette catégorie

Pas d'évocation pour : rien (1.5.1), ne sait pas (1.5.2), diminuer les médicaments (1.5.16)

6.5.15 Tendances en termes de profils par personne et par catégorie

Cette étape avait pour but d'examiner les réponses communes entre les différentes personnes afin de dégager des profils de réponses ou des profils de personnes. Pour ce faire, des matrices sont créées pour chaque réponse rattachée à une catégorie indépendamment du nombre de réponses.

Exemple :

1. L'analyse des réponses dans la catégorie « Comportements de prise de risque du discours spontané » effectuée pour chaque personne fait ressortir que deux personnes ont tenu des propos similaires (tableau ci-dessous pour cette catégorie (1.3/1.3.3, 1.3.21, 1.3.23)).

Tableau 14 : Analyse des réponses communes

Bo	Ro	T	Ge	W	D	Sa	Sc	Mu	Sp	Gr	Rk	Ma	Be	A
	1-9-23	3-21-23	1		21	1-21	1-7-21		23	1	21-23	1-23		
Ro		23	1	22		1-19	1	4-19-22	23	1	23	1-23		
	T				11-21	20-21	21		23		21-23	11-23		
		Ge				1	1			1		1		
			W				24	22						
				D		21	21				21	11		
					Sa		1-21	19		1	21	1		
						Sc				1	21	1		
							Mu							
								Sp						
									Gr					
										Rk				
											Ma			
												Be		
													A	

2. Pour identifier les personnes qui auraient un profil similaire dans cette catégorie, des couples de personnes ayant un maximum de catégories communes ont été identifiés et regroupés. Dans notre exemple ont été retenus deux groupes pour un total de 14 couples relatifs à 19 sous-catégories décrites:

- groupe 1 comprenant 4 couples de personnes avec trois réponses communes

- groupe 2 comprenant 10 couples avec deux réponses communes

De cette synthèse, il n'est pas possible de faire émerger ni une typologie de représentations au sens des profils types, ni une typologie de personnes au sens de profils types de personnes âgées ayant chuté. L'échantillon est trop petit pour permettre ce travail. Ainsi par exemple l'analyse des différents tableaux permet seulement de sortir les tendances du type : deux personnes ont très peu ou peu de points communs, deux autres ont peu de points communs ou alors trois personnes ont des points en commun avec bon nombre des autres personnes interviewées.

D'autre part, pour chaque catégorie, le nombre de réponses communes des interviewés diffère fortement ; par exemple, le nombre maximum commun est de 2 pour la catégorie motif d'hospitalisation (1.1) et de 9 pour la catégorie conséquences (1.4).

L'annexe 5 présente les résultats de cette recherche d'appariement.

6.6 SYNTHÈSE DES TENDANCES

De l'ensemble de ces représentations, il n'est pas possible de tirer une seule et unique définition de la chute pour les patients alors qu'ils sont hospitalisés suite à une chute. La chute est un choc et provoque une remise en question en profondeur chez la personne âgée.

Les personnes âgées font le lien entre leur hospitalisation et une de leurs chutes, celle précédant l'hospitalisation ; par contre, le fait d'être à l'hôpital, est plutôt une situation subie qu'agie. C'est en effet un caractère de dépendance envers la décision d'autrui qui ressort.

La chute est racontée par ses conséquences, l'impact et les changements qu'elle provoque chez la personne âgée dans tous les domaines de son intégrité : l'autonomie qui devient dépendance (il faut faire appel aux autres), le corps (elle provoque des blessures), le domicile (les chutes ont lieu chez eux), l'état psychologique (c'est un choc, culpabilité, révolte, tristesse), la responsabilité de leur comportement dans la survenue de la chute (je me suis précipité, je n'ai pas fait attention), la responsabilité de leur comportement dans la prévention de la chute (il faut que je fasse attention, il va falloir restreindre ses activités, ne plus faire certaines choses). Donc, pour la majorité des participants, parler des chutes c'est parler des conséquences somatiques, psychologiques (émotionnelles et comportementales), sociales et économiques montrant un caractère multidimensionnel de leur impact.

La chute, même avec des fractures, n'est pas mise en relation avec la peur et la peur de tomber. Par contre, ne pas (ou ne plus) pouvoir se relever implique la dépendance et donc a des conséquences psychologiques. Dans ce sens, la chute qui conduit à l'hôpital est une chute différente dans la mesure où ils n'ont pas pu se relever/ou l'ont été par « des mauvaises personnes » qui les ont conduits à l'hôpital. Ceci équivaut pour eux à un échec, à de la honte et à leur remise en question complète du fait de l'arrêt de l'efficacité des stratégies utilisées jusqu'avant l'hospitalisation.

Chuter est une faute de la personne âgée qu'elle lie à un comportement psychologique (se presser) inadéquat alors que le message médical des origines de la chute inclut les médicaments, l'incontinence urinaire, le port de chaussures, les maladies, l'environnement. Internalisation des causes plutôt qu'externalisation.

La chute (ou les conséquences ?) : est une menace : reflet de la vieillesse, menace de placement, de la légitimité de leur priver de leur autonomie.

Des questions contradictoires les habitent, les envahissent dans l'après chute, bien reflétées dans la représentativité des deux catégories « c'est grave », « ce n'est pas grave ». C'est grave s'il va falloir changer, si on risque de perdre son autonomie ou alors ce n'est pas grave si l'on peut continuer à vivre comme avant. Il faut relever que la situation dans laquelle les participants se trouvent est particulière : c'est l'hôpital, lieu ambigu d'espoir de guérison, lieu où ils peuvent voir leur dépendance formalisée et leur autonomie contrainte, lieu enfin, virtuel qui ne les aide pas à se projeter en dehors.

La dimension de la prévention telle que transmise dans le discours médical n'est pas présente dans les représentations des patients. Elle se résume avant tout à un seul comportement : « faire attention ».

6.7 INTERPRETATIONS

L'impact et l'efficacité du message de prévention secondaire et tertiaire dans le cadre de ce travail véhiculant les seules références d'un savoir scientifique et donc une représentation « théorique » semble, d'après nos résultats, compromis. La prévention des chutes ne peut pas s'assimiler à un problème somatique ponctuel comme une infection ni à une maladie chronique. Il n'y a pas de prescription médicamenteuse ou de séances de physiothérapie qui résolvent tout.

L'impact multifactoriel encourage à considérer la chute dans des dimensions différentes (par exemple des urbanistes soucieux d'une architecture de la ville accessible aux personnes âgées, à leur maintien de leur lien social)¹¹. Ces dimensions aussi « éloignées » de domaines habituels que sont la médecine et les professionnelles de la santé empêchent de considérer les chutes seulement comme un échec.

La prévention qui pourrait être assimilée à un accompagnement (au sens large) cherche un changement de comportement qui nécessite non seulement une vulgarisation d'un savoir scientifique (c'est l'exemple de brochures⁵⁹), la formation des intervenants, mais avant tout un langage commun entre ceux qui les conçoivent, qui les appliquent et ceux qui les subissent. **Trouver cette résonance commune permet à ce type d'études de prendre tout son sens afin que l'aîné ne se sente plus seul responsable de sa chute comme en témoignent nos résultats.**

La prévention prend comme levier aux changements comportementaux la peur de devenir malade/d'être accidenté. Mais ce qui marche, c'est peut-être la peur de la sanction. Dans le cadre des automobilistes, c'est en général la « peur du gendarme », plus que la *conscience* d'un accident et de ses conséquences. Toutefois, même si l'on commet une transgression, ce n'est pas à tous les coups que la sanction tombe. Pourtant quand la sanction survient, elle n'est pas forcément dissuasive. Le changement de comportement chez un automobiliste va être par contre possible lorsqu'il n'est pas seul en cause (par exemple, s'il a des enfants qui pourraient être impliqués dans un comportement à risque, si un accident prive la famille de revenus, si la voiture n'est pas assurée, s'il est privé de permis alors que son travail l'oblige à se déplacer). Donc, ce n'est pas la peur de l'événement qui est en cause mais bien plus les conséquences de l'événement en regard de l'environnement social et économique des personnes.

Pour les personnes âgées victimes de chutes, l'analogie peut être la suivante : **la sanction, c'est l'hôpital** davantage que les fractures, **c'est le placement** davantage que l'aménagement du domicile, comme si les aînés n'avaient plus le libre choix de prendre des risques, ceci encore moins quant ils sont isolés.

Il y a également le regard critique et exigeant de la société en matière de santé : en épidémiologie, à partir de quand on décide que c'est normal de tomber dans le cycle de vie d'une personne qui arrive à un certain âge ? **Est-ce la chute qu'il faut prévenir ou ses conséquences ?**

Dans l'interprétation des résultats de notre étude, nous devons encore nous poser la question de l'influence du type de population et de la situation d'hospitalisation sur une possible spécificité des représentations. S'agit en effet d'une population précarisée ou isolée particulière ?, d'une population hospitalisée en détresse après une chute ?. Nous pensons que les résultats sont généralisables à des situations d'hospitalisation mais la généralisation à l'ensemble de la population âgée à domicile ou institutionnalisée nécessiterait des études complémentaires.

6.8 SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

6.8.1 Sur le contexte

Il s'agit d'une petite étude exploratoire qualitative, réalisée dans des conditions particulières de partenariat ponctuel entre santé publique et service hospitalier, à propos des thèmes sensibles (chutes et vieillissement) mais en pleine expansion dans le marché des soins et de la santé.

Le but était avant tout de se donner les moyens de cette collaboration et ainsi de commencer à dessiner des nouvelles interventions contributives et complémentaires dans le domaine de la prévention, par

excellence transversale et inter-institutionnelle. Par conséquent, cette étude nous permet de **confirmer** qu'il est possible et même nécessaire d'établir des ponts.

6.8.2 Sur le contenu

Les messages de prévention encouragent des comportements qui ont une efficacité scientifiquement reconnue sans tenir compte que ceux-ci vont cohabiter avec des comportements que les individus considèrent comme efficaces à la lumière de leurs connaissances. Ceci risque de poser problème car les comportements réels seront un mélange inspiré autant par la culture populaire que par la culture médicale officielle. Cette étude a le mérite de dessiner des tendances et des choix dans l'acquisition des connaissances à confirmer par des études plus vastes. Les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population mais traduisent néanmoins la détresse et la complexité du domaine.

Cette étude permet également de prouver l'apport de sciences humaines (dont le coût est bien modeste) ne serait-ce qu'en montrant à travers sa rigueur scientifique propre et sa complémentarité, la compréhension de certaines lacunes compromettant les solutions prônées dans des problèmes complexes de santé comme les chutes. Problèmes de santé, miroirs de la société, marché de soins sont si intimement liés, qu'il serait chimérique de vouloir les résoudre par le seul apport des sciences expérimentales (médicales ou autres) et des choix économiques orientés.

6.8.3 Perspectives pratiques

Les résultats de cette étude et des actions associées pourront être utilisés de manières diverses par les différents partenaires :

1. Pour la CMIR : des pistes sur la prise en charge et des pistes sur des stratégies organisationnelles de continuité. Mise en évidence des représentations de la chute chez leurs patients et ajustement de leur accompagnement dans leurs mesures de prévention. Accès aux données de l'étude, possibilité de continuer la collaboration avec le reste du programme chutes DGS du fait de contacts établis entre cadres. Utilisation des données en vue des publications futures ou études futures.
2. Pour la DGS et le programme chutes : mise à disposition de données directement utilisables permettant d'établir d'autres collaborations au travers des personnes en situation d'hospitalisation. Valorisation et aboutissement d'un cheminement parcouru d'incertitudes institutionnelles tributaires des agendas politiques et d'intérêts divergents.

6.8.4 Valorisation

Depuis le début du mandat, différents documents traitant du parcours thérapeutique ont été transmis à la DGS, illustrant ainsi le besoin de réfléchir en termes de trajectoire de la personne plutôt qu'en terme d'institution.

1. Participation aux forums organisés par la DGS, aux journées de la mobilité, au congrès AVIVO.
2. Co-organisation de la journée « prévention de chutes chez la personne âgée », DGS novembre 2003. Présentation orale du projet incluant de résultats préliminaires de l'étude.
3. Co-rédaction du document cadre « prévention des chutes chez la personne âgée », DGS.

Dès la validation du rapport final par la DGS, celui-ci sera transmis à la CMIR qui pourra programmer une publication scientifique.

6.8.5 Perspectives de recherche

A notre connaissance, rares sont les études dans le domaine des chutes et de la prévention des chutes de la personne âgée qui ont bénéficié d'un apport tel que le nôtre.

Des perspectives de recherche vont dans le sens de l'élargissement des connaissances des représentations des personnes qui chutent et de celles qui ne chutent pas.

Comparer les différentes informations et savoirs véhiculés par le matériel de prévention avec les représentations des patients peut être aussi intéressant pour les adapter compte tenu de nos résultats.

Mieux intégrer les représentations des personnes âgées permettrait d'affiner l'observation de leurs comportements ainsi que les propositions des comportements qui leur sont proposées. Pour la prévention des chutes chez la personne âgée, les types de comportements pourraient être illustrés de la manière suivante :

- « des comportements liés à la prévention »⁶⁰ cherchant à diminuer les facteurs de risques tel que les psychotropes, traiter la peur de tomber, prendre du calcium et vitamine D, etc.,
- « des comportements liés à la détection du risque » de chute comme l'évaluation individuelle des facteurs de risques, l'évaluation de l'environnement,
- « des comportements liés à la promotion de la santé » comme faire une activité physique, bouger,
- « des comportements liés à la protection de la santé » comme l'accès financier à des mesures de réhabilitation, de la mobilité, de protecteurs de hanches, à l'aide et à éviter l'isolement.

Il est probable que ces comportements correspondent à un profil de personne âgée ou de personne chuteuse pour laquelle un même message de prévention prendra des sens différents.

Tout un volet de recherche sur les chutes prend la peur de tomber comme facteur prédictif, comme élément diminuant les activités. Il nous semble important de compléter ce type de recherches par des domaines plus larges.

Il serait intéressant de mener une recherche sur les représentations des chutes et de la prévention auprès des groupes de professionnels hospitaliers de santé de la CMIR. Celle-ci permettrait de mesurer l'écart entre les représentations des patients et des soignants.

Des questions peuvent également être posées :

1. Pour la personne âgée, est-ce que c'est la survenue de chute qui préoccupe les personnes ou plutôt des conséquences spécifiques comme ne pas pouvoir se relever, gage d'autonomie ?
2. Les représentations des chutes des personnes concernées ou celles des prestataires des soins sont-elles égales, compatibles ? Est-ce que prévenir les chutes a un sens si les causes sont « naturelles » comme l'âge ? Est-ce que prévenir a un sens, car prévenir c'est prévoir, mais comment savoir à l'avance « ce qui n'est pas prévisible comme un accident ? » selon les propos et représentations de certaines personnes âgées ?.
3. En ce qui concerne les chutes et la prévention, quel est le savoir populaire (les connaissances théoriques et naïves, les attitudes, les croyances, les valeurs et les symboles qui leur sont associés ?) véhiculé par la société et par les personnes qui chutent ?
4. La possibilité d'extraire des profils des personnes qui chutent ou de profils de représentations de chutes est-elle possible et selon quels critères ? somatiques, psychologiques, sociaux ou économiques ? selon le style de vie ?

6.9 FINALISATION DU PROJET

Le projet « Parcours thérapeutique : représentations et trajectoire du patient chuteur », sous sa forme actuelle s'achèvera par un rapport final auprès de la DGS en novembre 2004. Les actions prévues par la suite concernent les projets associés à savoir : prévention des chutes dans les EMS et prévention des chutes à domicile.

6.10 CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES DU PROJET

L'acquisition des connaissances à partir de la personne concernée est aussi importante que les connaissances d'experts et scientifiques.

La chute influence largement le projet de vie de personnes âgées et modifie leur trajectoire. Les conséquences des chutes peuvent aboutir à des situations de détresse humaine et des coûts importants.

L'observation du suivi inter-institutionnel des personnes âgées victimes de chutes a mis en évidence des « constantes » dans les ruptures qui surviennent dans leurs parcours thérapeutiques à travers des instances de soins, santé et sociales. Dans sa situation de patient, la personne âgée qui ne connaît pas la complexité du cloisonnement inter-institutionnel a peur pour son autonomie et ne demande pas des actions particulières, n'anticipe pas non plus les interlocuteurs qu'il sera amené à interpeller du fait de sa dépendance.

Assurer la continuité de la prise en charge pour maintenir les bénéfices de l'hospitalisation est un point crucial et un moyen de diminuer des coûts engendrés par les soins et les aides formelles et informelles. Instaurer une interface entre l'hôpital et les lieux de vie est possible et nécessaire au dialogue entre instances sous pilotage « sanitaire » ou sous pilotage « social » que la personne âgée fragilisée traverse dans son parcours de soins.

Les résultats n'ont pas la prétention de cerner l'ensemble de la problématique des chutes à l'hôpital. Ils révèlent toutefois la pertinence d'une réflexion plus fine quant aux caractéristiques de la population hospitalisée suite aux chutes. En effet, les données ont permis de profiler une population très précarisée et les éléments qualitatifs tendent à montrer que l'événement chute est un « marqueur » de la fragilisation ou fragilité somatique et sociale de la personne âgée. Relever les caractéristiques de la population hospitalisée est important. Il s'agit de personnes plutôt démunies/mal en point/ « coûteuses »/ sans beaucoup de liens sociaux. Dans ce sens, cette population pourrait être considérée comme complémentaire à d'autres populations généralement sollicitées par des enquêtes effectuées en santé publique auprès de la population.

Des ressources dégagées par la « santé publique » peuvent favoriser les processus de collaboration soins-santé-sociale et renforcer un recentrage sur les intérêts du patient citoyen. Toutefois, l'efficacité d'une telle collaboration est conditionnée par la représentation, la légitimité et les enjeux politiques qui peuvent lui être attribués par les partenaires.

7. PROGRAMME DE PREVENTION DES CHUTES CHEZ LA PERSONNE AGEE A GENEVE AUPRES DE LA DGS

7.1 MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE 2003-2004

Entre 1999 et 2002, des projets concrets ont été réalisés sur la prévention des chutes chez la personne âgée. Les projets développés dans la priorité Accidents & Handicaps de la PSQ ont été évalués en 2002. Le relai de certaines actions a été pris en considération au sein d'une nouvelle politique de prévention et de promotion de la santé. Ainsi, les trois projets sont regroupés dans un seul programme de santé publique de prévention des chutes chez la personne âgée directement supervisé par la DGS. Il s'agit des trois projets initiaux qui sont ainsi poursuivis :

1. prévention des chutes dans les EMS,
2. prévention de chutes à domicile,
3. prévention de chutes /CMIR/réhabilitation/HUG.

Les caractéristiques du programme sont présentées dans une fiche descriptive en annexe 6.

7.2 EVALUATION DES PROJETS

Un document cadre est réalisé en 2003 afin de réactualiser le contexte épidémiologique genevois, les recommandations scientifiques reconnues sur la prévention des chutes et enfin les données sur la promotion de la mobilité et l'autonomie fonctionnelle, domaines étroitement liés à la prévention.

Le document cadre définit également des objectifs contractuels et des indicateurs de changement (résultats attendus). Suite à sa validation, une planification détaillée pour 2004 a été proposée.

Ce document contient un cahier de charges du programme qui permettra d'éviter des doublons dans les actions. Il propose également des procédures de communication avec les acteurs du réseau formel et informel socio-sanitaire développant des mesures de prévention des chutes chez la personne âgée.

L'analyse de ce document aboutit sur les constatations suivantes :

1. L'adéquation de l'analyse du problème et des besoins est bonne et décrite dans le document cadre.
2. La définition et la compréhension du problème sont précises ; elles sont fonction des connaissances conceptuelles, méthodologiques et du terrain des personnes engagées pour les projets.
3. La problématique est convenablement analysée et examinée par rapport à son environnement global avec les trois piliers : institution, domicile et hôpital.
4. Des indicateurs pertinents sont dégagés.
5. Les populations cibles sont définies.
6. Les caractéristiques démographiques, économiques et socioculturelles sont partiellement recouvertes.
7. Une étude de faisabilité complète et systématique est réalisée par projet.
8. Les synergies par projet avec d'autres interventions visant la même finalité sont exploitées.
9. Les critères de réalisation des objectifs sont précisés et l'adéquation sera revue aux séances de

travail.

10. La prise en compte des différents niveaux de conditions critiques pouvant empêcher l'atteinte des objectifs sera traitée lors des séances du groupe.
11. Les activités sont exposées dans la planification annuelle des activités 2004.
12. La pérennité des réalisations et des acquis est présentée et acceptée après une analyse par projet.
13. Les actions correspondent aux priorités du milieu par la légitimité selon les données épidémiologiques (somatiques, fonctionnelles et économiques) et selon le cadre juridique.
14. Les ressources pertinentes sont adaptées par rapport aux activités.
15. Le budget est bien présenté, après une analyse par projet et dans le cadre de gestion par projet ; des procédures de supervision et d'évaluation auprès de la DGS seront appliquées.
16. Les responsabilités sont clairement établies entre la DGS, le chef de programme et les chargés de projets.
17. Les évaluations prévues permettront la reformulation des objectifs contractuels.
18. Le programme est bien positionné par rapport à la loi cadre et à la nouvelle politique de prévention et de promotion de la santé.

7.3 LE PROGRAMME AU SEIN D'UNE NOUVELLE POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE

Le relais pris par la DGS concernant les projets « chutes » est le reflet d'un processus de changement et de modernisation de la politique de santé publique bien plus vaste. En effet, si pendant la PSQ des nouveaux modèles d'intervention avaient été testés en vue de modifier les pratiques existantes et de les orienter vers une augmentation de la participation active de la population, il fallait, pour les entériner, une légitimation que seule une réforme du droit sanitaire genevois pouvait donner.

Le programme de législature 2001-2005 du DASS définie par son président, M. Pierre-François Unger, donne les fondements de cette nouvelle politique sous forme de quatre valeurs ⁶¹:

1. la trajectoire de vie,
2. la proximité,
3. la qualité et
4. le partenariat.

Parmi les objectifs de ce programme de législature, on retrouve :

- l'amélioration de l'intégration des personnes handicapées,
- l'harmonisation et coordination des prestations sociales,
- le développement d'une organisation efficiente et efficace des CASS,
- la simplification/amélioration de l'organisation sanitaire,
- la promotion de la collaboration régionale,
- le développement des mesures à comprendre et limiter l'augmentation des coûts de la santé.

L'objectif de simplification et amélioration de l'organisation sanitaire se traduit par l'élaboration d'une loi cadre sur la santé ainsi que par la refonte totale du droit sanitaire cantonal⁶². En effet, actuellement, l'organisation est fixée dans diverses lois et dans le fonctionnement : des superpositions, voire des doublons, sont constatés. Cette réforme permettra à des domaines jusque là délaissés de disposer de bases légales formelles, tel que par exemple, la médiation, la génétique ou encore la promotion/prévention de la santé.

C'est ainsi qu'en intégrant les connaissances et les expériences de la PSQ ainsi que les résultats des évaluations externes, que la nouvelle politique de prévention et de promotion de la santé a été proposée, ceci en partenariat avec Promotion Santé Suisse. Cette politique se base sur une clarification institutionnelle des rôles et des compétences ainsi que sur une modélisation des interventions de prévention et promotion de la santé qui comprend :

- 4 domaines d'action : maladies/traumatismes et accidents, comportements à risque, déterminants de la santé et éléments du contexte
- 4 buts transversaux à atteindre dans chaque domaine d'action : augmenter l'empowerment de la population, renforcer la proximité dans l'action publique, adapter les services aux trajectoires de vie des personnes et lutter contre les inégalités d'accès à la santé/prestations sanitaires.

Les rôles sont définis sur la base des compétences. Ainsi, la définition des axes politiques ou gouvernance est assurée par le Grand Conseil, le Conseil d'Etat et la Présidence du DASS. La définition des axes stratégiques et la supervision est assurée par la DGS. La réalisation est assurée par différents prestataires publics ou privés via des contrats de partenariat à durée déterminée.

En ce qui concerne la promotion de la santé, ces conditions cadres deviennent donc depuis 2003, la condition nécessaire à la pérennité des actions commencées pendant la PSQ et reflètent les moyens en voie d'implantation d'une réorientation de la politique sanitaire genevoise commencée dans les années 1990, soit il y a 14 ans. Dans cette réorientation, il faut voir le principe fondamental qui est la notion de santé inspirée de la charte d'Ottawa¹⁵ ⁶³, plutôt que la notion de soins, jusqu'alors omniprésente dans les bases légales et justifiant l'allocation des ressources.

¹⁵ La charte d'Ottawa formalise un mouvement de santé publique qui a comme base les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, le document « les buts de la santé pour tous » ainsi que les débats issus de l'Assemblée mondiale de la santé. Dans cette charte, la santé est assimilée à « une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de vie. Les facteurs politiques, économiques, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion d'idées ».

8. COMMENTAIRES ET PERSPECTIVES

Le premier commentaire ou plutôt la première impression est que ce travail aboutit à davantage de questions que de réponses.

« ah oui, je suis tombé pour la x^{ième} fois[...]et après ?. J'ai été au cantonal et puis on m'a remis ici, puis on m'a mis à la gériatrie deux autres fois. Là ils sont gentils, j'ai presque fais des vacances là bas. »

« il faut appeler le médecin secours, et puis le mettre à l'hôpital. C'est le seul endroit où on peut mettre quelqu'un qui fait une chute (rire), moi, je pense que c'est un peu brusque »

8.1 LE ROLE DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE

La prévention des chutes chez la personne âgée est un défi complexe mais un défi possible à relever à condition de prendre en compte cette complexité et de faire des choix dans une vision de développement durable.

La complexité de la prévention de chutes de la personne âgée est nette. Quel est le rôle de l'Etat et quels moyens se donne-t-il pour avoir une transparence sur toutes les actions, bien et services qui concernent ce domaine, pour les évaluer et les pérenniser ? Quels délais se donne-t-il pour les réaliser ?

En effet, l'Etat, par sa politique de santé et des incitations économiques, peut promouvoir certains comportements de santé (subventionner) et décourager d'autres (imposer). L'Etat de Genève s'est donné les moyens sur le plan légal de légitimer des actions de prévention et promotion de la santé avec des méthodes d'évaluation de l'impact sanitaire de sa politique publique. La prévention des risques en santé n'est pas seulement une responsabilité sanitaire mais est également une responsabilité sociétale où se posent les questions relatives à la contrainte et aux mesures de contrôle social, bases d'une politique globale de prévention.

Enfin, s'agit-il seulement de prévention ⁶⁴, ou est-ce que ce cadre réducteur empêche de se prononcer en faveur de la nécessité d'une prise en charge spécifique de la chute et de ses conséquences ?

8.2 SUR LE PLAN CONCEPTUEL DE LA PRÉVENTION EN GÉNÉRAL ET LES OBJECTIFS DE PRÉVENTION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

« Pourquoi ne pas faire quelque chose pour éviter ? ... si quelqu'un vient me dire qu'il est interdit d'avoir un accident ou que l'accident est normal, vous accepteriez ? Ah non, pas moi. Je ne veux plus la maladie après cette chute »

« Désormais, il faut une information comment rester en bonne santé, je ne veux pas dire comment éviter la maladie mais comment rester en bonne santé ! voilà ».

Il est aujourd'hui clairement établi que les déterminants majeurs de la santé sont de type socio-économique et environnemental et que le modèle biomédical dominant sur l'étiologie des maladies a jusqu'à maintenant empêché de déterminer les véritables priorités en matière de santé publique. Il ne faut pas oublier en effet, que le changement de comportement et de style de vie comprend des facteurs indépendants du contrôle individuel ou de la seule responsabilisation ou responsabilité de la personne. Ces changements sont donc liés au contexte socioéconomique, environnemental et légal. Ceci étant, ces facteurs influencent les choix et comportements des personnes de façon globale et non seulement des comportements en matière de santé.

Le fait de ne pas prendre en considération les déterminants dans la réalisation des programmes de promotion et prévention, peut avoir pour conséquence de passer à côté des attentes et des besoins exprimés par les personnes âgées mais encore, plus « rudement », de les

culpabiliser en les tenant comme seuls responsables d'événements qui, en fait, échappent à leur contrôle.

Les mesures préconisées par une action préventive peuvent être spécifiques et viser un comportement et un problème de santé, ou être non spécifiques et chercher à atteindre un objectif par une action indirecte (sensibilisation). La plupart des programmes classiques de promotion ou prévention visent à réduire les facteurs de risques ou à promouvoir les comportements qui ont un effet « protecteur » sur l'apparition des maladies chroniques dégénératives les plus répandues. Selon l'orientation des scientifiques (cliniciens ou épidémiologistes), les enjeux ne convergent pas toujours, leurs intérêts non plus. Les uns mettront l'accent sur une intervention orientée vers l'environnement, les autres sur une intervention orientée vers des comportements individuels, alors que les deux sont probablement nécessaires et complémentaires.

De ce fait, que cherche-t-on à prévenir et quels moyens est-on prêt à consentir pour atteindre les objectifs fixés ? Dans la prévention des chutes chez la personne âgée, les actions sont-elles destinées à agir directement sur l'événement ou sont-elles destinées à récolter des connaissances prioritaires du « comment agir sur l'événement » ? Ainsi, veut-on :

1. diminuer le nombre de chutes ?
2. diminuer les conséquences des chutes (gravité et type ?)
3. diminuer la mortalité ?
4. diminuer les frais de prise en charge de soins ?
5. donner des moyens urbains aux aînés de vivre dans un environnement urbain sans danger ?
6. donner des moyens financiers pour adapter leur domicile ?
7. donner des moyens sociaux pour éviter leur isolement et augmenter leur mobilité ?
8. donner des moyens d'accès à l'éducation à la santé ?
9. se donner des conditions cadres pour une intervention transversale et convergente ?
10. se donner les moyens de s'ouvrir à une interdisciplinarité plus large ?
11. se donner des mesures d'accompagnement spécifiques lors de l'introduction des actions si coûteusement conçues par les scientifiques ?
12. se donner les moyens de synthétiser les informations au fur et à mesure et d'agir de façon anticipative ?

8.3 SUR LE PLAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Dans la prévention des chutes chez la personne âgée, quels sont les déterminants qui sont prioritaires à prendre en compte ? Faut-il poursuivre la quête scientifique sur les facteurs de risques ou faut-il se donner les moyens d'équilibrer le nombre d'études à prédominance clinique et le nombre d'études à prédominance épidémiologique **et d'autre part avec des études centrées sur la personne** (recherche en santé), afin de dépasser le stade de connaissance des causes à effets ? Ne faut-il pas se pencher sur des éléments de réhabilitation et non seulement de prévention ?

8.3.1 Connaissance de l'accident

L'identification de la chute chez la personne âgée comme un accident fréquent et grave a été la condition pour concevoir et planifier des mesures de prévention prioritaires. Afin que ces mesures soient efficaces, il s'avère nécessaire de connaître les causes et circonstances précises de leur survenue. Les données concernant les chutes dans le ménage, donc à domicile, ont été récoltées au niveau national par le BPA il y a 10 ans. Cependant, les informations relatives aux causes et circonstances dans les institutions hospitalières d'une part et les lieux de vie (EMS) d'autre part, sont connues de manière éparse et locale. Il n'existe pas d'analyse comparative entre ces différents lieux. Ne serait-il pas pertinent alors de collecter les

données sur une plus large échelle et de réaliser cette analyse afin de proposer des mesures adaptées, car il n'est pas dit que les causes et circonstances des chutes soient les mêmes ?

8.3.2 Connaissances sur l'accident

Faut-il développer d'autres études de facteurs de risques et lesquelles ? Les progrès techniques vont-ils améliorer et mieux cibler les interventions de prévention (exemple : études sur les paramètres de la marche et moyens compensatoires) ⁶⁵ ?

Les études ne se recoupent pas totalement et dans leur grande majorité, les chutes sont analysées au travers d'études cliniques introduisant ainsi un biais autant au niveau de la population qu'au niveau de la prise en compte des facteurs de risque correspondant à d'autres modèles épidémiologiques. Ceci aboutit donc à des conclusions différentes puisque même la définition de la chute et des blessures peut varier.

Dans ces conditions, utiliser ces études à des fins de comparaison de risque est difficile : dépasser l'épidémiologie clinique et aller vers l'épidémiologie théorique (efficacité et efficacité) est largement compromis.

8.3.3 Connaissance sur l'acteur principal

« j'ai été très marquée par cette histoire. Pour moi c'est quelque chose d'épouvantable parce que j'ai toujours été valide [...] c'est dur parce-que je me vois pas aller dans une maison vous voyez ? , mais qu'est-ce qu'il faut faire ? »

Du point de vue de l'économie de la santé, c'est à travers l'expression des préférences de la population qu'une optimisation des dépenses de santé peut être réalisée. Les préférences en matière de santé sont influencées par l'asymétrie de l'information et par une vision mythique de l'efficacité de l'entreprise médico-sanitaire ⁶⁶. Comment fait-on de la personne âgée une personne bien informée pouvant donner son avis (notion du consommateur avisé) en matière de prévention de chutes ? Est-ce que pour elle, la prévention est synonyme de production de santé ? Est-il possible de demander cela à une personne âgée ? Dans quelle mesure son opinion est-elle prise en compte ? Est-il possible de contribuer à réduire l'asymétrie de l'information et promouvoir des rapports « collaboratifs » ⁶⁷ ?

Les connaissances conditionnant les comportements font cruellement défaut. Comme on l'a vu dans le cadre du projet sur les représentations actuelles, ces connaissances sont complémentaires aux connaissances cliniques et constituent un facteur de succès à l'adaptation des mesures proposées. La difficulté demeure encore dans l'offre d'alternatives qui soient crédibles pour les intéressés, ceci d'autant plus pour un public qui a une vision idéaliste de l'efficacité de la médecine curative ⁶⁸. Est-ce que la personne âgée peut évaluer les prestations dont il aura besoin ou est-ce encore une génération entretenant une dépendance envers les professionnels de la santé ?

Avec l'évolution démographique et des conditions de vie, les aînés de demain auront-ils les mêmes comportements de santé ou de risque que maintenant ? Auront-ils les mêmes représentations de la prévention, des accidents et de la vieillesse ? En effet, des connaissances centrées sur les individus et faisant état de l'analyse des populations âgées et des processus du vieillissement, montrent comment les populations et les processus de vieillissement sont largement affectés par l'insertion socio-historique des différentes générations humaines ⁶⁹.

Enfin, est-ce que les comportements des aînés d'aujourd'hui sont les mêmes selon qu'ils soient en bonne santé ou atteints d'une maladie grave ?

8.4 SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

Même basé sur les meilleurs résultats scientifiques, le succès d'une action dépend des aspects organisationnels et humains, souvent négligés dans le monde médical, monde, qui rappelons-le, est détenteur de la prévention sanitaire en générale. Chercher, recouper les informations dans d'autres domaines et disciplines devraient être encouragés dans une perspective de santé publique allant au-delà de la propriété intellectuelle des chercheurs confinés dans leurs instituts.

L'organisation en programmes se déclinant en projets de santé ⁷⁰ peut être une alternative de management qui permet de disposer non seulement d'une méthodologie de conception d'ensemble, d'outils de suivi, d'une flexibilité et réactivité mais aussi d'une évaluation des biens et des services dans la prévention des chutes chez la personne âgée.

Les interventions de prévention traversent des institutions qui ont des logiques et des fonctionnements différents. Ne pas prendre le temps de mettre un cadre commun, ponctuel, voire renouvelable (grâce à une gestion par projet), constitue un risque de voir échouer l'action.

La communication entre institutions, entre acteurs, est également un point souvent négligé soit par banalisation, soit par « un institution-centrisme », soit par une culture orale ancrée, soit encore par une saturation des multiples documents sans synthèse. Un cadre commun minimal, des procédures simples de transmission d'information et surtout une volonté de traiter une problématique spécifique, éviteraient la dilution, la perte d'information, qui compromet les actions et l'efficacité.

8.5 SUR LE PLAN ÉCONOMIQUE

La santé n'a pas de prix mais elle a un budget. Certes, mais encore ? Dans un contexte de restriction de ressources, comment définit-on les choix et priorités en matière de prévention chez la personne âgée et le choix de la prévention des chutes ?

8.5.1 Financement de la prévention de chutes des personnes âgées

Comment établit-on une démarche vers l'adéquation, l'équité et la solidarité avec seulement 1.5% des coûts de la santé attribués à la prévention et la promotion ?

L'évaluation des conséquences économiques des comportements qui peuvent affecter la santé et des interventions médico-sanitaires nécessite des études descriptives (coûts d'un problème particulier de santé) et des études évaluatives (mesure de coûts mais quels coûts inclure (directs, indirect, intangibles et des résultats d'une intervention). Mais quelles études financer ?:

1. financer des études cliniques par rapport aux études épidémiologiques ?
2. équilibrer l'attribution de ressources entre les activités de soins (médecine factuelle) bénéficiant de budgets très importants et les activités de prévention et de promotion de la santé au budget beaucoup plus maigre?
3. financer au-delà des actions de prévention une prise en charge spécifique aux chutes ?
4. la science économique s'appuie sur des méthodes scientifiques pour tenter d'expliquer certains comportements humains, dont, en particulier, le comportement en santé. La santé n'étant pas un bien comme un autre, cette même science économique veut intégrer les spécificités de la santé et promouvoir des études empiriques sur les préférences et les choix des personnes concernées ⁸, ceci dans le but de pouvoir ajuster modèles et interventions : s'agit-il alors de donner une complémentarité et une plus value de l'apport des sciences humaines sur l'économie de la santé ?

8.5.2 Financement de la prise en charge des conséquences des chutes

Le financement de la prise en charge des conséquences des chutes n'est pas connu d'une part par l'absence du suivi des personnes et d'autre part, par la dilution des dépenses dans les autres problématiques de santé (la rubrique « prise en charge des chutes » n'existe pas). La comparaison des risques ainsi que l'intégration systématique des dépenses actuelles connues (par exemple compléter les coûts hospitaliers conséquents à une fracture du col du fémur par les données concernant les autres fractures) serait un premier pas en avant ; prendre en compte les journées d'hospitalisation des personnes hospitalisées suite aux chutes serait encore mieux (calcul coût-utilité des mesures de prévention).

Les personnes âgées ne travaillent plus, donc elles ne sont plus nécessairement assurées contre les accidents. Quelles en sont les conséquences? Serait-il nécessaire d'établir une assurance accidents-ânés qui garderait un accès aux prestations plus larges dont une « vraie prise en charge » ?

8.5.3 Financement de la dépense sanitaire concernant les chutes

Les chutes causent des coûts élevés pesant lourd mais lourd par rapport à quoi ? Si la dépense sanitaire est égale aux revenus encaissés par les fournisseurs de prestations et si le rapport actifs/retraités s'amenuise selon les courbes démographiques, quelles seront les modifications nécessaires des modes de financement et de l'allocation des ressources ?

Est-ce que ces modifications permettront de financer des politiques sociales de la santé et de la prévoyance vieillesse, alors que déjà environ 90% de la dépense sanitaire est supportée par les ménages (qui constituent les futurs aînés) sous forme de cotisations aux caisses et aux assurances, de paiements directs et d'impôts ?.

8.6 SUR LE PLAN SOCIAL

« ça j'ai été très vexé parce-qu'on me dit que c'est parce-que je bois du vin que je tombe, c'est pas très sympa [...] elle me parle comme si nous étions des gamins, je suis quand même arrière-grand-mère, alors je ne tolère pas ! »

Bien que la population âgée soit en meilleure santé, rien ne permet de garantir que les aidants naturels auprès des aîeuls soient aussi présents demain que maintenant ⁷¹, ne serait-ce que parce que dans les familles, les deux conjoints sont amenés à travailler. S'occuper d'un aîné peut être synonyme de perdre une partie de ses revenus ou risquer l'épuisement.

Sur le plan éthique, le comportement de santé demandé à la personne âgée (mesure de prévention), devrait reconnaître son désir d'exercer son autonomie ⁷² (choix parfois existentiel entre modifier son comportement ou alors prendre le risque de continuer tel quel) mais dans quelle mesure les professionnels, sommes-nous prêts à accepter cela sans culpabiliser la personne et sans nous sentir en échec ⁴⁴?

Une démarche qui a du sens ⁷³ pour la personne concernée impliquerait un partenariat, alors que :

- la personne âgée aujourd'hui est peut-être d'une génération fataliste encore habituée à subir les maladies et le vieillissement (« c'est l'âge...») ou par ailleurs l'image de toute mesure attachée à sa santé est propriété du système de soins dont elle vénère ses représentants.
- actuellement, nous sommes confrontés dans nos pays à « l'âgisme », synonyme d'attitude négative vis-à-vis de la vieillesse, faite de préjugés et entretenue par les médias, les assurances, l'entourage, les professionnels socio-sanitaires et la société.
- la personne âgée est lente et la société va vite, la personne âgée a besoin d'entourage alors que la société est individualiste, le maintien de l'indépendance est une victoire pour la personne âgée, demander de l'aide est une défaite.
- les chutes interviennent dans leur cycle de vie à un moment où la perspective de la mort est proche. De ce fait, la chute est interprétée comme un déclencheur de l'achèvement de ce cycle, confirmé par l'appel à l'aide et le placement.

« le technicien, pardon le médecin m'a dit, ne tombez plus et bien, je sais ce qu'il me reste à faire. Faire attention ! »

9. ANNEXES

- Annexe 1 : Protocole de recherche
- Annexe 2 : Entretiens (deux exemples illustratifs)
- Annexe 3 : Grille « Code de classification »
- Annexe 4 : Résultats de la codification (détail et synthèse)
- Annexe 5 : Résultats de la recherche de profil
- Annexe 6 : Fiche descriptive du programme de santé publique de prévention des chutes

Hôpital Cantonal

Département de Médecine Interne
Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation
Beau-Séjour



PROTOCOLE D'ETUDE SUR LES REPRESENTATIONS DES CHUTES CHEZ DES PATIENTS AGES HOSPITALISES

Rosario Leroy, Dr Christophe Luthy MD, Eliane Perrin PhD, Dr François Loew MD,
Dr Anne-Françoise Allaz MD CC.

1. Titre et sous titre de l'étude:

Etude sur les représentations des chutes chez des patients âgés hospitalisés : Etude exploratoire qualitative.

Collaboration entre la Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation (CMIR) –HUG et les Programmes de santé publique, sous la supervision de la Direction Générale de la santé (DGS) du canton de Genève

2. Responsables de l'étude

Investigateur principal :

Dr Anne-Françoise Allaz, CC, Médecin cheffe de service, Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation (CMIR), Département de Médecine Interne, HUG. (Responsable médicale de l'étude).

En collaboration avec :

Rosario Leroy-Calatayud, neuropsychologue FSP, chargée du projet Handicaps de la Priorité accidents et handicaps, Programmes de santé publique/Planification sanitaire qualitative PSQ sous la supervision de la Direction Générale de la Santé-DGS.

Les services et institutions partenaires:

Programmes de santé publique sous la supervision de la Direction Générale de la Santé (PSQ)

Direction générale de la Santé (DGS) Dr François Loew, médecin formateur du Projet Prévention des chutes des personnes âgées, Priorité Accidents et Handicaps. Médecin-chef de service adjoint, Policlinique de Gériatrie, HUG.

Institut de management et économie de la santé(IEMS), Université de Lausanne: Eliane Perrin, PhD., Chargée de cours de socio-anthropologie du corps et de la santé,

Les médecins responsables dont relèvent les patients inclus dans l'étude:

Dr Anne-Françoise Allaz et Dr Christophe Luthy.

3. Etat des connaissances et bibliographie

Les chutes et leurs conséquences (douleurs, hématomes, plaies, fractures, voire hématome sous-dural) sont aujourd'hui reconnues comme un important problème de santé publique : on estime que 28-39 % de la population de plus de 65 ans vivant à domicile tombe au moins une fois dans l'année [Tinetti, Speechley et al 1988, Nevitt 1989, Campbell 1990], ces chiffres pouvant augmenter considérablement dans la population âgée institutionnalisée [Rubenstein 1994]. Une chute sur 5 nécessite une intervention médicale, 4-6% des chutes résultent en une fracture et 1% provoque une fracture du fémur [Tinetti, Speechley et al 1988, Nevitt 1989, Campbell 1990]. De plus, l'incapacité à se relever après une chute serait à l'origine de plus de la moitié des appels par Téléalarme aux médecins d'urgence dans la communauté genevoise. Enfin, en plus du risque d'hospitalisation, les chutes à répétition sont, avec les troubles démentiels, une des causes connues d'institutionnalisation.

La définition suivante est celle qui est le plus couramment utilisée : « *la chute est un événement dont le résultat est pour une personne de se trouver involontairement au sol ou à un niveau plus bas (pour une raison autre qu'un choc externe, une perte de conscience, une paralysie brusque telle que lors d'une attaque ou une crise épileptique)* » [Gibson 1987].

Les grandes études épidémiologiques ont permis des avancées scientifiques déterminantes dans la compréhension du mécanisme des chutes des personnes âgées et ont dégagé les principaux facteurs de risque, alors qu'elles avaient été longtemps jugées soit comme purement « accidentelles », soit comme la conséquence d'un malaise. Ces derniers sont, outre quelques maladies spécifiques (maladie de Parkinson, séquelle d'AVC, arthrose des membres inférieures), les troubles de l'équilibre, de la marche et de la vision, la démence, les médicaments (principalement les psychotropes et la polymédication). Ces facteurs, seuls ou conjugués avec des risques environnementaux, peuvent entraîner une chute, et, en présence d'une fragilité osseuse augmentée, une fracture [Nevitt 1989].

Différents types d'intervention ont été menées au cours des années 90, pour prévenir les chutes (Frailty and Injuries Cooperative Studies and Interventions Trials -FICSIT) [Buchner 1993]. Ces études ont démontré que l'on pouvait diminuer le nombre de ou la gravité des facteurs de risque de chute [Tinetti 1993], qu'une approche préventive multifactorielle était efficace [Tinetti, Mendes et al, 1994] et que certaines techniques d'exercice physique telles que le Tai-Chi pouvaient réduire le risque de chutes répétitives chez des septuagénaires de près de 50% [Wolf 1996]. Une récente revue Cochrane a confirmé la validité méthodologique de ces approches [Gillespie 2001].

Par contraste, le rôle joué par la peur de chuter dans la perte de mobilité et la restriction des activités de la vie quotidienne est encore très mal connu : selon Vellas, 41% des chuteurs contre 23% des non-chuteurs reconnaissent avoir réduit leurs activités à l'extérieur sur une durée de 6 mois [Vellas 1987].

Dans un échantillon représentatif de la population âgée américaine et non institutionnalisée, 24% de chuteurs récents contre 15% de non-chuteurs reconnaissent avoir réduit leurs activités par peur de chuter [Tinetti 1994 b]. L'impact des chutes sur la qualité de vie et l'autonomie dans la vie quotidienne est donc important.

Ces dernières années, de rares études ont commencé à investiguer le comportement des patients chuteurs. Il apparaît que la personne âgée identifie bien la chute comme un problème de santé mais que l'évaluation des facteurs de risque chez les patients chuteurs est moins objective que chez les patients non chuteurs. De plus, les patients chuteurs évaluent mieux les facteurs de risques chez leurs pairs que chez eux-mêmes [Braun 1998]. Cependant et à notre connaissance, aucune étude publiée n'a porté spécifiquement sur les représentations des personnes âgées pourtant considérées comme un déterminant comportemental [Sattin 1992]. Cette partie pratiquement inexplorée de l'approche des chutes et de leur prévention nous a donc conduits à proposer une étude sur les représentations des patients chuteurs comme un des éléments essentiels déterminant leur comportement.

4. Raison d'être du projet

Lors de l'hospitalisation après une chute, les professionnels font habituellement une évaluation des traumatismes éventuels, physiques et psychologiques, font l'inventaire des problèmes diagnostiques et fonctionnels, répertorient les facteurs de risque de chute et entreprennent une rééducation spécifique. Leur approche du patient sera pragmatique, axée sur l'importance de récupérer son autonomie antérieure et de limiter les risques de nouvelles chutes, voire de fracture.

Notre étude tient compte des éléments suivants:

1. La prise en charge privilégiée à la CMIR est « *patient centered* », tant dans les soins que dans la réhabilitation et la prévention. Cette approche implique que le patient est considéré comme un partenaire à part entière du processus thérapeutique. C'est pourquoi la connaissance de ses représentations est susceptible de fournir des pistes privilégiées d'intervention et de prévention des chutes. Par exemple, selon les représentations du patient, son contexte de vie et ses ressources du moment, il serait concevable qu'une intervention d'information ou de formation ciblée soit destinée soit au patient, soit à son environnement social ou physique ou encore à différents niveaux simultanément.
2. La connaissance des représentations du patient chuteur permettrait de clarifier le décalage perceptible entre la vision des professionnels et les attitudes du patient chuteur, et ainsi d'ajuster la stratégie de prise en charge des chutes, notamment lors du retour à domicile (Perrin, 2003).

Une étude rigoureuse des déterminants comportementaux est indispensable dans toute action de prévention des traumatismes et accidents en santé publique.

5. But de l'étude

Explorer leurs représentations des chutes chez des patients âgés hospitalisés pour chute.

6. Questions de recherche

Nous voulons explorer les liens pouvant exister entre les représentations que les patients ont du motif de leur hospitalisation, et de la ou des chutes précédant leur hospitalisation.

Nous voulons aussi voir s'il est possible de dégager une typologie des représentations à propos des chutes.

Finalement, nous voulons appréhender comment les représentations dégagées jouent un rôle dans les comportements de prise de risque inconsidérée ou de restriction de la vie sociale des patients chuteurs.

7. Protocole

7.1. Lieu de l'étude

Cette étude se déroulera dans les 5 unités de la Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation (CMIR), Département de médecine interne (DMI), HUG.

7.2. Modalités de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire qui va recenser, répertorier et analyser les représentations et les savoirs que les patients chuteurs ont à propos des chutes. Elle se fera à travers un entretien et la récolte des données figurant systématiquement dans les dossiers médicaux des patients hospitalisés à la CMIR.

7.2.1 Considérations éthiques

Le protocole doit être approuvé par la Commission d'Ethique des Hôpitaux Universitaires de Genève. Le projet nécessitant la tenue d'un entretien avec les patients, l'information (ANNEXE 1) et consentement (ANNEXE 2) des patients sont requis avant l'inclusion.

7.2.2. Critères d'inclusion & d'exclusion:

Tous les patients consécutifs hospitalisés à la CMIR, âgés de 65 ans minimum, pour lesquels la chute figure comme motif d'admission seront éligibles. Les critères d'exclusion sont constitués par : *a/* le fait de ne pas pouvoir donner un consentement éclairé sur l'objet de la participation à cette recherche, *b/* le fait de ne pas maîtriser suffisamment bien le français pour pouvoir collaborer à un entretien clinique structuré, ou *c/* le fait de ne pas pouvoir préciser le jour de la semaine et le lieu du séjour hospitalier actuel. Seuls les patients acceptant les conditions de la participation à l'étude seront interviewés après lecture d'un formulaire d'information au patient (ANNEXE 1) et signature d'un formulaire de consentement (ANNEXE 2).

7.2.3 Echantillonnage:

Nous procéderons à l'inclusion des patients jusqu'à disposer de 15 entretiens valables pour l'analyse des données (voir sous le chiffre 9. pour le *calendrier prévisionnel*). Le nombre de sujets est fixé non pas en fonction des exigences d'un échantillon représentatif, mais de manière à ce que les dimensions liées au problème investigué puissent apparaître, comme cela se pratique couramment en sciences humaines et lors de recherches qualitatives exploratoires en médecine, [Mays N., Pope C. 1995].

7.3. Méthode d'évaluation

7.3.1. Données sociodémographiques & biomédicales:

Aucun examen complémentaire ne doit être pratiqué pour les besoins de cette étude. La récolte des données socio-démographiques et biomédicales sera effectuée sur la base des données disponibles de routine dans les dossiers médicaux (ANNEXE 3 et ANNEXE 5 pour le '*Geriatric Assessment*' faisant partie du dossier médical de la CMIR). Les données socio-démographiques ne figurant pas dans le dossier seront obtenues auprès du patient.

7.3.2. Entretiens semi-structurés:

Nous nous proposons d'interviewer les patients à une reprise dans la semaine suivant leur arrivée à la CMIR. L'interview se fera dans une pièce protégée de la CMIR. La durée totale de l'interview est estimée à environ 30 minutes.

La technique d'interview sera celle de l'entretien semi-directif centré. L'ANNEXE 4 montre quelques exemples de questions ouvertes et les thèmes qui seront abordés lors de l'entretien. Les interviews seront réalisées par d'une spécialiste en sciences humaines (neuropsychologue, RLC). Elles seront enregistrées (audio) et transcrites mot à mot.

Pour des raisons liées à "l'effet d'enquête", il se peut que les patients participant à l'étude se posent, à l'issue de l'interview, des questions concernant leurs chutes et leurs conséquences. Il est important que toutes les personnes interviewées puissent, le cas échéant parler de leurs chutes avec leur médecin interne d'unité. Ceux-ci seront régulièrement et personnellement informés de la recherche et de l'inclusion de leurs patients dans l'étude. Cet effet d'enquête peut ainsi avoir des effets bénéfiques, l'interview contribuant indirectement à une ouverture donnée aux patients pour discuter de cet événement peu évoqué dans le quotidien.

7.4. Modalités pratiques :

7.4.1. Enregistrement des entretiens semi-structurés:

Avec l'accord des patients, les interviews confidentiels sont enregistrés sur une bande audiophonique.

7.4.2. Interviewers:

Les patients sont interviewés par une enquêtrice formée (RLC), extérieure aux soins hospitaliers directs de la CMIR.

7.5. Analyse des résultats :

7.5.1 Entretiens semi-structurés:

Une analyse de contenu (patient par patient) sera effectuée par plusieurs chercheurs de manière indépendante sur les transcriptions « *verbatim* ». L'analyse de contenu d'entretiens semi-structuré est une procédure d'investigation couramment appliquée lorsqu'il s'agit d'étudier les représentations. Les transcriptions sont lues et relues, les items sont regroupés et assemblés selon des groupes d'attributs formants des thèmes convergents pour lesquels la fréquence d'apparition permet d'établir une taxonomie d'axes.

La concordance des analyses du contenu effectuées par les différents chercheurs sera mesurée par un test Kappa.

7.5.2 Analyse statistique des données.

Les tests utilisés seront les tests classiques (test de T ou de Mann-Whitney pour la comparaison de moyennes, Chi-Carré et de Mac-Nemar pour la comparaison des proportions).

8. Risques et bénéfices pour les patients

8.1 Risques

Cette étude n'implique aucun risque pour les patients ayant accepté de participer. Elle n'implique en effet aucune modification de la prise en charge habituelle, sinon un relevé plus systématique des données habituelles concernant les chutes et les interviews. On peut donc considérer qu'ils bénéficieront d'une prise en charge plus attentive (possibilité de revoir leur médecin d'unité tenu au courant de la recherche et de l'inclusion de ses patients). Par ailleurs, l'expérience clinique montre la reconnaissance que les patients volontaires expriment lorsqu'ils ont la possibilité de parler de leur expérience.

8.2 Bénéfices

Les bénéfices attendus sont :

- D'offrir aux patients la possibilité de partager leur vécu et leurs représentations de cet événement.
- Développer à l'usage des soignants des mesures plus personnalisées destinées aux patients âgés souffrant d'un handicap de mobilité. La chute s'avère en effet révélatrice d'une perte du contrôle postural, modifie l'image corporelle vieillissante et renforce la peur d'être dépendant, voire d'être institutionnalisé(e).

De construire une base de connaissances élaborée à partir de l'expérience vécue, des savoirs et des représentations des patients chuteurs. Expertise indispensable permettant d'ajuster les programmes de prévention des traumatismes et accidents en santé publique.

- De sensibiliser des professionnels de la santé concernés à la complexité de la prévention des chutes et plus particulièrement à l'importance des représentations des patients comme un de déterminants comportementaux.

8.3 Couverture d'assurance

L'étude n'impliquant aucune mise en danger pour les patients et se portant exclusivement sur leur opinion concernant leur(s) chute(s), aucune autre couverture d'assurance que la RC des HUG n'est prévue.

9. Calendrier prévisionnel

Sous condition de l'approbation de la commission d'éthique, l'étude sera réalisée pendant l'année 2003, du mois d'avril au mois d'octobre inclus.

10. Budget

Les ressources dégagées par le programme Santé Publique (ancien PSQ) sont :

- Ressources humaines : poste de neuropsychologue à 50% (équivalent de CHF 43'500.-), enquêtrice : interviews, saisies des données, secrétariat, codification des interviews, analyse des résultats, rédaction, ... Conseil scientifique « expert-chutes » par Dr. François Loew.
- Ressources matérielles : infrastructure : ordinateur portable, logiciels bureautiques et logiciel NUD-IST, enregistreur et bandes audio, ...)

Les ressources dégagées par la CMIR sont :

- Ressources matérielles : mise à disposition d'un bureau + local d'interview. Infrastructures administratives concernant le flux + identification des patients.
- Supervision médicale de l'étude.

Les ressources dégagées par l'IEMS sont : la supervision scientifique dans le cadre de l'obtention du Master en économie et administration de la santé.

11. Références bibliographiques

Braun B.L.

Knowledge and perception of fall-related risk factors and fall-reduction techniques among community-dwelling elderly individuals.
Phys Ther 1998, 78, 1262-1276.

Brintenbach N.

Le vieillissement des personnes handicapées in Les aspects sociaux du handicap : reconnaître, intégrer, respecter,
Revue Prévenir, 2000, 39, 145-149.

Buchner DM, Hornbrook MC, Kutner NG, Tinetti ME, Ory MG, Mulrow CD, Schechtman KB, Gerety MB, Fiatarone MA, Wolf SL et al.
Development of the Common Data Base for the FICSIT Trials.
J Am Geriatr Soc 1993; 41:297-308.

Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF, Jackson SL, Brown JS, Fitzgerald JL.
Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study.
Age and Ageing 1990; 19: 136-41.

Gibson MJ, Andres RO, Isaacs B et al.
The prevention of falls in later life.
Dan Med Bull, 1987,34:1-10.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH.
Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane Review).
In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Laumon B.,
Santé publique et recherche en insécurité routière in Le véritable enjeu: la victime.,
Actes INRETS 2000, 45-50.

Mays N., Pope C.
Rigour and qualitative research.
BMJ, 1995 ; 311 : 109-112.

Perrin E, Luthy C, Allaz AF, Henchoz JD, Voélin S, Lanza D, Dumont P, Sartori M.
Point de vue des différents acteurs (patients, entourage, soignants, et travailleurs sociaux) lo de la décision de retour à domicile de patients âgés hospitalisés nécessitant des soins à domicile. Rapport final au Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique, octobre 2002. Présentation orale. Société Suisse de Médecine Interne, Bâle mai 2003.

Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D.
Risk factors for recurrent nonsyncopal falls.
JAMA 1989; 261: 2663-68.

Podsiadlo D, Richardson S.

The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons.
J Am Geriatr Soc 1991, 39:142-148.

Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS.

Falls in the nursing home.
Ann Intern Med 1994;121:442-451.

Sattin RW.

Falls among older persons: a public health perspective.
Annu Rev Public Health 1992,13:489-508.

Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF.

Risk factors for falls among elderly persons living in the community.
N Engl J Med 1988; 319: 1701-07.

Tinetti ME, Baker DI, Garrett PA, Gottschalk M, Koch ML, Horwitz RI. Yale FICSIT: risk factor abatement strategy for fall prevention.

J Am Geriatr Soc 1993;41:315-320.

Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, et al.

A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community.

N Engl J Med 1994 ; 331: 821-827.

Tinetti ME, Mendes de Leon CF, Doucette JT and Baker DI.

Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders.

J Gerontol, 1994, 3, M140-147.

Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT.

Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence.
JAMA 1995, 273;17:1348-1353.

Vellas B, Cayla F, Bocquet H, de Pemile F, Albaredo JL.

Prospective study of restriction of activity in old people after falls.
Age and Ageing 1987; 16: 189-93.

Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, McNeely E, Coogler C, Xu T, et al.

Reducing frailty and falls in older persons : an investigation of Tai Chi and computerized balance training.

J Am Geriatr Soc 1996;44:489-497.

ANNEXE 1

Hôpital Cantonal

Département de Médecine Interne

Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation

Beau-Séjour

Programmes de Santé Publique (anciennement Planification Sanitaire Qualitative [PSQ] du canton de Genève)



CONCERNE: ETUDE SUR LES REPRESENTATIONS DES CHUTES CHEZ DES PATIENTS AGES HOSPITALISES

FORMULAIRE D'INFORMATION AU PATIENT

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une étude visant à améliorer la prise en charge des patients qui ont présenté une chute, nous sollicitons votre participation pour un entretien de 30 minutes environ.

Nous souhaitons pouvoir vous interviewer afin :

- de mieux comprendre ce qui, *selon vous*, explique votre hospitalisation ;
- de mieux comprendre ce qui *selon vous*, est à l'origine de(s) la(es) chute(s) présentée(s) ;
- de mieux préciser quelles répercussions a(ont) la(es) chute(s) dans votre existence ;
- de discuter avec vous des facteurs de risque des chutes et de déterminer les informations dont vous pouvez avoir besoin ;

L'accès à votre dossier médical est également requis afin de pouvoir recueillir les informations utiles sur votre affection actuelle, sur vos antécédents médicaux, et sur votre cadre de vie habituel, ceci *en évitant de poser à nouveau* des questions que les soignants hospitaliers ont déjà abordées avec vous.

L'entretien se déroule de manière *confidentielle* avec une personne formé(e) à la recherche médicale, *extérieur(e)* à la prise en charge actuelle.

Vous êtes libre d'interrompre l'entretien *quand vous le désirez, sans justification, et sans aucune conséquence sur les soins que vous recevez.*

L'investigateur a également la possibilité d'interrompre la prise de données et de vous exclure de l'étude en vous précisant le motif si vous ne répondez pas aux exigences prévues par le protocole.

En cas de participation à l'étude, les données recueillies seront rendues anonymes et seront utilisées afin d'améliorer la prise en soins ultérieure des patients hospitalisés dans les mêmes circonstances que les vôtres. Si les résultats de notre enquête devaient être publiés, les mêmes procédures seront utilisées.

Relevons que le protocole de cette étude a été approuvé par le médecin chef de service et par le Comité d'Éthique du Département concerné.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pouvez vous adresser à tout moment à l'un ou l'autre des responsables de cette étude pour obtenir des informations complémentaires.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Rosario Leroy-Calatayud
Neuropsychologue
Programme de Santé Publique
(anc. planification sanitaire qualitative).
Tél : 382'35'40

Dr Christophe LUTHY
Chef de Clinique
Clinique de Médecine Interne
de Réhabilitation (CMIR).
Tél : 382'35'68

Hôpital Cantonal

Département de Médecine Interne
Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation
Beau-Séjour

Programmes de Santé Publique (anciennement Planification Sanitaire Qualitative [PSQ] du canton de Genève)



CONCERNE: ETUDE SUR LES REPRESENTATIONS DES CHUTES CHEZ DES PATIENTS AGES HOSPITALISES

Formulaire de consentement

Concerne: Etude sur les représentations des chutes chez des patients âgés hospitalisés

J'ai lu les informations concernant l'étude mentionnée. Les détails de l'étude et tous les renseignements complémentaires m'ont été fournis par

..... (Nom & et signature de l'investigateur)

J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et je pourrai en poser d'autres à tout moment si j'en éprouve le besoin.

Informé(e) des buts et des modalités de l'entretien, informé(e) du fait que j'autorise un(e) professionnel(le) spécialisé(e) à consulter mon dossier médical. J'accepte aussi le fait que les représentants des autorités et des commissions d'éthique aient un droit de regard sur les données originales me concernant pour procéder à des vérifications, ces informations restant toutefois strictement confidentielles. Je déclare que j'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir et j'accepte de participer à cette étude.

Genève, le

Nom & signature :.....

Hôpital Cantonal

Département de Médecine Interne
Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation
Beau-Séjour



Programme de Santé Publique (anciennement Planification Sanitaire Qualitative [PSQ] du canton de Genève)

Concerne: Etude sur les représentations des chutes chez des patients âgés hospitalisés

Guide de l'entretien semi-structuré

Afin d'observer le lien que le patient fait entre sa chute et son hospitalisation, de relever ses propres explications relatives à ce qui précipite la(es) chute(s), et la place qu'occupent la (les) chute(s) dans ses préoccupations, l'interviewer commencera par une question ouverte


- " *Pourquoi êtes –vous à l'hôpital ?* "

et enchaînera avec d'autres questions ouvertes:

- " *Qu'est-ce qui, selon vous, est à l'origine de votre(vos) chute(s) ?* "
- " *Quelles sont les répercussions qu'entraîne(nt) cette(ces) chute(s) dans votre vie quotidienne ?* "
- " *Qu'attendez-vous de ce séjour hospitalier ?* "
- " *De quel genre d'aide pensez-vous avoir besoin ?* "
- " *De quel genre d'informations pensez-vous avoir besoin ?* "

EVALUATION GERIATRIQUE GLOBALE

CMIR

identité (étiquette) :	date d'entrée :
	date d'évaluation :
	

1	motif hospitalisation										
2	co-morbidités										
3	traitement	nombre de médicaments nombre <input style="width: 50px;" type="text"/>									
4	troubles de la vue* (Jaeger card)	oubli lunettes 1 réussite 2 échec 3									
5	troubles audition* (chuchotement)	oubli prothèse 1 réussite 2 échec 3									
6	lieu de vie	appartement 1 D2 2 villa 3 EMS 4									
7	mode de vie*	vit seul 1 avec conjoint/enfant 2									
8	encadrement	infirmière à domicile /sem. 1 aide ménagère/ familiale /sem. 2 aide toilette/ habillage /sem. 3 repas à domicile /sem. 4 Télé-contact 5 famille 6 voisinage 7									
9	environnement*	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">baignoire, WC, sol, lumière adaptés</td> <td style="text-align: center;"><u>oui</u></td> <td style="text-align: center;"><u>non</u></td> </tr> <tr> <td>escaliers</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	baignoire, WC, sol, lumière adaptés	<u>oui</u>	<u>non</u>	escaliers	1	2		1	2
baignoire, WC, sol, lumière adaptés	<u>oui</u>	<u>non</u>									
escaliers	1	2									
	1	2									

EVALUATION GERIATRIQUE GLOBALE

CMIR

		<u>indé- pendant</u>	<u>aide</u>	<u>dépen- dant</u>	
10	AVQ*	se lever seul se laver seul aller aux toilettes seul s'habiller seul manger seul	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	3 3 3 3 3
11	incontinence urinaire*	SUAD	<u>absent</u> 1	<u>occasion</u> 2	<u>présent</u> 3 3
12	incontinence anale		1	2	3
13	AIVQ	faire ses courses utiliser les transports publics préparer ses repas téléphoner faire le ménage gestion des finances et paiements gestion des médicaments	<u>indé- pendant</u> 1 1 1 1 1 1 1	<u>aide</u> 2 2 2 2 2 2 2	<u>dépen- dant</u> 3 3 3 3 3 3 3
14	Mobilité*	toucher la nuque avec la/les mains toucher le front avec les doigts moyens auxiliaires chutes dans les 12 derniers mois get up and go (1:normal- 5: anormal)***** [se lever, marcher,tourner,marcher,tourner autour chaise,se rasseoir]		<u>oui</u> 1 1 1 1 1	<u>non</u> 2 2 2 2 2
15	Alimentation ** (DETERMINE) ≥ 6= haut risque malnutrition	maladie chronique anorexigène moins de 2 repas/ j. peu de fruits/ légumes/prod. laitiers plus de 3 verres/ j. d'alcool problèmes dentaires pauvreté solitude polypharmacie (> 3 médicaments) perte/ gain de poids de 5kg. en 6 mois problèmes AIVQ (repas, courses)			2 3 2 2 2 4 1 1 2 2 2
			score	<input type="text"/>	
16	troubles cognitifs***	Mini Mental Status	score	<input type="text"/>	
17	Dépression**** ≥ 1 (majuscules) = possible dépression	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide? Etes-vous heureux la plupart du temps? Vous sentez-vous souvent découragé et triste? Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	OUI oui OUI OUI	non NON non non	score <input type="text"/>
18	douleurs chroniques	non non invalidantes invalidantes		1 2 3	
19	faisabilité de l'évaluation	bonne mauvaise si mauvaise, cause: démence délirium troubles sensoriels troubles langages+langue mauvaise collaboration refus		1 2 3 4 5 6 7 8	

Liste des collaborateurs :

- **Dr Anne-Françoise Allaz, CC, Responsable de l'étude**, Médecin cheffe de service, Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation (CMIR), Département de Médecine Interne, HUG. (Responsable médicale de l'étude).
- **Dr Christophe Luthy, MD**, Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation (CMIR), Département de Médecine Interne, HUG
- **Rosario Leroy-Calatayud, neuropsychologue FSP**, chargée du projet Handicaps de la Priorité accidents et handicaps, Programmes de santé publique/Planification sanitaire qualitative PSQ sous la supervision de la Direction Générale de la Santé-DGS.
- **Dr François Loew, médecin formateur du Projet Prévention des chutes des personnes âgées**, Priorité Accidents et Handicaps. Médecin-chef de service adjoint, Policlinique de Gériatrie, HUG.
Programmes de santé publique sous la supervision de la Direction Générale de la Santé (PSQ)
Direction générale de la Santé (DGS)
- **Eliane Perrin, PhD.**, Chargée de cours de socio-anthropologie du corps et de la santé,
Institut de management et économie de la santé(IEMS), Université de Lausanne:

Début de l'entretien :

Pourquoi, selon vous, vous êtes à l'hôpital?

Comme je vous ai dit, il m'est arrivé une chose un peu ridicule et inattendue. Je suis tombée devant chez moi. Ce qui a entraîné après toutes sortes d'étapes que si j'avais su les conséquences, j'aurais réagi évidemment plus rapidement pour faire le contrepois.

Mais qu'est-ce que vous voulez, je contrôle pas, qu'est-ce que vous voulez que je fasse moi? Je vis toute seule. Je communique très peu. Je ne suis pas une personne très communicante. J'aime pas me mêler avec des autres gens, c'est clair! M'enfin quand même, je suis tout de même abasourdie de ce qui m'arrive, quoi!

Pouvons-nous parler un peu plus du fait que vous êtes tombée ?.

Oui, je suis tombée. Tout à fait par hasard parce que moi d'habitude, je fais tout moi-même chez moi. Je suis très ordonnée. Aujourd'hui ça m'ennuie de vous parler à cause de mon état.

Ne vous en faites pas.

D'habitude, je n'ai jamais eu de malaise de ce genre. J'étais toujours très bien portante et tout. J'ai eu ce petit malaise devant chez moi ce qui a fait que ça entraîné toutes sortes d'intervention.

C'est la police qui est venue me ramasser et c'est ça qui a certainement qui a fait que je suis ici. Parce que si ça avait été ma voisine qui était venue me prendre, jamais cela ne serait arrivé.

Mais comment est-ce que cela s'est passé?

Je ne peux pas m'expliquer. Je pense que j'ai eu comme un étourdissement parce que d'habitude, je ne suis pas sujet du tout aux hallucinations ou des choses comme ça. Pour moi, j'ai eu un malaise, comme un malaise cardiaque et c'est tout.

De quoi vous souvenez-vous?

Oui, je ne me reconnais pas quand je suis pas tombée mais je n'en cherche pas la raison, c'est curieux. Je me souviens que je me suis affaissée tout à coup sur mes membres inférieurs. C'est tout! Après, je suis retournée chez moi comme une grande, c'est tout.

Et après, parce que vous avez parlé des étapes et des conséquences.

Oui, naturellement, ça m'a fait quand même souci parce que j'avais tout de même un peu peur d'abord. Mes voisins, avec eux je suis très liée, vous voyez. Je pensais que c'était un malaise passager et on verra bien mais il faut croire que non.

Excusez-moi une seconde, je vais aux toilettes, alors il faut que vous m'accompagniez pour m'aider.

PAUSE

Nous parlions du moment où vous êtes tombée, levée et après vous êtes rentrée chez vous. Et une fois chez vous?

Oui, exactement. Tout est bien allé de nouveau, vous voyez? C'est curieux parce que dans le fond, quand je suis dans mon milieu à moi, chez moi, je redeviens la personne que j'étais. Je retrouve mes amis, mes contacts. Pour moi tout ce qu'on fait maintenant ici, je veux pas vous vexer mais ça me paraît absolument inutile, pour rien. Vous voyez?

C'est aussi pour cela que nous discutons, pour qu'il y ait des choses qui vous semblent plus utiles.

Donc, après la maison qu'est - ce qui a fait que vous vous retrouviez à l'hôpital?

Je suis tombée dans la rue alors la police m'a ramassée. Je me suis retrouvée à l'hôpital. Si la police n'avait pas été là, jamais je ne serais venue là, jamais je n'aurais été là, jamais.

Alors, j'ai mal compris, j'ai compris que vous étiez tombée et qu'après vous êtes retournée chez vous.

Je ne suis pas retournée chez moi puisque je suis tombée. La police était là. Ils voient une vieille personne qui tombe par terre et automatiquement, ils vont la relever et la conduisent à l'hôpital pour voir s'il y a quelque chose. Et puis, une fois que vous êtes pris dans cet engrenage, pour en sortir c'est difficile. Je me rends très bien compte que si ça m'était arrivé en courses ou n'importe quoi, ça ne serait pas arrivé, je serais pas ici. Je me suis toujours très bien débrouillé moi-même.

Vous voyez, c'est ça qui me choque de cette espèce de ... quand vous tombez dans un réseau, je ne parle pas du vôtre. Mais même moi, d'être tombée devant la police, je suis engrangé dans tout ce système. Ça me fâche parce qu'avant j'étais très, très bien, je n'étais pas du tout, ni traumatisée, ni rien du tout. J'ai des voisins merveilleux avec qui j'ai de très très bons contacts. Chaque fois qu'il y a des fêtes quelque part, je suis invitée et tout ça. Pour moi, je ne veux pas tomber dans un réseau et d'être un petit boulon que l'on pousse là où on veut bien le pousser. Ça m'intéresse pas.

Parce que là, on vous a emmené ici à l'hôpital?

Oui, et c'est là que s'est enclenchée cette histoire qu'elle ne peut pas rentrer chez elle parce qu'elle est toute seule etc. vous voyez c'est ça l'engrenage. C'est à dire que quand je suis tombée dans la rue. La police met automatiquement les gens à l'hôpital.

Donc, ils vous ont emmené directement ici ou dans un autre bâtiment?

Non, non un autre bâtiment, quand ils viennent de chez les urgences, quoi!

Alors tout ça me traumatise donc, je vais voir ce que mon fils va pouvoir faire. Il est en train de s'occuper de ça parce qu'il sait que je ne veux pas entrer dans cette maison comme ça. Ce que j'aimerais mieux et que je pourrais accepter c'est de trouver un foyer à la montagne, mais vous voyez? Je sais que je peux plus retourner chez moi parce que je ne suis plus autonome. Vous comprenez, je ne peux plus faire ce que je faisais auparavant. Tandis qu'avant, je faisais tout, sauf mes commissions parce que je pouvais pas marcher mais ma popote et tout ça, je faisais tout moi-même.

Vous dites que vous n'êtes plus autonome, mais est-ce que c'est après cette chute?

Après cet événement-là oui. Parce-ce qu'avant, je faisais beaucoup plus. Bon, j'avais deux femmes de ménage et j'avais très souvent des invités. Ils venaient chez moi, j'allais chez eux et il n'y avait pas de problème. J'étais combien de fois pour des choses importantes avec ma chaise roulante. Mais j'étais chez moi.

Donc cet événement, cette chute qu'à-t-il entraîné comme conséquences, en dehors de cet engrenage?

C'est à dire qu'il m'a enlevé beaucoup d'assurance en moi-même. Autrement, il m'a pas ... j'espère quand même reprendre. J'avais quand même perdu beaucoup de force. Tout d'un coup j'ai perdu mes forces et c'est ça. Après cet événement.

Ce que vous dites est important. Cette chute qui vous a enlevé beaucoup d'assurance. Peut-on plus parler de cela? Vous êtes d'accord que c'est très important l'assurance en vous même?

Oui, c'est quelque chose qui me choque au plus profond de moi-même, j'arrive pas réalisé ce qui m'arrive. Je ne sais pas si vous comprenez. Ce qui me gêne le plus, ce que moi qui n'avais jamais eu un rhume avant, je suis là. Ce sont des petites choses qui pour vous sont rien, mais pour moi c'est important.

Je vois toujours mes voisins, je suis restée en bon contact et voilà! Je sais pas comment ça ira maintenant. Moi ce que j'aimerais faire c'est surtout un petit changement d'air. Comme je vous l'ai dit c'est d'aller à la montagne, là il me semble que je reprendrai un peu le dessus de ma personne.

Un peu comme une convalescence à la montagne?

Une convalescence à la montagne! Et cela me permettrait de retrouver mon milieu, comment dirais-je? de naissance. Pas de naissance parce que je peux pas aller là où j'habitais bien entendu, m'enfin l'air de la montagne.

Ce qui est très important pour vous.

Oh oui! Tout est là! Et puis s'ils touchent à la montagne, s'ils touchent l'air libre, je peux mieux respirer. Moi ce qui m'a le plus choqué dans tous les endroits, le peu où je suis passée c'est le manque d'air total. Par exemple, cette une dame gueulait "fermez les fenêtres, on gèle ici, il fait froid", alors qu'il n'y a pas d'air. Moi, ça me tue ces choses-là le manque d'air. Pour moi l'air c'est vital.

C'est la première fois que vous êtes hospitalisée ainsi, c'est sans trop le prévoir?

Dans ces conditions là, oui, autrement jamais, non. Oui, je suis restée un peu abasourdie quoi, je dois reconnaître. Vous voyez, j'ai été la première fois quand j'ai fait ma petite attaque. J'avais fait une petite attaque.

Deux ou trois ans! Mais avant, je n'ai jamais rien eu. J'ai toujours vécu absolument normalement. J'ai toujours beaucoup rigolé, plaisanté, des amis extraordinaires et très entourée aussi.

Est-ce qu'il ne vous était pas déjà arrivé de vous retrouver par terre sans conséquences?

Non, non, c'est la première fois que cela m'arrive. Et puis, je suis pas tombée. Comment vous l'expliquer? Je n'étais pas même pas surprise parce que je suis tombée comme une feuille morte.

Qu'est-ce qui serait, à votre avis, à l'origine de cette chute?

Pour moi, j'avais déjà eu de petites malaises cardiaques parce que j'ai énormément travaillé dans ma vie, beaucoup travaillé. D'abord, du tricotage. Après, j'ai eu un bureau d'affaires. J'ai été très éclectique parce que j'ai beaucoup de cordes à mon arc.

Vous aviez un commerce?

Oui!

Pendant longtemps?

Ouf! Vous avez vu l'âge que j'ai. Donc je ne travaille plus !

Votre dernière activité c'était le commerce?

Le bureau de location, de sous-location, vous voyez? Et surtout de tout ce qui est matériel. De maisons, de recherche d'affaires immobilières. Oui, c'était ma propre affaire.

Avant, vous disiez déjà que pour vous l'origine de cette chute c'était quoi?

Je ne sais pas. C'est curieux, je n'arrive pas à comprendre parce que n'ayant jamais été malade. Je ne suis pas une femme à médecins. Je suis pas une femme malade. Je me porte bien. J'adore faire la popote. J'adore boulotter. J'adore avoir des amis. J'adore faire la fête. Vous voyez? Je suis un peu surprise moi-même de me trouver diminuée comme ça. Voilà!

Si j'ai bien compris, c'est cette chute qui tout d'un coup vous fait sentir comme ça, diminuée?

Oui et c'est pour ça, je me sens mal à l'aise parce que je ne suis pas moi-même. Je suis pas réellement la personne que je suis en réalité, voilà!

Et c'est pour ça que je suis sûre, moi qu'un court séjour à la montagne me ferait beaucoup, beaucoup, beaucoup de bien. Même avec mon fauteuil roulant d'aller dans un endroit où je peux circuler. Vous voyez? Par exemple à Grillon, qui est mon village d'origine, il existe une maison d'ailleurs. Alors voilà, alors Grillon me conviendrait particulièrement bien parce que j'y ait toutes mes racines. Je suis née à Grillon, mon. Vous voyez?

Vous êtes allée ces derniers temps?

Oh! J'y allais toutes ces années deux ou trois fois!

Si j'en reviens à ce que vous dites, à la perte d'assurance, est-ce que c'est quelque chose qui serait aussi un peu de l'ordre de l'inquiétude, de la peur?

Ecoutez, quand on a été aussi indépendante que moi, qui était une chèvre franchement à la montagne et que tout d'un coup vous dépendez de tout le monde, le coup est dur. C'est pour ça que ça me ferait rien d'aller dans une maison disons de retraite, où même je peux m'occuper quand même de les aider pour différentes choses. Bref! Vous voyez?

Je suis pas une femme inactive, je veux pas. J'ai beaucoup aimé tricoter et tout ça mais maintenant, je n'aurais plus aucune passion à tout ce qui est inactivité comme ça sans intellect. Moi, je m'intéresse beaucoup à la politique, à suivre les affaires du monde en général, et voilà!

Est-ce que vous pensez que les médicaments peuvent avoir une influence sur le fait de chuter?

Ecoutez, je n'ai pratiquement jamais pris de médicaments avant qu'il m'arrive ce coup dur. J'ignore totalement les médicaments. Maintenant, je pense que j'ai besoin de médicaments.

C'est comme je vous l'ai dit ce qui est important c'est, et je vous remercie.

Est-ce que vous pensez que les chaussures peuvent avoir une influence sur les chutes?

J'ai toujours eu de bonnes chaussures. D'abord parce que j'ai fait énormément de montagne dans le temps. Je suis quelqu'un de très indépendante. Je suis quelqu'un de la campagne, la montagne. Vous voyez c'est pas la même chose qu'ici.

Et vous pensez que les chaussures c'est quelque chose qui peut aider?

Je pense que les chaussures sont la chose principale pour marcher, pour l'équilibre et tout ça.

Mais là, vous dites l'équilibre. Est-ce que vous pensez qu'avoir un bon équilibre peut influencer les chutes?

Ça vient des chaussures, beaucoup. Bien sûr, l'équilibre vient de là. Vous savez, être bien chaussée c'est la principale des choses.

Est-ce que vous pensez que certaines maladies peuvent influencer les chutes?

Non, j'ai jamais été malade!

Pensez-vous que le fait d'avoir une bonne vue et une bonne ouïe/ bien écouter peut avoir une influence dans les chutes ?

Oui. Vous voyez, moi j'ai jamais porté de lunettes sauf pour lire et encore! Une bonne vue et surtout un fond de pensée saine. Je ne sais pas si vous me comprenez?

Peut-être mais dites-moi un peu plus.

Et bien, je pense que quand on est équilibré, que vous ne savez pas ce qui est la méchanceté, la jalousie etc. ce sont des choses que j'ignore tout à fait. Et ça, ça m'a toujours permis de garder un certain équilibre de moi-même, voilà!

C'est un état psychologique, un état moral?

Oui, tout à fait. Un état moral absolument sain et surtout ne jamais lâcher la générosité. Vous voyez? Donc voilà. Moi, j'ai toujours été très généreuse et cela m'a toujours porté bonheur plutôt qu'autre chose. Oui, je suis très très aimée et connue dans mon quartier pour ça.

Tout à l'heure vous avez dit "quand je suis chez moi, je redeviens moi-même" est-ce que vous pensez que l'environnement physique. C'est à dire d'avoir de bons sols, une bonne lumière, des rampes, des barres etc. est-ce que ce sont des choses qui influencent les chutes?

Ah! Oui, évidemment ! Par exemple des rampes, dehors c'est tout à fait bien suivant où vous allez, dans quel logement ; c'est très important d'avoir des rampes, des points de repère. Tout ça c'est sûr.

Est-ce que vous pensez que quand on a des urgences pour aller aux toilettes cela pourrait influencer une chute?

Ça ne m'est pas arrivé à moi-même mais je pense que oui, oui, ça pourrait.

Si nous revenons aux répercussions de cette chute dans la vie quotidienne, qu'est-ce qui vous vient d'abord à l'esprit?

Pas spécialement beaucoup de choses parce que j'ai pas été touchée particulièrement. Mes amis m'ont pas laissé tomber. Je vais chez eux. Ils viennent me chercher, me ramènent et vous voyez?

Ici à l'hôpital et après cette chute?

Non, non, excusez-moi. D'ailleurs j'ai jamais été dans une maison comme ça. J'ai toujours été chez moi. Ah, ça a changée. Ça me serait très pénible d'être dans une maison comme ça et ne plus avoir de contacts avec l'extérieur.

Est-ce qu'il y aurait d'autres répercussions de cette chute ?

Je ne crois pas! Je vous ai dit, ce qu'il faudrait me trouver maintenant puisque je ne suis plus autonome chez moi, c'est d'habiter dans une maison de retraite où je peux encore m'occuper, aider, bricoler, m'occuper des fleurs. Vous voyez? Pas être comme un pion qui est appelé juste à table et comme ça. Ça j'aime pas.

Vous avez dit qu'avant cette chute vous étiez, aidée, mais toujours chez vous assez autonome.

Oui, très autonome !

Là, il y a cette chute et vous vous dites qu'il faudra peut-être aller dans une maison de retraite. Quel est ce grand changement qui fait que maintenant vous pensiez à?

Je suis quand même obligée d'être réaliste. Je sais très bien que je peux plus monter l'escalier, faire des commissions, un tas de choses.

Mais ça c'était déjà avant la chute?

Oui mais quand même malgré tout, ça s'est accentué à 1000 pour cent, ouh, là, là. Parce que moi, j'allais très souvent en commissions avec une amie qui venait me chercher en voiture. On faisait toutes nos commissions ensemble. On allait à la X et des trucs comme ça, quoi?

Mais quand vous dites que cela s'est accentué à 1000. c'est parce qu'il y a des conséquences physiques importantes ou c'est surtout parce que vous avez perdu confiance?

Non, il y a eu des conséquences physiques importantes parce que je ne peux plus me déplacer. Voilà c'est cela quand je parle de physique, automatiquement, j'ai perdu la force. Voilà! ouh là, là c'est sûr! je n'ai plus l'assurance que j'avais avant. Ça fait plus de deux ans que je suis en chaise roulante donc, je vous apprend rien.

Qu'attendez-vous de ce séjour hospitalier?

Du séjour hospitalier? Le plus tard possible. De pouvoir rester autonome avec une femme de ménage qui viendrait une fois par jour chez moi. Voilà ce que j'aimerais. J'aimerais vivre seule, à nouveau. Retourner où j'habite maintenant et avoir une femme de ménage pour mes commissions et les choses que je peux pas faire. Cela me suffit amplement.

Cela, c'est le type d'aide à laquelle vous pensez?

Oui, une aide ménagère qui en générale est très gentille.

De quel type d'information pensez-vous avoir besoin?

D'information? J'aimerais d'abord savoir si c'est possible d'avoir ça. Quel est le coût à ma charge. Parce que je suis sans ressources, personnellement. Il faut pas avoir peur de le dire.

Donc, c'est l'information par rapport à l'aide?

Qui me préoccupe le plus! Voilà la popote, je pourrai toujours continuer à le faire. Autrement, je ferai comme je faisais avant. Je faisais livrer les repas et comme ils sont très abondants, un repas me faisait deux jours facile. C'est pas la peine que je me remette à popoter parce que ça coûte beaucoup plus cher parfois.

Est-ce que vous avez des attentes particulières par rapport à votre séjour à l'hôpital?

Ne me parlez pas de séjour à l'hôpital. Je veux foutre le camp le plus vite possible. Non, non, moi ce qui me convient le mieux puisque je ne peux pas retourner maintenant dans mon appartement, qu'on me trouve, je sais pas moi? Comme toutes les personnes qui sont en communauté! Vous voyez? Ce genre d'endroit. Si je peux rester seule se serait mon bonheur. Mon bonheur c'est ça, être indépendante, je n'ai peur de rien. J'ai pas peur qu'on vienne me voler les quatre sous que je n'ai pas.

Là, nous arrivons à la fin. Est-ce qu'il y a des choses dont vous aimeriez encore parler autour de cet événement?

C'est surtout tout ce que je viens de vous dire. Moi, j'aimerais rester indépendante et c'est mon principal but. Trouver un logement ou je sais pas moi, une possibilité que même si je vais vivre dans un foyer et cela ne m'intéresse pas beaucoup. M'enfin, personne ne fait comme il veut. Si je veux sortir avec des amis, je peux sortir. J'ai eu une vie merveilleuse, je dois reconnaître ça.

Indépendance et liberté d'action ?.

Liberté d'action tout en étant dans l'obligation de me plier à un certain règlement. On verra bien!

Madame, je vous remercie beaucoup.

Fin de l'entretien

Début de l'entretien :

Dites-moi, Madame, pourquoi, à votre avis, vous êtes à l'hôpital?

J'ai eu un accident dans mon appartement où je suis restée quinze heures et demi sans être secourue. Je pouvais pas atteindre qui que ce soit parce que le téléphone était hors de ma portée et non seulement hors de ma portée, mais j'étais dans une telle situation que je ne pouvais même pas utiliser mes membres sauf pour crier au secours. Et personne ne m'a entendu parce que l'appartement était bien isolé. Les appartements de l'immeuble sont bien isolés. A tel point que même s'il y a quelqu'un dans l'appartement voisin, il ne pouvait pas entendre, parce-que c'est pour la paix du voisin, quoi!

J'ai appelé, je me suis tourné, parce que je suis tombée sur mon côté droit, entre deux meubles rembourrés, donc mon lit et un fauteuil aussi rembourrés et épais, lourd. Le lit surtout parce que c'est un lit, ... japonais-là. Bon, je vais m'en rappeler.

En tout cas c'est solide, lourd, bien rembourré et bas. Donc c'est au même niveau que le siège. J'étais coincée-là pendant quinze heures, même quinze heures et demi. Et j'ai crié même en plein milieu de la nuit parce que ça a commencé à 20h30 et ça a duré jusqu'à 15h00 du lendemain. Même vers minuit quand j'ai crié, personne ne m'a entendu. Vous êtes d'accord que si les gens sont à la maison, ils peuvent m'entendre, en plus en plein milieu de la semaine.

Alors donc, j'étais coincée comme ça entre deux meubles. C'est le lit Fouton, voilà! Sur le côté de l'appartement où se trouvent les vitres, donc de mon côté, j'ai tourné ma tête pour crier, pour que le verre de la vitre fasse une réverbération de ma voix pour que les gens puissent entendre. Personne n'a entendu. Je suis restée dans cette situation, j'ai blessée à la tête, le cuir chevelu plutôt. Parce que je tournais comme ça. J'avais le bas de mon corps sur le lit. Rappelez-vous que le lit est au même niveau que le fauteuil ! Donc, je me suis retrouvée avec le bas de mon corps au-dessus du lit et le haut en dessous et ma tête frottait la moquette. J'avais mon dos vers la vitre. Pour crier, il fallait tourner comme ça donc, cette partie était blessée. Je me suis rendu compte que j'étais blessée après.

Alors, je me suis dit "mon Dieu qu'est-ce qui va se passer, je vais mourir ou quoi? Qu'est-ce qui va se passer maintenant? Comment faire savoir à ma famille ce qui s'est passé? Quoi que savoir ce qui s'est passé n'est pas très utile si l'on est déjà mort, mais (rires) mais je me suis souvenue que le lendemain qui serait le 19 du mois, mon aide soignant viendrait m'aider à faire les achats et m'accompagner à la poste pour payer mes factures et recevoir quelque sous, quoi.

Et puis, je me suis dit que si de toutes façons si personne ne vient maintenant, il viendra. Et puis, je me suis dit que si j'ai laissé la clef à l'intérieur, il ne va pas pouvoir entrer mais j'ai déjà averti le Centre que s'il frappe à ma porte et que je ne réponds pas, ce ne serait pas normal. Il faut qu'ils appellent la police ou bien qu'ils cassent la porte. Que la police casse la porte !

Et je me suis dit; s'il oublie de prendre sa clef? Ou bien si j'ai laissé la clef à la porte?

Un tas d'idées venaient à ma tête et tout d'un coup, je me suis trouvée en train de dormir. Donc, j'ai dormi jusqu'à peu près 02h00 du matin. La TV parlait encore et je me suis dit que ce n'était pas encore le jour, donc avant l'arrivée de l'aide soignant il y aurait des heures. Qu'est-ce que je vais faire? Comment je vais faire pipi?, des idées comme ça. De toutes façons, il va arriver vers les 15h00. Au fait, il a téléphoné mais puisque je n'ai pas pu répondre, je ne pouvais pas savoir que c'était lui. Et puis si c'était une des aides soignantes les plus récentes, elle ne pourrait pas savoir si l'on a des clefs chez eux ou pas. Bon, voilà, un tas de questions.

Donc, il est arrivé, il a sonné, mais il savait aussi que chaque fois qu'il sonnait, et puis, il écoutait, il n'entend jamais rien de toutes façons parce que c'est bien insonorisé chez nous. Il tapait à la porte et tout et tout, mais il n'entendait rien.

Il a s'est dit que c'était pas normal, elle devrait être-là. On est censé aller chercher de l'argent. Pour que je lui donne l'argent pour aller faire les achats !

Bon, j'ai prié et puis quand j'ai entendu sa voix, j'ai crié au secours, au secours mais j'avais perdu ma voix. Elle est en train de revenir maintenant ma voix. Il n'a pas entendu ça, il m'a dit plus tard qu'il n'avait rien entendu. Quand il est rentré, il ne m'entendait toujours pas mais il ne me voyait pas. Il a encore regardé et il m'a vue.

Quand on est empêtré entre deux meubles ! Il m'a dit Mme.. quelle horreur! Ne bougez pas. Bouger pour aller où, je pouvais pas bouger pendant quinze heures et demi mais lui n'en savait rien. Il m'a dit; je ne vais pas toucher quoi que ce soit mais je vais juste déplacer un peu le lit. Le lit est immense, c'est un lit à deux places et demi. Il a juste poussé le lit et le fauteuil et j'ai senti mon corps se dégager.

Il a téléphoné à son infirmière chef du secteur. La dame a dit, ne touchez à rien, nous ne savons pas si elle s'est cassé quelque chose. La dame est venue et n'a rien touché non plus, car elle dit qu'elle ne sait pas si quelque chose est cassée. J'ai quand même pu dire bonjour sans pouvoir voir les personnes car moi, j'avais le visage contre le sol.

Elle a appelé SOS médecins qui sont venus tout de suite et là, les paroles, les mots m'ont soulagé. J'avais envie de dormir, tellement j'étais soulagée. Je ne voyais pas encore les personnes, j'entendais des voix. Le docteur me disait; je suis le docteur X., n'ayez pas peur, posez-nous des questions et tout et bon.

Entre-temps, il m'a fait une injection de morphine pour me calmer, détendre mon corps, je ne sais pas. Je me suis détendue et je me suis sentie sauvée. C'est affreux!

Enfin, c'est un soulagement mais l'expérience est terrible.

Oui d'après ce que j'en ressens quand vous me racontez cela, vous avez vécu ça très très difficilement.

Ah oui, allons bon. Donc, pendant quinze heures et demi j'ai pas bu ni mangé, ni fait pipi. Tous les besoins de l'homme quoi! J'ai rien pu faire. Ce que j'ai pu faire c'est prier. De dire à Dieu que j'étais entre ses mains.

Vous avez donc ressenti de peur, d'inquiétude?

Mais bien sûr, tout cela c'est de l'angoisse. Tout ce que j'ai ressenti-là c'est de l'angoisse. Quand j'ai repensé à ma mère, à ma famille et tout ça, c'est de l'angoisse!

Enfin, je n'ai pas pensé à eux comme du bonheur, oh là, là! Non, je me faisais du souci pour tout le monde en me disant que je vais disparaître sans les voir depuis quelques temps.

Et après, ils vous ont amené ici à l'hôpital?

Bon alors, j'ai quitté l'ambulance. Il y avait 3 messieurs ambulanciers, plus ce médecin de l'hôpital cantonal. Ils sont venus et ils ont pris des notes et puis les vêtements que j'avais n'étaient pas des vêtements pour dormir donc j'étais toujours en vêtement de jour. Je me préparais à voir le dernier de TV et hop! je suis tombée.

Comment est-ce que vous pensez que vous êtes tombée?

Ben, je me rappelle que c'est la douleur de la sciatique. Je souffre de sciatique, enfin, c'est le début d'une sciatique et j'ai commencé le traitement pour la sciatique. C'était pas quelque chose pour avoir peur tout le temps.

Quand je suis retournée pour m'asseoir sur la chaise avec l'assiette de poulet que j'allais manger, hop! Il y a cette douleur en plein sur la hanche gauche qui m'a carrément coincée. C'est comme un coup de massue mais aiguë. C'est comme une aiguille immense qu'on m'a planté dans ma cuisse gauche et puis, je suis tombée dans l'autre sens. J'ai toujours tendance à tomber dans le sens où il y a moins de danger.

La première fois quand je suis tombée dans la salle de bains, je savais qu'il y avait un tas de choses, l'évier par exemple. La baignoire et tout ça était de ce côté et en quelque sorte, je tombe toujours dans le sens opposé. C'est pourquoi je ne me suis pas cogné la tête contre, là où il y a des choses parce que chez moi, il y a un tas de boîtes en plastique, comme ça. Comme cette bouteille d'eau en couleur, qu'on achète à la Migros et avec les livres en couleurs, c'est très joli m'enfin! C'est pour stocker mes affaires. Je me suis toujours dit qu'il ne fallait pas tomber là-dessus parce que ça doit certainement couper mais je n'irais pas essayer (rires). De toutes façons, je ne veux pas me blesser ni abîmer mes livres, c'est dans ce sens-là. Enfin, je suis tombée dans le sens opposé et je me suis retrouvé entre deux meubles lourds, lourds, un Futon et un fauteuil Relax, voilà!

Alors, on m'a aidé à rentrer dans l'ambulance et on m'a déposé à l'HUG pour la section des urgences. Arrivée là-bas, on m'a pas offert de boire de l'eau. J'ai dit que j'aimerais boire, on m'a dit tout de suite mais je n'ai pas bu jusqu'à presque très tard ce soir-là mais ils faisaient leur travail parce qu'il paraît que j'ai perdu beaucoup de Potassium. Les fonctions du corps s'étaient arrêtées. Mes reins prenaient tout le travail sur eux mêmes. Alors, il faisait tout pour empêcher que je perde d'avantage de ces fonctions-là. La preuve, c'est que je ne pouvais même plus marcher. Pour me faire la première radio, parce qu'ils ont remarqué que je pouvais plus bouger. Il fallait faire la première radio, mais je pouvais pas bouger. Quand on m'a demandé si je pouvais me lever pour vous tenir debout devant cette plaque, c'était impossible, je ne pouvais pas.

Donc voilà à peu près pourquoi je suis là. Bon, quand j'avais terminé avec l'HUG, ça veut dire après cinq jours, on m'a acheminé vers l'hôpital du Beau-Séjour.

J'ai eu des perfusions au Cantonal tous les jours, pendant ces cinq jours. Donc, ça fait 19, twenty, twenty-one, two, three, four, twenty-six. C'est plus que cinq jours. Qu'est-ce que je dis? (rires)

Aujourd'hui, on est le 29

Ouais, mais quand je suis arrivée là-bas c'était toujours le 19 et quand j'ai quitté le Cantonal c'était le 26 ?, ce n'était pas après seulement cinq jours, c'était plus que ça, le temps passe tellement que, oui. Parce que j'étais attachée à la perfusion. La main droite était cassée. Enfin, tout ce côté était inutilisable. Oui, le côté droit et aussi le côté gauche parce qu'il y avait toutes les veines qui étaient attachées aux cordes qui me donnaient la nourriture. La perfusion!

Donc, je ne pouvais bouger. Si je me tenais au lit pour dormir c'est impossible. Tout ce que je pouvais faire c'est de rester sur le dos. Alors, j'ai dit, bon, pour uriner, ils ont fait une sonde. Je ne sais pas si vous savez ce que c'est qu'une sonde, mais vous êtes dans le milieu hospitalier donc vous devez le savoir. Voilà, et puis, j'ai atterri ici.

Est-ce que c'est la première fois que vous vous retrouvez par terre, ou que vous tombez ?

Sans pouvoir me lever? Non, la première fois c'est quand je suis tombée dans ma baignoire. Enfin, c'était même pas tomber parce que je me suis levée. Ben voilà.

Donc, non c'est la deuxième fois que j'ai une grande chute, mais c'est la première fois que j'ai pas pu me lever.

Quand vous vous êtes trouvée par terre ou bien dans la baignoire, vous avez pu vous relever?

Quand je me suis trouvée dans la baignoire, j'ai pu me relever. Alors la deuxième chute là entre les deux meubles, j'ai pas pu me relever parce que j'étais coincée, enfin, je ne sais pas si je pouvais me lever, j'ai pas essayé de voir si j'étais coincée ou pas. Je voulais me lever dans le sens que j'ai trouvé mais je ne savais pas ce qu'il se passait. Je croyais que mon bras était derrière. C'était bizarre, c'est une situation très bizarre, vraiment!

Des situations plus légères, est-ce que vous avez déjà eu? Comme je vous dis, de vous retrouver par terre en dehors de la baignoire, que ce soit chez vous ou ailleurs ?

Ah oui! Bon, une fois je me suis, bon entre la première chute et la deuxième. Ce que j'appelle la deuxième parce que l'autre pour moi n'était pas une.

C'était derrière ma porte. J'ai eu un déséquilibre et je suis tombée sur mes fesses. Je me suis trouvée assise parce que j'ai pas ressenti la chute et j'ai dit; Oh, oh! Je me suis dit; oh, oh! Ce qui veut dire, encore? Est-ce que je vais tomber encore?

Je me suis levée, il s'est rien passé. J'ai téléphoné à ma fille chez nous pour lui dire, ça y est, je suis tombée de nouveau. Heureusement, elle était en voyage et puis elle est arrivée par-là et elle est venue me voir.

Donc, il y aurait quand même des événements qui seraient différents pour vous. Ce qui vous amène ici c'est une chute mais il y a des moments où vous vous êtes retrouvée par terre ?

Par-terre c'est beaucoup dire parce que je me suis effectivement trouvée sur un tas de bouquins, un tas (rires). C'est à dire que je me suis dit; attention vous allez déchirer tous ces choses. C'est pourquoi, je me suis dit; oh, oh! Qu'est-ce qu'il se passe ? Si je vous dis par-terre ça comporte aussi ça, oui. J'étais derrière la porte, la porte fermée. Je ne peux pas vous dire ce qui s'est passé, les livres ont glissé, je ne peux pas vous dire. Je me suis trouvée assise-là.

En dehors de chez vous, avez-vous des souvenirs d'autres occasions où vous vous trouvez dans une position de votre corps sans le vouloir ?

Voyons, en dehors de chez moi ? Non, non, à part la baignoire-là qui m'a fait peur parce que je me suis dit oh la la, qu'est-ce qui se passe si je ne sortais pas, qui allait me trouver?

Cette histoire de baignoire vous a fait , aussi peur?

Oui, parce que je me suis rappelé un chien, chez moi, qui était tombé dans la rivière. Il y a une rivière derrière notre maison alors je sais pas ce qu'il cherchait alors je lui ai demandé "qu'est-ce que tu fais là" il cherchait à sortir mais il pouvait pas parce que le courant de la rivière était fort. Je me suis dit qu'il fallait que je fasse quelque chose. J'ai pris un bâton que je lui ai tendu et puis il l'a attrapé. Avec beaucoup de griffes. C'est marrant qu'il ait pu tenir.

Vous l'avez sauvé-là?

Oui, mais à l'époque, je me disais "la prochaine fois, il faut plus venir ici" c'est certainement moi qu'il cherchait pour venir là-bas.

Et vous avez eu cette image quand vous étiez dans la baignoire ?

Oui, quand je suis tombée dans la baignoire, je me suis dit que Bob avait quelqu'un pour le sauver mais moi la baignoire est lisse. J'ai pensé en moi quelque chose qui me ressemble quand j'ai sauvé Bob. Alors, j'ai attendu que la baignoire sèche, que mon corps sèche. Ça a pris une demi-heure et puis le linge éponge était loin. Je pouvais pas me mettre le linge. J'ai commencé à penser à quelles sont les précautions que l'on prend pour être en bonne position, en sécurité.

PAUSE

Nous reprenons. Qu'est-ce qui pour vous serait à l'origine de cette chute?

L'origine c'est ce qui serait la cause ou quoi? . Oui.

Comme cela s'est produit pour la baignoire se serait de l'inattention. Au lieu de fixer mon attention à prendre mon bain, terminer et sortir, j'ai pensé à autre chose à laquelle il ne fallait pas penser, mais j'ai pas retenu ce que j'ai pensé. Je n'ai pas retenu l'objet de ma pensée à ce moment-là.

Et pour les autres moments?

Ben, pour la chute contre les bouquins, les journaux. Vous savez les magazines derrière ma porte, la cause de déséquilibre qui m'a fait tomber là-dessus, je vous assure que je ne sais pas. La cause, je ne la sais pas. C'est quand même tout près de la porte mais je cherchais pas à m'asseoir là-dessus. Je ne sais pas.

Tandis que la troisième fois, la chute entre les deux meubles, je crois que c'est la sciatique qui m'a foudroyée. Ça m'a fait mal. C'était très douloureux. C'est passé avec une telle vitesse que, j'ai versé dans l'autre sens.

Il peut y avoir des causes différentes?

Oui!, oui, enfin je crois !

Est-ce que vous pensez que le fait de prendre des médicaments puisse influencer sur les chutes?

Si on savait la cause, peut-être. Si on sait pas la cause?. Si je vous dis que c'est à cause de la sciatique et que c'est la douleur de la sciatique, vous pouvez me donner des médicaments pour

stopper la douleur de la sciatique et peut-être stopper l'arrivée de la sciatique qui me fait chuter, mais si je suis pas sûre que c'est la sciatique?

Mais est-ce que le fait de prendre des médicaments peut faciliter les chutes?

Le médicament qui cause, par exemple, je prenais le médicament pour l'hypertension, des minuscules doses, deux petites pilules tous les matins. Je prenais ça parce que j'ai de l'hypertension, très irrégulière et tout, bon. Le docteur a dit que c'était le minimum de dose qu'on pouvait me donner.

Moi, j'aime déjà pas prendre des médicaments. Et puis c'est pas bon, le goût n'est pas sucré (rire). Mais, éventuellement parce que dans la littérature, il est indiqué qu'il ne faut pas manipuler les machines de précision ou prendre le volant, etc. ; parce qu'il risque d'y avoir un manque de concentration et des choses comme ça. C'est bien indiqué dans la littérature. Bon, à ce moment-là, je dirais que peut-être si l'on en abuse.

Je ne vois pas comment on pourrait abuser de ce médicament puisqu'il est dit que ce n'est pas la quantité qui compte. Donc, je ne sais pas.
En tous cas, les médicaments que j'ai pris jusque là ne me feraient pas chavirer dans le vide.

Est-ce que les chaussures peuvent avoir une influence sur les chutes?

Oui. Si on porte des chaussures vraiment non - dérapantes, des semelles, ce serait une bonne chose. Ce serait déjà la moitié de la chute évitée. Je le pense sérieusement. D'ailleurs, c'est pourquoi j'ai donné mes chaussures à ceux qui veulent mes chaussures et je cherche depuis ce temps là, les chaussures à semelle antidérapante mais qui réussirait à faire joli (rires). Parce-que j'ai l'impression qu'ils font des chaussures à semelles non-dérapantes pour les enfants et puis pour les adultes, ils les font d'importe quelle forme. C'est incroyable, on ne pense pas aux petits pieds comme les nôtres.

Enfin, je pense qu'avec des semelles anti dérapantes c'est utile. Avec des chaussures confortables et moelleuses sur la peau, on ne penserait jamais à tomber.

Est-ce que vous pensez que des maladies peuvent influencer les chutes?

Mes amies qui ont la migraine, des maux de tête et des choses comme ça me disent que ça leur tourne la tête. C'est à dire que les objets tournent et elles sont obligées de se reposer et une d'elles par exemple ne peut pas sortir parce qu'elle ne peut pas voir clairement. C'est difficile pour elle parce qu'elle aime sortir.

Là, dans le même sens, est-ce que l'équilibre ou le déséquilibre peuvent influencer sur les chutes ?

Ah, oui! Surtout si on ne sait pas quelle partie du corps est déséquilibrée. Il se peut que se soient les pieds. Qu'on a mis le mauvais pied devant le bon pied, je ne sais pas!

Est-ce que vous pensez que la vue/ l'ouï peut influencer les chutes?

Oui! Oui. Une mauvaise vue, certainement! Si on ne voit pas clairement, il serait difficile de tenir l'équilibre, d'abord. Et puis si on a pas le bon sens de l'odorat, par exemple. On peut sentir comme si cela venait d'une autre direction ou tout près. De petites choses comme ça peuvent désorienter la personne.

Quelque chose de très bizarre: hier soir, par exemple, j'étais en train de m'endormir, il y a tellement de bruit dans l'hôpital, ok. Et j'ai pensé que ce bruit venait d'une certaine direction et ça m'a réveillé. Mais ça ne m'a pas réveillé forcément à cause du bruit parce que ça fait maintenant un mois que j'entends ces bruits mais à cause de l'odeur. Et puis, un flash m'est venu à l'esprit qui me disait que ça ressemblait à une odeur de cigarette. Et tout de suite un autre flash est venu qui disait sur le mur des WC que les personnes ne devraient pas fumer dans les WC, etc.

Et alors?

Je me suis dit que c'était quelqu'un qui fumait dans les WC parce que c'est pas loin de notre chambre, notre fenêtre était ouverte, la porte était ouverte et cette odeur-là. Il y avait un courant d'air qui passait par-là. Donc, il suffit d'une toute petite chose pour conclure.

Nous avons aussi parlé de chez vous : votre lit, le fauteuil etc. Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses dans l'environnement physique comme des point d'appui, la lumière etc., qui peuvent influencer les chutes?

Oh, oui! Les choses, par exemple, qu'on peut poser sur le chemin de la personne qui marche, peuvent le déséquilibrer ou faciliter son équilibre, son déplacement.

Par exemple, si la personne est en train de grimper l'escalier et avait l'habitude d'avoir un tapis bien encre entre deux marches et que tout d'un coup, il appui là-dessus et il n'y a plus de tapis parce quelqu'un l'a arraché, les agrafes pour sécuriser le tapis. Des choses comme ça, des choses qu'on s'attendait pas à voir changé et cela va le déséquilibrer. Il va tout simplement ramasser le tapis et partir avec.

Un mauvais placement de la lumière pendant la nuit sur cet escalier-là ou bien sur l'éclairage d'un coin, quoi!. Le bruit déséquilibre tout aussi bien que les objets.

Est-ce que vous pensez que le fait d'avoir une urgence pour aller aux toilettes peut influencer les chutes?

Oui, parce que j'ai vu. Bon, c'est la première fois que je reste dans un hôpital en état de maladie où j'ai pu voir des gens soi-disant malades.

Bon, la première fois j'étais pas malade, je suis allé pour avoir mon bébé, j'étais pas malade. Donc, si j'avais envie d'aller aux toilettes, je prenais mon temps et j'allais aux toilettes. Tandis que quand la personne est malade. J'ai vu plusieurs fois des gens qui voulaient absolument y aller, qui ne pouvaient pas aller et qui se sont retrouvés vraiment dans une situation.

Ils sont tombés, quoi! Mais parce qu'ils n'ont pas pu se diriger vers l'objet de leur désir, enfin d'aller aux toilettes. Faire pipi, par exemple, c'est une situation vraiment affreuse. Quand je vois ça, je me dis; c'est pas possible! Est-ce qu'on doit faire une toilette pour 3 personnes ? Vous voyez donc, les questions comme ça me viennent à l'esprit.

Qu'est-ce que vous attendez de ce séjour hospitalier?

D'être guérie. Non seulement ça, d'être guérie, bon d'accord mais aussi pour trouver.

Vous allez rire parce qu'à l'hôpital cantonal, je disais à mes camarades de chambre "combien d'entre vous seriez d'accord, quand je deviendrais milliardaire de m'aider à trouver la réponse, la cause du pourquoi les gens tombent malades? Pourquoi il est nécessaire d'accepter la maladie?.

Personne ne voulait me répondre alors j'ai dit, OK. Disons, pourquoi est-ce qu'il faut avoir un accident? Parce que l'accident que j'ai eu. Pourquoi ne pas faire quelque chose pour l'éviter? Ah, mais on peut pas! Mais je vous demande pas si on peut. Si quelqu'un venait aujourd'hui et disait; il est interdit d'avoir un accident. Si vous avez un accident c'est pas normal etc. vous accepteriez? Ah, non alors!, elles disent, c'est normal d'avoir un accident de temps en temps.

Donc, la réponse est complètement contraire. Bon, donc. Je ne sais pas. Je ne sais pas. Franchement, ce sont des questions qui en ce qui me concerne, j'ai dit à toute personne qui voulait le savoir, je ne veux plus la maladie nulle part après cette histoire. Au fait, plus je reste à l'hôpital Beau-Séjour ou ailleurs plus je suis convaincue que je n'accepterai jamais la maladie et que chaque personne qui lutte et qui fait des recherches à ce sujet, je lui donnerai toute ma coopération pour éviter la maladie. Mais alors, qu'est-ce que feraient les médecins, on dit ? J'ai dit; ce n'est pas votre affaire. Le médecin a fait ses études sans vous consulter, c'est vrai! Parce que lui cherchait la même réponse que vous mais en faisant le plus difficile. Nous, on est des paresseux. C'est vrai, on pas fait les études mais on aime pas souffrir !

Quelles ont été les répercussions de ces chutes dans votre quotidien?

Pour moi c'est de ne pas avoir peur parce que, la première réaction que j'ai eue est d'avoir peur et puis ce que j'appelle ma deuxième chute, la grande qui m'a envoyé à l'hôpital, c'est de ne plus avoir peur.

Par exemple, si je sais que j'ai soif, mon but serait d'avoir de l'eau à boire, peut-être! Qui sait? Si au lieu d'avoir peur, j'avais soif et il n'y aura pas d'eau, j'irai demander de l'eau (rires). La répercussion c'est de changer d'attitude!

Donc c'est des conséquences?

Oui, ça m'a rendue beaucoup plus attentive à ce que je veux. Ce que je veux c'est pas d'avoir peur. Ce que je veux c'est de guérir de la situation. Guérir de la situation ne veut pas dire qu'il faut que j'aie peur. Si j'ai peur, je vais perdre tous mes moyens. Tous mes moyens seront perdus.

Est-il y a d'autres conséquences de ces chutes?

La conséquence c'est que j'aimerais pas perdre le confort de chez moi, jamais plus. En fait, les conséquences c'est que je suis plus... je pense à ce que j'ai dit à mon aide soignante, qu'auparavant, je n'étais pas très sympathique vis à vis des gens malades. Je disais "bon ils sont malades et après?" Je ne suis pas cruelle vis à vis des gens malades mais j'étais pas outre mesure désolée, non. Je me disais "oh! c'est dommage, j'irai les voir éventuellement à l'hôpital mais c'est tout.

Mais maintenant, et ce n'est pas parce que j'ai été à l'hôpital, non. C'est parce qu'on a pas assez étudié la question de maladie. La question de savoir pourquoi on a des accidents? Pourquoi est-ce qu'on tombe malades et quel est le geste premier qu'il faut faire quand on tombe malade? Est-ce qu'il ne vaut pas mieux étudier en école primaire autre chose que l'arithmétique maths, je ne sais pas!, Je ne sais pas! Qu'est-ce qu'il faut étudier en premier ?

Non, c'est vraiment bouleversant, complètement dans mes idées de croyances et tout ça. Les choses que les gens disaient, enfin, j'ai plutôt tendance à penser à ma mère. Ma mère qui n'a jamais fait l'université hein! est beaucoup plus humaine, beaucoup plus soignante, beaucoup plus soignée, beaucoup plus compatissante que les soi-disant gens qui sont formés dans la compassion etc.

De quel genre d'aide pensez-vous avoir besoin?

Maintenant, à l'avenir ou quand ?. Je crois que si l'on comprenait ce que c'est que l'amitié. Vraiment amitié, j'ai pas encore trouvé ce que c'est que l'amitié dans la vie. Beaucoup de gens pensent que l'amitié veut dire; vous envahissez la personne jusqu'à ce qu'elle vous demande de partir et je vous dis franchement.

Et le respect. Parce que si un médecin ne respecte pas son malade, franchement! Il n'a pas intérêt à être là. Le respect de l'être humain, parce que j'ai aussi vu..., même dans mon cas, il y avait un aide-soignant. Je ne sais pas s'il était devenu infirmier par la suite à l'hôpital cantonal. Ils étaient deux, une dame et un homme. Ils venaient pour me donner un bain par exemple et j'ai horreur qu'on me donne un bain. Bon, ça fait rien et j'ai demandé « il y a rien d'autre à faire, vous savez, si vous m'enlevez toutes ces choses, je peux prendre mon bain ».

La perfusion?

Au moins une dizaine de tubes. Ils ne s'occupent pas des tubes. Si vous enlevez tout ça et empaquetez correctement, je peux me donner un bain là où il faut. Non, on est pas autorisé à faire ça. Et puis, qu'est-ce qu'ils font, ils vous manipulent. Ils m'ont manipulé comme. J'avais tous mes os complètement en place. Et je disais, vous ne savez pas que j'ai des os cassés, c'est un être humain que vous traitez comme ça.

C'est le monsieur qui avait dit; Mme A., il faut qu'on se dépêche et j'ai demandé de ne plus me laver ou j'en parlerai à mon médecin et on verra bien, je me laverai moi même. Vous n'allez pas perdre votre travail mais là, vous êtes en train de me blesser, je suis sûre que ça saigne à l'intérieur et effectivement ça a beaucoup saigné. C'est Beau-Séjour qui a fait le nettoyage après.

Donc, j'ai dit à ce monsieur, si vous êtes respectueux de votre travail c'est que vous êtes respectueux de la personne pour qui vous faites ce travail. Ici c'est votre malade. Il doit tout à vos soins mais si vous êtes là pour lui dire qu'il faut finir vite. Il va pas guérir vite. Vous risquez-même de faire des erreurs.

C'est comme si j'avais prédit quelque chose. Il disait à l'autre. Bon, je ne sais pas si c'est lui qui commandait. En tout cas, le travail était mal fait, j'avais du savon partout. Mais ça fait rien. Je ne mourrai pas de savon. Ils sont partis et avec le peu de doigts que j'avais encore, j'ai trempé une serviette et j'ai commencé à essuyer des coins.

Ce pauvre Monsieur a eu sa juste récompense. A peine une heure après, il y avait une dame qui était, elle disait avoir une constipation et on lui a dit de boire une certaine quantité d'eau pour lui faire un lavement. Elle était contente mais ça ne lui convenait pas. Alors il l'a traité exactement de la même façon. Il fallait qu'elle boive cette eau et vite, vite, vite. Il fallait entendre sa voix., mon Dieu !. La pauvre femme qui est toute petite mignonne et tout. J'ai regardé et j'ai dit; mon Dieu! je ne dis pas qu'il faut punir cet homme mais vous ne pouvez pas laisser passer ça. Ça m'a tellement touchée que, si j'étais Dieu, je ne ferais rien, peut-être. En tout cas, il a eu sa juste récompense non seulement de cette dame mais de toutes les femmes de la pièce. Elles avaient toujours quelque chose, et pas seulement la diarrhée !.

Cette fois, cette femme, elle était tellement nerveuse qu'elle a fait tout son truc par-terre. Elle a vomi et elle a fait tout ce qu'il fallait pas faire pour plaire à cet homme et comme par hasard c'était toujours lui qui était tout près.

De quel type d'information pensez-vous avoir besoin?

Désormais, d'information qui parlerait, ouvrez les guimets, comment rester en bonne santé. Je ne veux pas dire comment éviter la maladie mais comment rester en bonne santé ! Voilà !

Très bien

Merci !

Nous arrivons à terme de notre entretien, est-ce que nous aurions oublié quelque chose concernant les chutes, les conséquences ?

Oui, oui. Ça c'est mon opinion personnelle, je pense que la plupart du temps le personnel qui s'occupe des soins, pas les docteurs ou les sages-femmes. La personne qui doit exécuter le dernier bout, ne sont pas en communication du tout.

Je vois ça à l'hôpital cantonal et j'ai vu la même chose ici. Ou bien, ils ne comprennent pas le français ou bien le langage n'est pas à leur niveau ou bien ils parlent trop vite ou bien... je ne sais pas, c'est la personne exécutante qui doit dire si elle comprend ou pas. Parce que j'entends les mêmes choses ailleurs.

On donne une instruction ou bien on dit quelque chose et la réaction des gens qui l'entendent et exécutent est complètement décalée. Je me dis, bon puisque c'est ce qu'ils comprennent mais seulement un jour quelqu'un va tomber malade, vraiment.

Avez-vous eu l'occasion de faire une formation et une activité professionnelle ?

J'ai fait des études universitaires mais c'est seulement après le travail que j'ai fait les études universitaires.

Quelle était votre activité?

D'abord, j'ai été réalisateur de radio. Je produisais des émissions radiophoniques pour hommes, femmes et enfants, ce qui veut dire tout le monde !. Après cinq ans, j'ai obtenu une bourse pour aller faire des études de journalisme aux XX. Donc je crois que vous pouvez dire que la recherche d'information est mon idée primordiale.

Après ça, de nouveau là-bas, j'ai passé 4 ans et demi à faire ce qu'ils appellent Annonce degree program. En journalisme quand vous obtenez ce diplôme-là, ce niveau-là, vous n'avez pas besoin de faire les Masters. Donc, j'ai dit que je ne voulais pas faire le doctorat non-plus.

Après avez-vous pu travailler comme journaliste?

Non, parce que. Je voulais, on m'avait offert plusieurs choses aux USA et au X. Quelque chose me disait de ne pas les accepter. Alors, je suis venue en Suisse parce que j'ai obtenu une bourse et j'ai décidé de faire linguistique pour pouvoir participer à l'écriture des dictionnaires. Arrivée ici, je n'ai pas pu continuer parce que le chef du département de linguistique était très malade. Il est décédé très peu de temps après donc, je me suis lancée dans la grammaire des langues. Cela m'a donné l'occasion d'apprendre le vieux français, le français moyen et l'anglais du moyen âge et ancien.

Remerciements et fin de l'entretien.

1. Discours spontané

1.1. Motifs d'hospitalisation¹⁶

- 1.1.1. Accident, chute sans fracture
- 1.1.2. Accident, chute avec fracture
- 1.1.3. Maladie (énumérer les maladies citées)
- 1.1.4. Malaise (énumérer les malaise citées)
- 1.1.5. Motifs psycho – sociaux (vivre seul, décision des autres, médecin, famille, voisins, ...)
- 1.1.6. Autres
- 1.1.7. Ne sait pas

1.2. Représentations de la ou des chutes précédant l'hospitalisation

1.2.1. Première chute : en fait la dernière qui les a conduit à l'hôpital

- 1.2.1.1. C'est ma faute
- 1.2.1.2. C'est pas ma faute
- 1.2.1.3. Attribuée à une maladie (lister les maladies citées : ostéoporose, celles où on ne peut pas marcher)
- 1.2.1.4. Attribuée à un accident
- 1.2.1.5. Attribuée à des raisons psychologiques (peurs sauf peur de tomber, soucis, retard, précipitation, insouciance, inconscience,...)
- 1.2.1.6. Attribuée à la peur de tomber ou de retomber
- 1.2.1.7. Attribuée à des changements/état cognitifs (la tête)
- 1.2.1.8. Attribuée à un ou des médicaments (lister les médicaments cités : les tranquillisants, ceux qui vous endorment)
- 1.2.1.9. Attribuée à un objet de l'environnement (tapis, bus, chaussures, lumière, eau, glace, feuilles mouillées, algues,...)
- 1.2.1.10. Autres
- 1.2.1.11. Ne sait pas (perte de connaissance, perte de mémoire, ne comprend pas)
- 1.2.1.12. Attribué à une perte d'équilibre
- 1.2.1.13. Attribué au fait d'être seul/ de vivre seul
- 1.2.1.14. Attribué à l'âge

1.2.2. Chutes répétées : en fait chutes précédentes la dernière chute que les a amenée à l'hôpital

- 1.2.2.1. C'est ma faute
- 1.2.2.2. C'est pas ma faute
- 1.2.2.3. Attribuée à une maladie (lister les maladies citées : ostéoporose, celles où on ne peut pas marcher)
- 1.2.2.4. Attribuée à un accident
- 1.2.2.5. Attribuée à des raisons psychologiques (peurs sauf peur de tomber, soucis, retard, précipitation, insouciance, inconscience,...)
- 1.2.2.6. Attribuée à la peur de tomber ou de retomber
- 1.2.2.7. Attribuée à des changements/état cognitif (la tête)
- 1.2.2.8. Attribuée à un ou des médicaments (lister les médicaments cités : les tranquillisants, ceux qui vous endorment)
- 1.2.2.9. Attribuée à un objet de l'environnement (tapis, bus, chaussures, lumière, eau, glace, feuilles mouillées, algues,...)
- 1.2.2.10. Autres
- 1.2.2.11. Ne sait pas (perte de connaissance, perte de mémoire, ne comprend pas)
- 1.2.2.12. Attribué à une perte d'équilibre
- 1.2.2.13. Attribué au fait d'être seul/ de vivre seul
- 1.2.2.14. Attribuée à l'âge

¹⁶ Il y a parfois deux types de réponses : d'une part une chute par exemple mais le fait d'être hospitalisé est la décision d'un tiers et non de la personne chuteuse

1.2.3. Lieu de la ou des chutes

- 1.2.3.1. A son domicile¹⁷
- 1.2.3.2. Au domicile de quelqu'un d'autre
- 1.2.3.3. Dans un lieu public (sauf l'hôpital, couloir ou escalier de l'immeuble ?)
- 1.2.3.4. A l'hôpital
- 1.2.3.5. Dans la rue, en ville
- 1.2.3.6. Dans la nature (montagne, mer, ...)
- 1.2.3.7. Autres

1.2.4. Parties du corps incriminées

- 1.2.4.1. Tête (cerveau, problèmes d'équilibre, de coordination, tremblements,...)
- 1.2.4.2. Tête¹⁸ (au sens « c'est ma tête qui me fait fonctionner comme cela)
- 1.2.4.3. Yeux (problèmes de vue)
- 1.2.4.4. Cœur (problèmes cardiaques, attaques, tensions, ...)
- 1.2.4.5. Jambes (arthrose, opérations,)
- 1.2.4.6. Pieds (arthrose, opérations,)
- 1.2.4.7. Dos (maux de dos, vertèbres tassées, lumbagos, sciatiques, ...)
- 1.2.4.8. Mains (poignets, doigts, ...)
- 1.2.4.9. Le corps en entier car vieux, vieillesse, faiblesse générale, fatigue, douleurs partout
- 1.2.4.10. Autres

1.3. Comportements de prise de risques¹⁹ (les patients sont multichuteurs à l'exception d'un)²⁰

- 1.3.1. Ne pas faire attention, se précipiter, se dépêcher, s'énerver
- 1.3.2. ²¹Avoir peur, être angoissé, triste, SAUF PEUR DE RE-TOMBER
- 1.3.3. ²²Avoir peur de re -tomber
- 1.3.4. Sortir seul
- 1.3.5. Sortir à certaines saisons (en hiver, quand il pleut, quand il y a des feuilles par terre)
- 1.3.6. Sortir des chemins tracés (dans la nature)
- 1.3.7. Ne pas aller marcher souvent
- 1.3.8. Prendre le bus/transports
- 1.3.9. Escaliers, échelles, grimper sur des meubles, (les utiliser)
- 1.3.10. Lunettes (Varilux, ...)
- 1.3.11. Avoir des tapis
- 1.3.12. Ne pas porter son bracelet d'alarme
- 1.3.13. Ne pas prendre sa ou ses cannes, un déambulateur, un tricycle
- 1.3.14. Ne pas se tenir aux rampes, ne pas placer des meubles pour pouvoir toujours se cramponner
- 1.3.15. Courir aux WC (incontinence, ne pas avoir une chaise percée à côté du lit ...)
- 1.3.16. Avoir un mauvais éclairage
- 1.3.17. Porter de mauvaises chaussures (à talons, qui glissent, ...)
- 1.3.18. Porter un sac, un caddie
- 1.3.19. Oublier qu'on est vieux
- 1.3.20. Ne pas demander de l'aide

¹⁷ Le domicile inclut-il aussi les escaliers, les couloirs de l'immeuble ou ce sont des lieux publics ?

¹⁸ Pas dans le sens organique ou d'un comportement ou émotion précise, mais bien « c'est moi, je pense comme cela, j'oublie ce qui est désagréable, c'est dans ma tête, ...) C'est bien une partie de leur corps incriminée.

¹⁹ Il peut s'agir de comportements rattachés à la dernière chute qui sont différents ou pas des autres chutes, il peut s'agir des comportements possibles mais qui ne les concernent pas, il peut s'agir des comportements possibles chez les autres

²⁰ certaines catégories sont tantôt évoquées comme risque mais aussi comme protection (médicaments, avoir peur car je dois faire maintenant attention, être hospitalisé, aller marcher/rester chez soi,...)

²¹ la distinction entre aspects psychologiques comportementaux et aspects psychologiques émotionnels ne me semble pas banal car on peut se précipiter sans avoir peur ou être angoissé pour autant, par contre le manque de confiance en soi est beaucoup plus paralysants et induit des comportements de repli qui sont aussi considérés parfois comme à risque.

²² Distinction comme pour les attribution et important de distinguer car hypothèses différentes selon autres études

- 1.3.21. Trop compter sur soi, ne pas penser que cela peut ou pouvait m'arriver
- 1.3.22. Ne pas contrôler son corps/son physique
- 1.3.23. Prendre des médicaments, de l'alcool
- 1.3.24. Autres (lister : aider un tiers)

1.4. Changements/ conséquences de la ou des chutes²³ Restrictions de la vie sociale²⁴

- 1.4.1. Sentiment que c'est quelque chose de grave
- 1.4.2. Sentiment que c'est banal/pas grave
- 1.4.3. Arrive à se relever seul
- 1.4.4. Sans conséquence (continue à vivre comme avant)
- 1.4.5. Avec conséquences faire appel aux aides externes (, faire appel à quelqu'un, se faire livrer à domicile, ...)
- 1.4.6. Avec conséquences (consultations médicales, ambulance, hospitalisation,...)
- 1.4.7. Avec conséquences physiques (n'arrive plus à bouger/ douleurs/fractures, lésions mobilité réduite ,...)
- 1.4.8. Avec conséquences psychologiques , peurs de retomber
- 1.4.9. Avec conséquences psychologiques (« aspects émotionnels : peurs, peurs de mourir, tristesse, perte de confiance en soi, sentiments/pensées négatifs, changement de leur image corporelle, changement d'un état émotionnel, méfiance, changement de l'image de l'autonomie, peur de devenir dépendant, inquiétudes pour futur, dépression, épuisement, état de tension, culpabilité, révolte)
- 1.4.10. ²⁵Avec conséquences psychologiques (aspects comportementaux : être isolé, diminuer les trajets, les sorties, , ne plus faire un certain nombre de choses chez soi (cuisine, toilette, s'habiller, faire le ménage, Ne plus soulever ou porter des personnes (conjoint) ou des choses lourdes (courses), ne plus vivre seul, perdre le contrôle de sa vie)
- 1.4.11. Avec conséquences sociales (être re hospitalisé, changer de lieu de vie, perte de l'estime des autres, , devoir utiliser un moyen auxiliaire, , aller en maison de retraite, ne plus sortir seul, perdre son indépendance, ..)
- 1.4.12. Autres

1.5. Comportements/ attitudes de protection/prévention²⁶

- 1.5.1. rien
- 1.5.2. ne sait pas
- 1.5.3. être informé (que l'on peut faire quelque chose)
- 1.5.4. Apprendre/changer physiquement (augmenter l'activité physique, savoir tomber, savoir se relever)
- 1.5.5. Apprendre/changer physiquement (rester chez soi, rester tranquille, pas bouger,
- 1.5.6. Apprendre/changer psychologiquement : aspects comportementaux (apprendre à évaluer les risques, réfléchir avant de faire quelque chose, anticiper les obstacles, prendre son temps/ ne pas se précipiter et
- 1.5.7. Apprendre/changer psychologiquement :aspects émotionnels (garder confiance en soi, savoir se calmer/ relaxer, apprendre à vivre avec les peurs , stress, penser que l'on peut tomber/ prise de conscience du risque de chute, être attentive/faire attention, voir chez les autres et apprendre
- 1.5.8. Apprendre/changer socialement (rester chez soi, aller dans un EMS, aller à l'hôpital,...)
- 1.5.9. Accepter/ ne pas oublier qu'on est vieux
- 1.5.10. Apprendre/changer/ économiquement (aide financière, être couvert par l'assurance pour une aide à la maison
- 1.5.11. Apprendre/tenir compte de l'environnement externe se sentir plus en sécurité dans la ville et dans les transports

²³ idem note 4

²⁴ la dernière chute (entraînant l'hospitalisation est vécue très différemment des autres qui n'ont pas eu pour conséquence directe ou indirecte l'hôpital, sentiment d'autant plus fort si l'hospitalisation a été décidée par un tiers. En général, dans cette dernière chute, ils n'ont pas pu se relever, et ont été relevé, trouvé par la « mauvaise ou bonne personne que les a fait hospitaliser. Cette dernière est comme un échec des stratégies qui fonctionnait auparavant.

²⁵ Entre les conséquences ou changements sociaux et psy comportementaux, je ne suis pas sûre à 100% de classes exclusives... ?

²⁶ à nouveau, certaines catégories sont évoquées tantôt comme protection ou comme risque ou encore comme fonctionnant avant la dernière chute et plus maintenant

- 1.5.12. Re ou aménager/changer son domicile (réaménager à la maison)
- 1.5.13. Ne plus faire seul/Faire appel aux autres (être aidé pour le ménage, être accompagné lors de sorties)
- 1.5.14. Prendre des mesures d'urgence (porter un téléalarme, savoir qui appeler en d'urgence)
- 1.5.15. Prendre des mesures médicales, de santé (faire des examens médicaux vue, ORL, faire attention au corps/os)
- 1.5.16. diminuer les médicaments
- 1.5.17. prendre des médicaments
- 1.5.18. diminuer l'OH ,
- 1.5.19. bien se nourrir
- 1.5.20. chaussures adaptées
- 1.5.21. Autres

2. Discours induit

2.1. Motifs d'hospitalisation²⁷

- 2.1.1. Accident, chute sans fracture
- 2.1.2. Accident, chute avec fracture
- 2.1.3. Maladie (énumérer les maladies citées)
- 2.1.4. Malaise (énumérer les malaise citées)
- 2.1.5. Motifs psycho – sociaux (vivre seul, décision des autres, médecin, famille, voisins, ...)
- 2.1.6. Autres
- 2.1.7. Ne sait pas

2.2. Représentations de la ou des chutes précédant l'hospitalisation

2.2.1. Première chute : en fait la dernière qui les a conduit à l'hôpital

- 2.2.1.1. C'est ma faute
- 2.2.1.2. C'est pas ma faute
- 2.2.1.3. Attribuée à une maladie (lister les maladies citées : ostéoporose, celles où on ne peut pas marcher)
- 2.2.1.4. Attribuée à un accident
- 2.2.1.5. Attribuée à des raisons psychologiques (peurs sauf peur de tomber, soucis, retard, précipitation, insouciance, inconscience,...)
- 2.2.1.6. Attribuée à la peur de tomber ou de retomber
- 2.2.1.7. Attribuée à des changements/état cognitifs (la tête)
- 2.2.1.8. Attribuée à un ou des médicaments (lister les médicaments cités : les tranquillisants, ceux qui vous endorment)
- 2.2.1.9. Attribuée à un objet de l'environnement (tapis, bus, chaussures, lumière, eau, glace, feuilles mouillées, algues,...)
- 2.2.1.10. Autres
- 2.2.1.11. Ne sait pas (perte de connaissance, perte de mémoire, ne comprend pas)
- 2.2.1.12. Attribué à une perte d'équilibre
- 2.2.1.13. Attribué au fait d'être seul/ de vivre seul
- 2.2.1.14. Attribué à l'âge

2.2.2. Chutes répétées : en fait chutes précédentes la dernière chute que les a amenée à l'hôpital

- 2.2.2.1. C'est ma faute
- 2.2.2.2. C'est pas ma faute
- 2.2.2.3. Attribuée à une maladie (lister les maladies citées : ostéoporose, celles où on ne peut pas marcher)
- 2.2.2.4. Attribuée à un accident
- 2.2.2.5. Attribuée à des raisons psychologiques (peurs sauf peur de tomber, soucis, retard, précipitation, insouciance, inconscience,...)
- 2.2.2.6. Attribuée à la peur de tomber ou de retomber
- 2.2.2.7. Attribuée à des changements/état cognitif (la tête)

²⁷ Il y a parfois deux types de réponses : d'une part une chute par exemple mais le fait d'être hospitalisé est la décision d'un tiers et non de la personne chuteuse

- 2.2.2.8. Attribuée à un ou des médicaments (lister les médicaments cités : les tranquillisants, ceux qui vous endorment)
- 2.2.2.9. Attribuée à un objet de l'environnement (tapis, bus, chaussures, lumière, eau, glace, feuilles mouillées, algues,...)
- 2.2.2.10. Autres
- 2.2.2.11. Ne sait pas (perte de connaissance, perte de mémoire, ne comprend pas)
- 2.2.2.12. Attribué à une perte d'équilibre
- 2.2.2.13. Attribué au fait d'être seul/ de vivre seul
- 2.2.2.14. Attribuée à l'âge

2.2.3. Lieu de la ou des chutes

- 2.2.3.1. A son domicile²⁸
- 2.2.3.2. Au domicile de quelqu'un d'autre
- 2.2.3.3. Dans un lieu public (sauf l'hôpital, couloir ou escalier de l'immeuble ?)
- 2.2.3.4. A l'hôpital
- 2.2.3.5. Dans la rue, en ville
- 2.2.3.6. Dans la nature (montagne, mer, ...)
- 2.2.3.7. Autres

2.2.4. Parties du corps incriminées

- 2.2.4.1. Tête (cerveau, problèmes d'équilibre, de coordination, tremblements,...)
- 2.2.4.2. Tête²⁹ (au sens « c'est ma tête qui me fait fonctionner comme cela)
- 2.2.4.3. Yeux (problèmes de vue)
- 2.2.4.4. Cœur (problèmes cardiaques, attaques, tensions, ...)
- 2.2.4.5. Jambes (arthrose, opérations,)
- 2.2.4.6. Pieds (arthrose, opérations,)
- 2.2.4.7. Dos (maux de dos, vertèbres tassées, lumbagos, sciatiques, ...)
- 2.2.4.8. Mains (poignets, doigts, ...)
- 2.2.4.9. Le corps en entier car vieux, vieillesse, faiblesse générale, fatigue, douleurs partout
- 2.2.4.10. Autres

2.3. Comportements de prise de risques³⁰ (les patients sont multichuteurs à l'exception d'un)³¹

- 2.3.1. Ne pas faire attention, se précipiter, se dépêcher, s'énerver
- 2.3.2. ³²Avoir peur, être angoissé, triste, SAUF PEUR DE RE-TOMBER
- 2.3.3. ³³Avoir peur de re -tomber
- 2.3.4. Sortir seul
- 2.3.5. Sortir à certaines saisons (en hiver, quand il pleut, quand il y a des feuilles par terre)
- 2.3.6. Sortir des chemins tracés (dans la nature)
- 2.3.7. Ne pas aller marcher souvent
- 2.3.8. Prendre le bus/transports
- 2.3.9. Escaliers, échelles, grimper sur des meubles, (les utiliser)
- 2.3.10. Lunettes (Varilux, ...)
- 2.3.11. Avoir des tapis

²⁸ Le domicile inclut-il aussi les escaliers, les couloirs de l'immeuble ou ce sont des lieux publics ?

²⁹ Pas dans le sens organique ou d'un comportement ou émotion précise, mais bien « c'est moi, je pense comme cela, j'oublie ce qui est désagréable, c'est dans ma tête, ...) C'est bien une partie de leur corps incriminée.

³⁰ Il peut s'agir des comportements rattachés à dernière chute qui sont différents ou pas des autres chutes, il peut s'agir des comportements possibles mais qui ne les concernent pas, il peut s'agir des comportements possibles chez les autres

³¹ certaines catégories sont tantôt évoquées comme risque mais aussi comme protection (médicaments, avoir peur car je dois faire maintenant attention, être hospitalisé, aller marcher/rester chez soi,...)

³² la distinction entre aspects psychologiques comportementaux et aspects psychologiques émotionnels ne me semble pas banal car on peut se précipiter sans avoir peur ou être angoissé pour autant, par contre le manque de confiance en soi est beaucoup plus paralysants et induit des comportements de repli qui sont aussi considérés parfois comme à risque.

³³ Distinction comme pour les attribution et important de distinguer car hypothèses différentes selon autres études

- 2.3.12. Ne pas porter son bracelet d'alarme
- 2.3.13. Ne pas prendre sa ou ses cannes, un déambulateur, un tricycle
- 2.3.14. Ne pas se tenir aux rampes, ne pas placer des meubles pour pouvoir toujours se cramponner
- 2.3.15. Courir aux WC (incontinence, ne pas avoir une chaise percée à côté du lit ...)
- 2.3.16. Avoir un mauvais éclairage
- 2.3.17. Porter de mauvaises chaussures (à talons, qui glissent, ...)
- 2.3.18. Porter un sac, un caddie
- 2.3.19. Oublier qu'on est vieux
- 2.3.20. Ne pas demander de l'aide
- 2.3.21. Trop compter sur soi, ne pas penser que cela peut ou pouvait m'arriver
- 2.3.22. Ne pas contrôler son corps/son physique
- 2.3.23. Prendre des médicaments, de l'OH
- 2.3.24. Autres (lister : aider un tiers)

2.4. Changements/ conséquences de la ou des chutes³⁴ Restrictions de la vie sociale³⁵

- 2.4.1. Sentiment que c'est quelque chose de grave
- 2.4.2. Sentiment que c'est banal/pas grave
- 2.4.3. Arrive à se relever seul
- 2.4.4. Sans conséquence (continue à vivre comme avant)
- 2.4.5. Avec conséquences faire appel aux aides externes (, faire appel à quelqu'un, se faire livrer à domicile, ...)
- 2.4.6. Avec conséquences (consultations médicales, ambulance, hospitalisation,...)
- 2.4.7. Avec conséquences physiques (n'arrive plus à bouger/ douleurs/fractures, lésions mobilité réduite ,...)
- 2.4.8. Avec conséquences psychologiques , peurs de retomber
- 2.4.9. Avec conséquences psychologiques (« aspects émotionnels : peurs, peurs de mourir, tristesse, perte de confiance en soi, sentiments/pensées négatifs, changement de leur image corporelle, changement d'un état émotionnel, méfiance, changement de l'image de l'autonomie, peur de devenir dépendant, inquiétudes pour futur, dépression, épuisement, état de tension, culpabilité, révolte)
- 2.4.10. ³⁶Avec conséquences psychologiques (aspects comportementaux : être isolé, diminuer les trajets, les sorties, , ne plus faire un certain nombre de choses chez soi (cuisine, toilette, s'habiller, faire le ménage, Ne plus soulever ou porter des personnes (conjoint) ou des choses lourdes (courses), ne plus vivre seul, perdre le contrôle de sa vie)
- 2.4.11. Avec conséquences sociales (être re hospitalisé, changer de lieu de vie, perte de l'estime des autres, , devoir utiliser un moyen auxiliaire, , aller en maison de retraite, ne plus sortir seul, perdre son indépendance, ..)
- 2.4.12. Autres

2.5. Comportements/ attitudes de protection/prévention³⁷

- 2.5.1. rien
- 2.5.2. ne sait pas
- 2.5.3. être informé (que l'on peut faire quelque chose)
- 2.5.4. Apprendre/changer physiquement (augmenter l'activité physique, savoir tomber, savoir se relever)
- 2.5.5. Apprendre/changer physiquement (rester chez soi, rester tranquille, pas bouger,
- 2.5.6. Apprendre/changer psychologiquement : aspects comportementaux (apprendre à évaluer les risques, réfléchir avant de faire quelque chose, anticiper les obstacles, prendre son temps/ ne pas se précipiter et

³⁴ idem note 4

³⁵ la dernière chute (entraînant l'hospitalisation est vécue très différemment des autres qui n'ont pas eu pour conséquence directe ou indirecte l'hôpital, sentiment d'autant plus fort si l'hospitalisation a été décidée par un tiers. En général, dans cette dernière chute, ils n'ont pas pu se relever, et ont été relevé, trouvé par la « mauvaise ou bonne personne que les a fait hospitaliser. Cette dernière est comme un échec des stratégies qui fonctionnait auparavant.

³⁶ Entre les conséquences ou changements sociaux et psy comportementaux, je ne suis pas sûre à 100% de classes exclusives... ?

³⁷ à nouveau, certaines catégories sont évoquées tantôt comme protection ou comme risque ou encore comme fonctionnant avant la dernière chute et plus maintenant

- 2.5.7. Apprendre/changer psychologiquement : aspects émotionnels (garder confiance en soi, savoir se calmer/relaxer, apprendre à vivre avec les peurs, stress, penser que l'on peut tomber/ prise de conscience du risque de chute, être attentive/faire attention, voir chez les autres et apprendre
- 2.5.8. Apprendre/changer socialement (rester chez soi, aller dans un EMS, aller à l'hôpital,...)
- 2.5.9. Accepter/ ne pas oublier qu'on est vieux
- 2.5.10. Apprendre/changer/ économiquement (aide financière, être couvert par l'assurance pour une aide à la maison
- 2.5.11. Apprendre/tenir compte de l'environnement externe se sentir plus en sécurité dans la ville et dans les transports
- 2.5.12. Re ou aménager/changer son domicile (réaménager à la maison
- 2.5.13. Ne plus faire seul/Faire appel aux autres (être aidé pour le ménage, être accompagné lors de sorties
- 2.5.14. Prendre des mesures d'urgence (porter un téléalarme, savoir qui appeler en d'urgence
- 2.5.15. Prendre des mesures médicales, de santé (faire des examens médicaux vue, ORL, faire attention au corps/os
- 2.5.16. Diminuer les médicaments
- 2.5.17. Prendre des médicaments
- 2.5.18. Diminuer l'OH ,
- 2.5.19. Bien se nourrir
- 2.5.20. Chaussures adaptées
- 2.5.21. Autres

3. Unités de sens inclassables

Annexe 4 : Résultats de la codification (détail) (1)

Discours spontané											Discours induit																			
Catégorie	Personne interviewée										Tot.	Catégorie	Personne interviewée										Tot.							
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J			K	L	M	N	O	A	B	C	D	E		F	G	H	I	J	K	L
1	1.1	1.1.1	1		1		1	1	1	1		1	1	1	1		10	2	2.1	2.1.1										0
		1.1.2	1														1			2.1.2									0	
		1.1.3	1		1		1	2									5			2.1.3									0	
		1.1.4										2					2			2.1.4									0	
		1.1.5					1	2	1		2	1	3		3	3	16			2.1.5									0	
		1.1.6	2				1	1				2				6			2.1.6										0	
		1.1.7			1											1			2.1.7										0	
1.2	1.2.1	1.2.1.1	5	2		1	1	1	1	2						13			2.2	2.2.1	2.2.1.1								0	
		1.2.1.2													1	1				2.2.1.2									0	
		1.2.1.3				1	1	1			2		3		3	2	13			2.2.1.3									0	
		1.2.1.4	1	2												3			2.2.1.4										0	
		1.2.1.5	3	2				1								6			2.2.1.5										0	
		1.2.1.6														0			2.2.1.6										0	
		1.2.1.7									1					1			2.2.1.7										0	
		1.2.1.8														0			2.2.1.8										0	
		1.2.1.9	1	1				2	2			1	1			8			2.2.1.9										0	
		1.2.1.10	1								1				1	3			2.2.1.10										0	
		1.2.1.11		2	3	1	1				2			3		12			2.2.1.11										0	
		1.2.1.12	1				1	1	1	1	1	1	1			7			2.2.1.12										0	
		1.2.1.13														0			2.2.1.13										0	
		1.2.1.14														0			2.2.1.14										0	
1.2.2	1.2.2.1	1.2.2.1	7	4	3		3	4	2	1		4	1	1		30			2.2.2	2.2.2.1								0		
		1.2.2.2						1			1	1	1	1		5			2.2.2.2										0	
		1.2.2.3	1		2		6	1	1	1	2	1				15			2.2.2.3	1	1	1	2		1			1	7	
		1.2.2.4	3	2		2		1			2				1	11			2.2.2.4										0	
		1.2.2.5	5	4	2		1	1	2	1		2			1	19			2.2.2.5										0	
		1.2.2.6		3												3			2.2.2.6		1								1	
		1.2.2.7									4		1	1		6			2.2.2.7			1				1			1	
		1.2.2.8		2												2			2.2.2.8	1									1	
		1.2.2.9	4	2	1	3	1		4			1	3			19			2.2.2.9			1					1		2	
		1.2.2.10			2		1				1		1			5			2.2.2.10			1							1	
		1.2.2.11		4	1		1	1	1	4	1	1	4		1	18			2.2.2.11			1							0	
		1.2.2.12	1	4	3		1	1	5	1	2	4	1	1	3	27			2.2.2.12	1		2		1		1	1	2	1	9
		1.2.2.13						2	1					1		4			2.2.2.13										0	
		1.2.2.14	1	5	2		2	1	2		2	1	1			17			2.2.2.14				1			1	1		3	
1.2.3	1.2.3.1	1.2.3.1	2	5	1	1	2	2	8	2	6	3	1	3	4	40			2.2.3	2.2.3.1									0	
		1.2.3.2														0			2.2.3.2										0	
		1.2.3.3	5	2							2	2				11			2.2.3.3										0	
		1.2.3.4						1								1			2.2.3.4										0	
		1.2.3.5	2	2		2	2				1	3	2			14			2.2.3.5										0	
		1.2.3.6	2													2			2.2.3.6										0	
		1.2.3.7														0			2.2.3.7										0	
1.2.4	1.2.4.1	1.2.4.1		4	2		1	2	2		2	1	1		13			2.2.4	2.2.4.1										0	
		1.2.4.2	1	1	2			1			2					7			2.2.4.2											0
		1.2.4.3	1	1												2			2.2.4.3	1									1	
		1.2.4.4				1			3				2			6			2.2.4.4										0	
		1.2.4.5	1	5			2	5	1	2	1	2	1	1	1	22			2.2.4.5										0	
		1.2.4.6	2	2	5	1		2		6	1	1			1	20			2.2.4.6					1	1				2	
		1.2.4.7	4					1	2	3		2				12			2.2.4.7										0	
		1.2.4.8		1	1				1	4	2			1		10			2.2.4.8										0	
		1.2.4.9	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1		1	1	14			2.2.4.9		1								1	
		1.2.4.10				2		2	1							5			2.2.4.10											0

Annexe 4 : Résultats de la codification (détail) (2)

Discours spontané											Discours induit																				
Catégorie	Personne interviewée										Tot.	Catégorie	Personne interviewée										Tot.								
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J			K	L	M	N	O	A	B	C	D	E		F	G	H	I	J	K	L	M
1.3	1.3.1	2	4	1		1	1			2	1				12	2.3	2.3.1													1	1
	1.3.2	2													2		2.3.2	1	1		1	1								4	
	1.3.3	1	1												2		2.3.3													0	
	1.3.4		1						1						2		2.3.4													0	
	1.3.5	1													1		2.3.5													0	
	1.3.6	1													1		2.3.6													0	
	1.3.7	1						1							2		2.3.7	1												1	
	1.3.8		3												3		2.3.8													0	
	1.3.9	1	1												2		2.3.9												1	1	
	1.3.10														0		2.3.10	1	1		1	1	1	1					6		
	1.3.11		1		2						1				4		2.3.11								1	1			2		
	1.3.12								1						1		2.3.12													0	
	1.3.13														0		2.3.13													0	
	1.3.14		1												1		2.3.14					1								1	
	1.3.15														0		2.3.15		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	8	
	1.3.16														0		2.3.16	1			1							1	3		
	1.3.17														0		2.3.17	1	1	1		1		1	1				6		
	1.3.18	2													2		2.3.18													0	
	1.3.19		1				1	1							3		2.3.19		1		1									2	
	1.3.20			2			1								3		2.3.20													0	
	1.3.21	3	2		2	2	1				1				11		2.3.21													0	
	1.3.22		1		1				2						4		2.3.22	1	2	1										4	
	1.3.23	1	1	1							1	1	1		6		2.3.23	1	1		1	1	1		2				7		
	1.3.24				1		1								2		2.3.24													0	
1.4	1.4.1		3	1		3	6	3	1		2	1		2	4	26	2.4	2.4.1	1											1	
	1.4.2	1	2		2	3				1	1	2	7	2	1	22		2.4.2												0	
	1.4.3			2	2	1	2					2		4	13		2.4.3													0	
	1.4.4	2		3	1	2	3	3		1	1	4	2	3	25		2.4.4													0	
	1.4.5	1	4	3	1	1	3	4	5	2	4	7	5	3	7	54		2.4.5												0	
	1.4.6	1	2		3	1	1	1	1	3	3	2	7	2	2	4	33		2.4.6		1					1			2		
	1.4.7	5	4	4		3	2	5	10	1	1	4	5	2	3	4	53		2.4.7	1		1					1		3		
	1.4.8	1	5					3	1				2		12		2.4.8													0	
	1.4.9	1	3	8			3	1	2	4	2	2	2	4	5	37		2.4.9	1	1					2	1			5		
	1.4.10		2	1	2	1	3	1	2		2	4	3	4	25		2.4.10			1						2			3		
	1.4.11		3	1	2		2		2	1	3	3	3	1	3	24		2.4.11												0	
	1.4.12	1				2	2								5		2.4.12													0	
1.5	1.5.1														0	2.5	2.5.1													0	
	1.5.2														0		2.5.2													0	
	1.5.3							3				1		2	6		2.5.3													0	
	1.5.4	1	1							1			1		4		2.5.4					2				1				3	
	1.5.5		2					2	1				1		6		2.5.5													0	
	1.5.6	5	7	3		2	1		3	1		1	1	2	26		2.5.6													0	
	1.5.7	1						1	2						5		2.5.7													0	
	1.5.8							4				1	1		6		2.5.8													0	
	1.5.9		2							2			1		5		2.5.9													0	
	1.5.10											1	1		2		2.5.10													1	
	1.5.11	1	2		1		1	1	1	1	1	1	1		10		2.5.11								1	1	1	1	1	4	
	1.5.12		1				1	1	1				1	1	7		2.5.12	1	1				2				1		5		
	1.5.13		3	3		1		1	3	2		2	1	1	2	19		2.5.13					1	1						2	
	1.5.14								2	1					3		2.5.14													0	
	1.5.15		1					1		1		1	1		5		2.5.15									1				1	
	1.5.16														0		2.5.16													0	
	1.5.17		2												2		2.5.17									1				1	
	1.5.18		1												1		2.5.18													0	
	1.5.19		1	1											2		2.5.19													0	
	1.5.20	1						1				1			3		2.5.20	1	1			1	1	1	1	1	1	1	7		
	1.5.21				1		1								2		2.5.21								1	1				2	

Catégorie	Personne interviewée										Tot.					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		K	L	M	N	O
3	4	3	5	2	10	15	2	9	4	4	6	3	4	5	2	78

Annexe 4 : Résultats de la codification (synthèse)

Catégorie				s/tot.	Total	%
Discours spontané	1	1.1			41	4%
		1.2			427	37%
			1.2.1	67		
			1.2.2	181		
			1.2.3	68		
		1.2.4	111			
		1.3		64	5%	
1.4		329	28%			
1.5		114	10%			
Discours induit	2	2.1			0	0%
		2.2			29	2%
			2.2.1	0		
			2.2.2	25		
			2.2.3	0		
		2.2.4	4			
		2.3		46	4%	
2.4		14	1%			
2.5		26	2%			
Inclassable	3				78	7%
				Total	1168	100%

Annexe 5 : Résultats de la recherche de profil

Le tableau suivant présente la synthèse des couples pour chacune des catégories retenues (en noir : nombre maximum de catégories communes).

Couple		Catégorie de code											
		121	122	123	124	13	14	15	222	224	23	24	25
Bo	Ro	■				■							
Bo	T				■	■							
Bo	Ge								■		■		
Bo	D		■										
Bo	Sa	■					■						
Bo	Sc	■	■		■	■		■					
Bo	Gr			■									
Bo	Rk		■				■						
Bo	Ma					■							
Bo	A							■					
Ro	T				■							■	
Ro	Sa					■							■
Ro	Mu					■		■					■
Ro	Ma					■							■
Ro	A												■
T	D		■										
T	Sa					■							
T	Sc		■		■			■					
T	Mu							■				■	
T	Sp				■								■
T	Rk												■
T	Ma					■		■			■		
T	Be											■	■
T	A				■						■	■	■
Ge	W	■											
Ge	D	■											
Ge	Gr										■		
Ge	Be	■											
Ge	A	■							■				
W	D	■											
W	Sc	■						■					
W	Be	■											
D	Sa												
D	Sc		■										
D	Gr		■										
D	Rk		■										
D	Ma	■	■										
D	Be	■											
D	A						■		■				
Sa	Sc	■				■							
Sa	Mu							■					
Sc	Mu				■			■					
Sc	Sp				■								
Sc	Gr						■						
Sc	Rk		■										
Sc	Ma		■					■					
Sc	Be						■						
Sc	A		■					■					
Mu	Sp				■								
Mu	Gr								■				
Mu	Ma							■					
Mu	A											■	
Sp	A				■								■
Gr	Rk			■									
Gr	A						■						
Rk	Ma		■										
Rk	Be										■	■	
Rk	A											■	
Be	A											■	■

Annexe 6 : Fiche descriptive du programme de santé publique de prévention des chutes chez la personne âgée (2003-04)

Direction : DGS, M. Jean Simos, Directeur adjoint auprès de la DGS.

Bailleur de fonds et maître d'ouvrage : DGS, délégation à un référent DGS

Responsable de programme : M. François Loew

Organisation :

Programme décliné en trois projets : prévention des chutes dans les EMS, prévention de chutes à domicile, prévention de chutes /CMIR/réhabilitation/HUG

Chargés de projet : F. Loew et C. Maupetit pour les projets EMS et domicile. R. Leroy pour le projet « trajectoires et représentations »

Contrôle et évaluation du programme : DGS

Objectif général :

Diminuer la fréquence et la gravité des chutes des personnes âgées

1. les chutes et
2. les traumatismes consécutifs aux chutes (interventions médicales, examens, hospitalisation, fractures).

Objectifs opérationnels :

1. Développer des projets de prévention des chutes des personnes âgées en institution
2. Développer des projets de prévention des chutes des personnes âgées à domicile
3. Favoriser l'intégration de la prévention des traumatismes dans les programmes de formation des professions soignantes.
4. Diffuser des informations sur les chutes des personnes âgées et leur prévention.

Activités/Actions dans le cadre de la réalisation des projets :

1. Réactualisation des documents diffusés au sein des 15 EMS
2. Suivi des 15 EMS engagés dans la démarche Qualité
3. Réactualisation du document de transmission Mobeq (Hoger) et programme DGS
4. Généralisation du document de transmission Mobeq (Hoger) et programme DGS auprès des médecins traitants et autres professionnels des EMS et du domicile.
5. Intégration des données fiche et plan de soins « chute » dans les 2 programmes informatiques (Sadies et Gammadia en voie d'introduction dans les EMS)
6. Enrichissement des mesures de prévention :
 - a. promotion et évaluation de l'introduction des protecteurs de hanches au sein des 15 EMS en collaboration avec le BPA/Mme Piot-Ziegler
 - b. promouvoir l'administration systématique de Vitamine D et calcium chez les personnes à haut risque de fracture
7. Répertoire, connaître et évaluer les méthodes statistiques utilisées des données chutes
Formalisation d'un réseau de compétences intra-cantonal extra cantonal avec de médecins et

pharmaciens responsables d'EMS

8. Formalisation d'un réseau de compétences extra-cantonal : Vaud et l'OMSV ainsi que le Tessin

Activités/Actions dans le cadre de la terminaison des projets :

1. Finaliser les négociations pour la reprise du projet EMS et de son extension éventuelle
2. Finaliser le projet « trajectoires et représentation », destiné à promouvoir la continuité du parcours thérapeutique global d'une personne âgée victime d'une chute
3. Finaliser le "Référentiel des bonnes pratiques de prévention des chutes pour les intervenants du terrain communautaire" au sein du groupe de travail francophone issu du Réseau Francophone de Prévention des Traumatismes.

Perspectives et généralisations évoquées :

1. Formalisation d'un « Observatoire des chutes et des traumatismes » Genevois au sein du système d'information sanitaire "Visage"³⁸ et en synergie avec le projet « Surveillance »³⁹, base de données permanente qui contient d'hors et déjà dans son répertoire des facteurs de risque de chute et de fracture.
2. Formalisation d'une stratégie préventive, englobant les chutes et la fragilité osseuse.
3. Intégration d'éléments liés à la trajectoire du patient, à son parcours dans les structures de santé sous-tendant une approche globale et transversale (médicale, fonctionnelle, psychologique et sociale) ainsi que longitudinale (avant, pendant et après l'hospitalisation). Rappelons que la prévention des chutes et traumatismes s'appuie fortement sur la modification de facteurs risque liés aux affections chroniques.
4. Valorisation du programme dans le cadre d'une démarche qualité en synergie avec la « Cellule-Qualité » - DGS.

³⁸ Le projet « VISAGE » ou système d'information sanitaire, développé dans la PSQ répond au besoin de disposer d'un instrument de planification. En dehors de la planification, VISAGE constituera « une plate-forme » d'information sanitaire guidant le système de santé dans le cadre des priorités sanitaires, évaluant l'impact en termes d'efficacité et d'efficience des actions entreprises.

³⁹ Le projet « système de surveillance », a été développé dans la priorité accidents et handicaps de la PSQ comme une des réponses au besoin urgent de disposer des données reflétant une image claire des problèmes liés aux accidents. Ce système de recueil des données permanent est élaboré en collaboration avec le Service des urgences de l'Hôpital cantonal des HUG.

10. REFERENCES

1. Bourdieu P. La solitude. In Points EdS, ed. *La Misère du Monde*, 1993.
2. Bergmann A. Contre-Pensées. Au delà du management. 2001.
3. Carbon MH. La révélation douloureuse du handicap. *La lettre: dossier éthique et handicap. Institut Garbes* 2001; 37.
4. Lacroix A, et al. The patient's voice: testimonies from patients suffering from chronic disease. *Patient education and counseling* 2002;293-6.
5. Danioli R. Expertises médicales : formation à la pratique médicale dans le domaine des assurances-accidents. 2000. FMH.
6. Gibson M.J., Andres R.O., Isaacs B., et al. The prevention of falls in later life. *Dan Med Bull* 1987;1-10.
7. Lalive d'Epinay C. Dans Dictionnaire suisse de politique sociale. 2002.
8. Domenighetti G. L'Evidence-based Information et les consommateurs. *H Compétence* 2000.
9. Dictionnaire suisse de politique sociale. 2^e édition. Réalités Sociales, 2002.
10. Paccaud F. Analyse comparative de systèmes de santé, cours iems. 2002.
11. Direction de la santé publique de Montréal - Centre, Canada. Le temps de nouveaux rôles: les adultes de 65 ans et plus 9. pp 56-64. 1998.
12. OBSAN. 2003.
13. Höpflinger F., Hugentobler V. Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle. OBSAN, 2003.
14. Direction de la santé publique de Montréal - Centre. Rapport annuel 1998, : les adultes de 65 ans et plus. 1999.
15. Domenighetti G. Cours iems. 2001.
16. Paccaud F, et al. Le système de santé in *Médecine Sociale et préventive , Santé Publique, 2^{ème} édition* , 1999.
17. OFS. Enquête Suisse sur la Santé 2002. Tableaux standards niveau suisse. 2004. OFS.
18. Hubacher M. and Ewert U. Les accidents des personnes âgées de plus de 65 ans. 32. 1997. Berne, BPA Bureau suisse pour la prévention des accidents.
19. Les personnes âgées à Genève 1979-1994, Les cahiers de santé no 8. 1997. République et canton de Genève, Département de l'action sociale et de la santé, DASS.

20. Loew F. and Maupetit C. Rapport d'activités du projet de prévention des chutes des personnes âgées dans les EMS Genevois. 2002. Priorité accidents et handicaps, PSQ, DASS.
21. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel. Développement démographique de la Suisse Bilan de la population résidante permanente par canton en 2002. Office fédéral de la statistique. 2004.
22. Les Cahiers de la Santé. Planification qualitative du système de santé genevois. Les cahiers de la santé no 9.1 et 9.2. 9.1. 1998. République et canton de Genève, Département de l'action sociale et de la santé, DASS.
23. Farley C. Prévention des Traumatismes et Accidents, Priorités d'Intervention et Plan d'Action. 1995. Rapport, Publié par l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de la Faculté de Médecine de Genève, Direction générale de la santé, DASS.
24. Demierre-Orduz S. Chutes et traumatismes chez les personnes de plus de 65 ans: enquête sur les pratiques de recueil d'informations et de prévention auprès de 98 institutions et services du Canton de Genève. 1998.
25. Gutzwiller F. JO. Médecine sociale et préventive, Santé publique. 1999.
26. Perneger T., Alebin T. Epidémiologie et statistique sanitaire. In Gutzwiller F. JO, ed. *Médecine sociale et préventive. Santé publique*, Hans Huber, 1999.
27. Sattin R.W. Falls among older persons: a public health perspective. *Annu.Rev.Publ.Health* 1992;489-508.
28. Rochat S. D-BRBC. In Actualités psychologiques, ed. *Le point sur les chutes des personnes âgées*, 2002.
29. Schusselé-Fillietaz and Bury JA. Données probantes sur la prévention des chutes des personnes âgées à domicile. 2003. Cellule Développement et Perspectives, Direction Générale de la Santé, DASS, Genève.
30. Hubacher M. and Wettstein A. Le rôle du protège-hanche dans la prévention des fractures du col du fémur dues à des chutes. 44. 2000. Berne, BPA Bureau suisse pour la prévention des accidents.
31. Limagne M-P., Michel J-P., et al. La fracture du col du fémur chez la personne âgée: De l'impact de la santé psychique sur la réhabilitation. *Cahiers médico-sociaux* 1997.
32. Boegli J-D. L'éducation pour la santé à l'école. 1990.
33. Loew F., Maupetit C., and Leroy R. Document-cadre «Prévention des chutes des personnes âgées» DGS. 2003. Programmes en Santé Publique auprès de la DGS, DASS, Genève.
34. Trickey. Programme PIED, Canada. 2001.
35. Chutes, Thèmes, Maison Santé, site officiel de l'Etat de Genève. www.ge.ch/maisonsanté/fr/themes/chutes/welcome.html . 2004.
36. MOBEQ, Programme de réhabilitation de la mobilité et de l'équilibre, Département de gériatrie et réhabilitation, Gériatrie. www.hcug.ch site officiel des Hôpitaux Universitaires Genevois HUG 2004.
37. Boymond L. Prévention des chutes à domicile: revue de littérature sur la prévention des chutes à domicile. 2003. Planification Sanitaire Qualitative, DASS.
38. Fried T.R., Bradley E.H., et al. Functional disability and health care expenditures for older

- persons. *Arch Intern Med*. 2001.
39. Pasche G. Promotion de la santé et prévention primaire à Genève. Un répertoire des Institutions. 1991. IMSP Institut de médecine sociale et préventive du canton de Genève.
 40. Heller G. Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande dans Dictionnaire Suisse de Politique Sociale. 1994.
 41. Demierre-Orduz S., Loew F., and Burnier M-J. Enquête et rapport de synthèse sur les pratiques de recueil d'information et de prévention des chutes chez la personne âgée auprès de 98 institutions et services du Canton de Genève. 1998. Institut de Médecine Sociale et Préventive du Canton de Genève.
 42. Feder G. et al. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. 12. *British Medical Journal* 2000;1007-11.
 43. Burnier M-J., Loew F., Caraël E., and Thévenod C. Projet de prévention des chutes des personnes âgées dans sept EMS Genevois. 2001. Priorité accidents et handicaps, PSQ, DASS.
 44. Hagmann H.-M., Fragnière J.-P. Maintien à domicile, Le temps de l'affirmation. *Réalités sociales* 1997.
 45. PSQ-IMSP-DGS. Planification sanitaire qualitative, Rapport intermédiaire. 2002.
 46. Masse R. Contributions de l'anthropologie à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé. In Gaëtan Morin éditeur Itée, ed. *Culture et santé publique*, 1995.
 47. Moscovici . Contributions de l'anthropologie à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé. In Gaëtan Morin éditeur Itée, ed. *Culture et santé publique*, 2004.
 48. OMS. Journée internationale des personnes handicapées. WHO . 3-12-2001.
 49. CAMS. Système de Santé Suisse. 2002.
 50. De Tonnac N. Le prise en charge du handicap. In Hesbeen W. Edition Lamarre, ed. *La Réadaptation*, 1989.
 51. Heliot C and Ray AC. Programme transversal de prévention des chutes aux HUG: Dispositif de recueil et sensibilisation des équipes soignantes. 2003. Direction des soins infirmiers, secteur Recherche et qualité, HUG.
 52. Jodelet D. (sous la direction de). Les représentations sociales. 1994.
 53. Perrin E., Luthy C., Allaz A-F., Henchoz JD:, Voélin S., Lanza D., Dumont P., and Sartori M. Point de vue des différents acteurs (patients, entourage, soignants, et travailleurs sociaux) lors de la décision de retour à domicile de patients âgés hospitalisés nécessitant des soins à domicile. Rapport final au Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique. 2003.
 54. Braun B.L. Knowledge and perception of fall-related risk factors and fall-reduction techniques among community-dwelling elderly individuals. 6. *Physical therapy* 1998; 78:1262-76.
 55. Vellas B. Prospective study of restriction of activity in old people after falls. *Age and Ageing* 1987; 16:189-93.
 56. Piot-Ziegler C. and Cuttelod-Brauchli T. «La chute racontée par les personnes âgées: vers une nouvelle définition de la peur de tomber. 17-11-2003.

57. Tinetti ME. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders 5. *Journal of Gerontology* 1994; 3:140-7.
58. Mays N. Rigour and qualitative research. 4. *B.M.J.* 1995; 311:109-20.
59. Godin G. L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé* 1991; IX.
60. Alonzo A.A. Contributions de l'anthropologie à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé. In Gaëtan Morin éditeur Itée, ed. *Culture et santé publique*, 1995.
61. Unger P-F. Objectifs de législature 2001 - 2005, Département de l'Action Sociale et de la Santé. 2002 République et canton de Genève, Département de l'action sociale et de la santé, DASS.
62. DASS. Réforme du droit sanitaire cantonal, Projet de loi sur la santé, Département de l'Action Sociale et de la Santé. 2004. République et canton de Genève, Département de l'action sociale et de la santé, DASS.
63. Charte d'Ottawa. 1986.
64. Grenier-Sennelier C., Maillet-Gouret M.C., Ribet-Reinhart N., Jeny-Loepez C., Minvielle E. Mise en place d'un programme d'assurance de la qualité afin de prévenir les chutes de personnes hospitalisées dans un établissement de suite et de réadaptation. 11. *Revue de Gériatrie* 1998;303-16.
65. Boissel J.P. *La médecine factuelle en France. H Compétence* 2000.
66. Domenighetti G. Les politiques de santé : incitation économique et contrainte légale . In F.Gutzwiller, ed. *Médecine sociale et préventive, Santé publique*, pp 200-20. Hans Huber, Berne, 1996, 1999.
67. Emanuel E. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;2221-6.
68. Laumon B. Le véritable enjeu: la victime. *Santé publique et recherche en insécurité routière*, pp 45-50. 2000.
69. Lalive d'Epinay C., Bickel JF., Maystre C., Wollenwyder N. Vieillesse au fil du temps, une révolution tranquille. *Réalités sociales* 2000.
70. Fournier P. La gestion de projet en santé. Université d'été d'économie de la santé. Ascona. 2002.
71. OFS. Santé et comportement vis à vis de la santé en Suisse. 2000.
72. Alonzo A.A. Health Behavior: issues, contradictions and dilemmas. *Social Science and Medicine* 1993;1019-34.
73. Favre J et al. L'observance thérapeutique. *Praxis* 1992; 81:129-32.