



HAL
open science

Vieillesse et fragilité: le parcours et le devenir des personnes âgées de 75 ans ou plus hospitalisées pour fracture du col du fémur à Strasbourg

Anne Benaim

► **To cite this version:**

Anne Benaim. Vieillesse et fragilité: le parcours et le devenir des personnes âgées de 75 ans ou plus hospitalisées pour fracture du col du fémur à Strasbourg. Sociologie. Université de Strasbourg, 2015. Français. NNT: 2015STRAG020 . tel-01301470

HAL Id: tel-01301470

<https://theses.hal.science/tel-01301470>

Submitted on 12 Apr 2016

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

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



Université de Strasbourg
Ecole doctorale des Sciences
humaines et sociales
ED 519 SHS- Perspectives
européennes

Laboratoire Dynamiques
Européennes
Unité Mixte de recherche 7367
UNISTRA/CNRS



Thèse pour le doctorat en sociologie

VIEILLESSE ET FRAGILITÉ :
**Le parcours et le devenir des personnes âgées de 75 ans
ou plus hospitalisées pour fracture du col du fémur à
Strasbourg.**

Présentée par **Anne BENAÏM**

Soutenue publiquement le 03 septembre 2015

SOUS LA DIRECTION DE : Monsieur HINTERMEYER Pascal, Professeur de sociologie,
Université de Strasbourg

MEMBRES DU JURY :

Monsieur François BONNOMET, examinateur, Professeur des universités – Praticien hospitalier
(PUPH), Université de Strasbourg

Madame Virginie VINEL, rapporteure, Professeure de Sociologie et d'Anthropologie, Université de
Franche-Comté

Monsieur Jean-Philippe VIRIOT-DURANDAL, rapporteur, Professeur de sociologie, Université de
Lorraine

Projet de thèse financé : par l'Association nationale de la recherche et de la technologie (ANRT)
d'avril 2010 à août 2013.

Cifre n°: 1289/2009



Université de Strasbourg
Ecole doctorale des Sciences
humaines et sociales
ED 519 SHS- Perspectives
européennes

Laboratoire Dynamiques
Européennes
Unité Mixte de recherche 7367
UNISTRA/CNRS



Thèse pour le doctorat en sociologie

VIEILLESSE ET FRAGILITÉ :
**Le parcours et le devenir des personnes âgées de 75 ans
ou plus hospitalisées pour fracture du col du fémur à
Strasbourg.**

Présentée par **Anne BENAÏM**

Soutenue publiquement le 03 septembre 2015

SOUS LA DIRECTION DE : Monsieur HINTERMEYER Pascal, Professeur de sociologie, Université de Strasbourg

MEMBRES DU JURY :

Monsieur François BONNOMET, examinateur, Professeur des universités – Praticien hospitalier (PUPH), Université de Strasbourg

Madame Virginie VINEL, rapporteure, Professeure de Sociologie et d'Anthropologie, Université de Franche-Comté

Monsieur Jean-Philippe VIRIOT-DURANDAL, rapporteur, Professeur de sociologie, Université de Lorraine

Projet de thèse financé : par l'Association nationale de la recherche et de la technologie (ANRT) d'avril 2010 à août 2013.

Cifre n°: 1289/2009

REMERCIEMENTS

Des mercis,

- aux personnes âgées et leurs aidants, à ceux qui ont bien voulu répondre aux interrogations diverses et confier des évènements de leurs vies ;
- à mon Directeur de thèse pour son suivi durant ces quelques années,
- à tous les membres de l'ORS Alsace pour leurs apports de connaissances et expertises pendant six années,
- à l'ensemble de l'équipe du service de traumatologie et de chirurgie orthopédique des HUS, avec une attention particulière au Professeur Bonnomet, chef du service aux HUS, à Madame Géhant, cadre de santé, Carole Schillo, infirmière qui ont ouvert leurs portes et facilité l'accès au terrain hospitalier ;
- aux services des archives des HUS ;
- au service CIFRE pour le financement de 36 mois.

Des mercis spéciaux à ma famille : Éric, Maman, Mick, Gui, Fofo.

Spéciales dédicaces à Loutre, Jack, Lau, Maud, Manue, Oliv, Jul.

Je remercie particulièrement Tschingy sans qui rien n'aurait été possible.

Et enfin, une attention spéciale à ma Chacha qui m'a accompagnée pendant neuf mois sur mon terrain et qui m'a plus que jamais motivée.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
--------------------------	----------

PREMIÈRE PARTIE

DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ INDIVIDUELS ET DES PROBLÉMATIQUES COLLECTIVES. L'EXEMPLE DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR	15
---	-----------

Chapitre 1 : vieillissements et morbidités	18
---	-----------

Vieillissement de la population et vieillissement individuel.....	18
---	----

État de santé, mortalité et pathologies des Alsaciens âgés.....	34
---	----

Chapitre 2 : les chutes et les fractures du col du fémur.....	58
--	-----------

Les chutes	58
------------------	----

Schéma, facteurs de risques et traitements	69
--	----

Les données d'hospitalisation pour ce diagnostic	76
--	----

Le devenir des personnes âgées après fractures	86
--	----

Chapitre 3 : l'espace hospitalier, principal lieu d'accueil et de prise en charge	96
--	-----------

Petit historique : trois phases de l'hôpital et ses fonctions:.....	96
---	----

Une organisation complexe	103
---------------------------------	-----

Les approches de la relation médecin/malade	108
---	-----

Conclusion de la première partie	113
---	------------

DEUXIÈME PARTIE

LES PARCOURS DE SOIN ET LES PRISES EN CHARGE : DES RÉPERCUSSIONS COLLECTIVES ET DES RÉALITÉS INDIVIDUELLES NÉGOCIÉES.....	115
--	------------

Chapitre 4 : méthodologie de l'enquête. Le suivi des patients de l'hospitalisation à la sortie d'hospitalisation	117
Les quatre phases d'enquête	117
Autres aspects méthodologiques	122
Chapitre 5 : description de la population d'enquête.....	124
Au moment de l'hospitalisation	124
Comparaison des situations des patients avant et après la fracture	128
Chapitre 6 : le point de vue des professionnels du service hospitalier	146
Les personnes âgées victimes de fractures du col du fémur dans le service	146
Les spécificités de la prise en charge des personnes âgées	174
Les difficultés des personnels dans leurs activités quotidiennes.....	183
Les améliorations possibles dans la prise en charge hospitalière et post-hospitalière des patients âgés	187
Chapitre 7 : l'entourage des patients, leur place dans le service	192
Conclusion de la deuxième partie	198
 TROISIÈME PARTIE	
LES RESSOURCES COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES POUR ÉVITER LES FRACTURES ET SE RELEVER.....	
	205
Chapitre 8 : les ressources en amont pour éviter les situations à risques de fractures	208
La prévention des fractures de l'extrémité supérieure du fémur	208
La médicalisation de la société et la déresponsabilisation des personnes âgées	227
chapitre 9 : questionnements sur l'offre de prise en charge	234
L'institutionnalisation à court et à long terme.....	234

Le maintien à domicile : les possibilités et les limites	253
Une question de consentement et d'autonomie	269
Chapitre 10 : les ressources individuelles pour vivre avec un traumatisme et se relever	276
L'adaptation aux séquelles physiques et psychologiques	276
La résilience ou comment se relever après une fracture.....	281
Crises, tournants et ruptures biographiques.....	287
Conclusion de la troisième partie.....	296
CONCLUSION GENERALE	299
BIBLIOGRAPHIE	310
ANNEXES.....	350
Questionnaire 1: mode de vie et état de santé perçu avant l'hospitalisation	352
Questionnaire 2 : mode de vie, ressenti sur la qualité de vie et état de santé après l'hospitalisation	358
Questionnaire 3.....	363
Grille d'entretien pour personnel du service de traumatologie et de chirurgie orthopédique des HUS.....	374
Grille d'entretien pour les personnes âgées à 12 mois après hospitalisation	376
Grille d'entretien aidants familiaux.....	378
Questionnaire chirurgical	380
Fiche suivi de dossier médical.....	386
Tableau récapitulatif des personnes interrogées et rencontrées	387

Synthèse de l'entretien avec Suzanne, une personne âgée	389
Synthèse de l'entretien avec Yvonne, une personne âgée	393
Entretien téléphonique avec Marie-Louise, une personne âgée	398
Synthèse de l'entretien avec Max, une personne âgée	399
Synthèse de l'entretien avec Guillaume un aidant	400
Synthèse de l'entretien avec Denise, aide-soignante.....	402
Synthèse de l'entretien avec Lucie, assistante sociale	407
Synthèse de l'entretien avec Brigitte, cadre de santé	414
Synthèse de l'entretien avec Claire, IDE.....	423
Synthèse de l'entretien avec Maria, diététicienne	429
Synthèse de l'entretien avec Agnès, médecin des soins continus	433
Synthèse de l'entretien avec Laurence, kinésithérapeute	440
Synthèse de l'entretien avec Nadia, IDE.....	445
Synthèse de l'entretien avec Tania, IDE	450
Les échelles d'évaluation gériatriques.....	455
LISTE DES TABLEAUX	464
LISTE DES FIGURES.....	468
LEXIQUE	472

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population et ses conséquences sont des sujets récurrents depuis plus de 30 ans, et ce dans les sphères publiques et privées. Ce qui caractérise plus particulièrement la dernière décennie est l'imbrication du public et du privé quant à la prise en charge des personnes vieillissantes et dépendantes. De nombreuses études permettent de constater les défis inhérents à cette prise en charge : le coût de la dépendance à domicile et en institution, la prise en charge par les aidants dits « naturels », les spécificités du grand âge et des pathologies sous-jacentes comme les démences, Alzheimer, ou les polyopathologies. Cette multitude d'informations met certes en lumière des situations globales, générales, mais n'envisage que très rarement les défis sous l'angle régional et encore moins à l'échelle d'un service et des cas concrets qui y sont traités.

C'est la principale caractéristique de ce travail de thèse : illustrer une situation particulière au regard d'une problématique globale. Cette double entrée est nécessaire dans la mesure où nous avons besoin d'un panorama national pour comprendre et illustrer des spécificités régionales et inversement. Nous pouvons alors nous demander si ce qui est observable et décrit globalement reflète bien une réalité spécifique. C'est ce que nous allons voir à travers l'exemple précis des parcours de soin et du devenir de personnes âgées de 75 ans ou plus victimes de fractures du col du fémur dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'hôpital de Strasbourg. Cette pathologie est d'autant plus intéressante à analyser qu'elle touche physiquement l'individu âgé et implique souvent des changements biographiques consécutifs à une chute. Il y a ainsi double fracture au sens propre et au figuré.

Une autre caractéristique de ce travail de recherche est qu'il s'inscrit à la frontière de plusieurs disciplines et sous-disciplines: la sociologie de la santé, de l'hôpital, du vieillissement, de la famille, des générations ; la médecine et la démographie. Cette imbrication s'explique évidemment par le choix du sujet et par le statut particulier du chercheur, à la fois doctorant et salarié.

Le développement de ce travail prend comme ancrage théorique la sociologie interactionniste développée par Anselm Strauss¹, avec une insistance sur le concept d'action : action autour de

¹ STRAUSS, A. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan, 1992, 319 p.

l'identité personnelle et collective, action de divers groupes de professionnels et profanes pour négocier un équilibre, action de négociation dans l'ordre social, actions de gestion des maladies chroniques dans la vie quotidienne. Nous déclinerons ainsi les notions de trajectoire, de négociation, de maladies chroniques et d'hôpital. Dans notre cas, l'ensemble peut être rapproché de ce qui est décrit dans l'ouvrage La trame de la négociation² : l'hôpital avec ses professionnels et non professionnels, les temporalités, les degrés de libertés de chacun par rapport à leur intérêt (ici, que la personne âgée se rétablisse de sa chute pour revenir à sa vie antérieure), les contextes de consciences, la flexibilité des trajectoires, les interactions verbales et non verbales.

Ce travail repose sur les connaissances issues de travaux dans différents domaines de recherche. Ces connaissances spécifiques sont principalement des données chiffrées issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI³), du recensement, des données sanitaires et sociales, qui permettent de contextualiser la prise en charge des personnes âgées au niveau national et local. Ainsi, il est possible de prouver le vieillissement de la population et de cartographier l'organisation des soins dans la région, que ce soit au niveau hospitalier, pour les aides disponibles à domicile et les disponibilités en établissement pour personnes âgées. Au niveau épidémiologique, les données disponibles en région Alsace montrent que les personnes âgées sont plus souvent hospitalisées pour cette pathologie que dans les autres régions. Ces chiffres justifient pleinement qu'on y accorde une importance singulière.

² Ibidem.

³ « Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » : articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. À cette fin ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge » : c'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). » Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

D'autres données témoignent que les Alsaciens âgés connaissent un fort degré de dépendance, qu'ils souffrent de multiples pathologies, et qu'ils vivent moins à domicile du fait de leur niveau de dépendance plus élevé que dans les autres régions françaises.

Au niveau médical, la majorité des travaux témoignent tous d'une surmortalité après l'hospitalisation pour cette pathologie notamment due aux complications du décubitus : conséquences de l'immobilité et de la position allongée prolongée sur l'appareil circulatoire, locomoteur, sur le système digestif ou cutané.

Les causes explicatives des chutes sont connues : état de santé général, ostéoporose, troubles de la vue, troubles cognitifs, aménagement inapproprié du lieu de vie, surmédication ou non suivi des prescriptions médicamenteuses. Le parcours de soin peut également être établi puisque l'on peut connaître les durées de séjour et les modes de sorties privilégiés. La régression ou l'altération de la personne âgée lors d'une hospitalisation est largement documentée : le changement d'univers que provoque l'hospitalisation entraîne une régression de l'état général de la personne âgée. Entre en ligne de compte le changement de lieu de vie, de décors, de personne intervenant dans sa prise en charge, de rythme comme les heures de repas, de la toilette ou du réveil. Le rôle de l'entourage et l'évitement du syndrome de glissement semblent être primordiaux dans la reprise fonctionnelle du public âgé. Enfin, à un niveau plus sociologique, les connaissances se centrent sur les ruptures biographiques, les représentations sociales de la maladie et de la vieillesse et sur le rôle des aidants « naturels » qui facilitent le maintien à domicile.

La fracture est un évènement déclencheur de la prise de conscience d'une baisse du degré d'autonomie et de changements potentiels dans l'organisation du mode de vie. En effet, il s'avère que les patients âgés victimes de cette fracture ont un besoin d'aides plus important qu'avant la fracture, doivent adapter, repenser ou réaménager le lieu de vie, et doivent porter une vigilance accrue à leurs déplacements ou leur mode de vie.

Ces connaissances larges ne permettent cependant pas de voir plus loin que les chiffres et de comprendre tout ce qui est de l'ordre du qualitatif, des relations interpersonnelles et de la subjectivité, tout ce qui se joue pour les personnes âgées à un échelon restreint dans un contexte particulier : celui de fragilité liée à une cassure imprévue.

Notre recherche s'est donc efforcée d'observer le contexte de la fracture pour répondre à des questions précises : qui intervient dans le parcours de soin de ces personnes et à quel moment ? Comment se coordonnent les différents acteurs en amont et en aval de la fracture ? Quels sont les critères qui influencent une décision quant à la sortie d'hospitalisation ?

Aucune étude n'a pu, jusqu'ici, objectiver ce que deviennent concrètement les personnes à la sortie d'hospitalisation et un an après, ni comment elles ont vécu ce parcours de soin.

De même, aucune étude ne s'est penchée sur la place des personnes âgées dans les prises de décisions quant à leur parcours de soin, ni sur leur perception de leur état de santé et leur qualité de vie avant et après un événement si traumatique.

L'ensemble de la recherche est parti de questions centrales :

- quelle est la trajectoire de ces malades dans un contexte de fragilité et la place qui leur est laissée dans les choix possibles, autrement dit quels sont les ordres négociés dans le parcours de soin ?
- quelles sont les possibilités d'actions des personnes âgées dans le cadre hospitalier ?
- qu'est-ce qui différencie le parcours et le devenir des personnes âgées dans le contexte de fragilité ?
- à quelles conditions se relever d'une chute traumatique (physique et psychique) ?

La trajectoire de ces patients semble assez linéaire. Pour simplifier, l'élément déclencheur est la chute, puis s'enchainent l'arrivée aux urgences, le diagnostic, la chirurgie, la sortie de l'hôpital vers un service de suite et de réadaptation et le retour au lieu de vie. Qu'en est-il concrètement ? Quels acteurs interviennent à chaque étape et comment prennent-ils en compte les individualités ? Quels changements éventuels s'opèrent pour la personne âgée ?

En observant le parcours de ces patients, nous questionnons aussi bien les notions de vieillissement, d'autonomie, de dépendance, l'organisation des soins, les politiques de santé, à la lumière de plusieurs sociologies : de la santé, de l'hôpital, de la famille, du vieillissement, des professions et des organisations.

Cette recherche a aussi une visée pratique ou opérationnelle dans le sens où les conclusions peuvent améliorer d'une part les questionnements dans les débats publics et politiques ; et d'autre part améliorer la trajectoire de ce type de population, dans une meilleure adéquation de l'offre et de la demande dans les contextes locaux de prises en charge.

Notre première partie fait bilan de la vieillesse et de la fragilité à travers l'exemple des fractures du col du fémur. Les déterminants de santé individuels font émerger des problématiques collectives, sociales et politiques.

La deuxième partie traite précisément de cette pathologie observée chez des sujets âgés hospitalisés à Strasbourg. Elle vient illustrer une organisation complexe dans laquelle une multitude d'acteurs interagissent.

Dans une perspective interactionniste, nous verrons qui sont ces sujets âgés et quels acteurs viennent dessiner leur parcours de soin en partant d'un service hospitalier, celui de traumatologie et de chirurgie orthopédique de Strasbourg. L'organisation du système de santé sera revue de manière générale et plus fine à travers des rencontres avec des personnes âgées, des professionnels de santé et de l'entourage. La dernière partie est consacrée aux ressources individuelles et collectives mobilisables en amont de la fracture afin d'éviter les situations à risques, et en aval de la fracture afin de se relever et de s'en remettre. Il est alors question de prévention des fractures du col du fémur, et de questionnements sociaux que soulèvent les changements consécutifs à cette fracture. L'ensemble de cette recherche permet de conclure à plusieurs pistes d'amélioration pouvant être facilement et rapidement mises en place sur notre territoire. Les personnes âgées, leur entourage, les professionnels de santé et les représentants politiques sont les acteurs nécessaires à des parcours de soin efficaces et efficients.

PREMIÈRE PARTIE

DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ
INDIVIDUELS ET DES
PROBLÉMATIQUES COLLECTIVES.
L'EXEMPLE DES FRACTURES DU
COL DU FÉMUR

La France est confrontée au vieillissement de la population et doit s'adapter à ses conséquences politiques, économiques, sociales et sanitaires.

L'allongement de la durée de vie en bonne et en mauvaise santé implique de se pencher sur l'ensemble de ces domaines pour comprendre comment notre société fait face et gère toute une catégorie de la population dont les dénominations ne manquent pas : les personnes âgées, séniors, vieux, anciens, troisième âge, quatrième âge, aînés...

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous proposons de cibler l'analyse sur les personnes âgées de 75 ans ou plus hospitalisées pour fractures du col du fémur dans le service de traumatologie et de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Cette tranche d'âge correspond à l'entrée dans la dépendance pour les démographes, politiques et gériatres. C'est à partir de cet âge que la fréquence des incapacités augmente fortement et c'est une borne utilisée par l'assurance maladie et le Haut comité de la santé publique⁴.

Ce ciblage indispensable nous permet d'avoir un état des lieux global de la démographie (de la population et des dispositifs sanitaires) locale, de l'état de santé de la population âgée, et des différentes prises en charge possibles. Les enjeux sanitaires et sociaux que cette pathologie implique seront observés à un échelon fin.

Pour étayer ce choix méthodologique et saisir les spécificités de cette recherche, nous reviendrons dans un premier temps sur la démographie nationale et locale de la population âgée et sur l'offre de soin. Ce cadrage nous amènera à saisir les spécificités des prises en charge possibles et des enjeux sous-jacents comme la question des aidants naturels, du maintien à domicile et l'entrée en établissement pour personnes âgées.

⁴ HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France*. Paris : la documentation française, 2002, 410 p.

Le vieillissement de l'individu est un excellent exemple des ambiguïtés de la santé et de la maladie et de leur imbrication dans la sphère privée et publique. On peut distinguer plusieurs vieillissements selon les approches ou les disciplines, et donc plusieurs âges d'entrée dans la vieillesse.

La définition la plus répandue du vieillissement est celle de l'OMS. Le vieillissement est défini comme un « *Processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps.* »,⁵ et le critère d'âge cible les personnes de plus de 65 ans. En médecine, on distingue le vieillissement normal et pathologique lié à la dégradation des cellules du corps et à l'altération des fonctions cérébrales et physiologiques. Le vieillissement normal, également appelé sénescence, débute sur un organisme arrivé à maturité et progresse de manière irréversible jusqu'à la mort. Cette dégradation se traduit par une diminution des capacités psychomotrices, immunitaires ou reproductives, mais aussi des changements intellectuels avec des difficultés de langage et de mémorisation⁶. Le vieillissement normal est très inégal d'une personne à une autre, les modifications pouvant apparaître ou non, de manière plus précoce et plus visible pour chacun. Pour exemple, la doyenne des Français, Jeanne Calment, a vécu jusqu'à 122 ans alors que l'espérance de vie à la naissance des femmes en France en 2010 était de 84,6 ans. Les facteurs du vieillissement normal sont d'ordre génétique et environnemental comme l'activité exercée, l'alimentation ou le lieu de vie⁷.

⁵ <http://www.who.int/topics/ageing/fr/> consulté le 14/01/2015

⁶ COLLECTIF. *Le Larousse médical*. Paris : Larousse, 2012, 1264 p.

QUEVAUVILLIERS, J., SOMOGYI, A., FINGERHUT, A. *Dictionnaire médical de poche*. Paris : Elsevier Masson, 2008, 524 p.

⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. 1986, consulté le 14/01/2015

Le vieillissement pathologique signifie l'augmentation des maladies (morbidité) avec le passage du temps. Comme nous allons le voir plus loin, plus une personne avance en âge, plus elle est susceptible de souffrir de pathologies.

L'aspect social entre également en ligne de compte comme le soulignent B. Mishara et R. Riegel « *La vieillesse est une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités* ». ⁸ La sociologie ne s'est intéressée que tardivement au sujet. « *Au cours des quarante dernières années, la vieillesse et le vieillissement sont devenus des objets d'étude pour le sociologue, car ces différents obstacles ont été progressivement levés. Tout d'abord, les centres d'intérêt de la sociologie se sont diversifiés alors que l'augmentation de la population âgée et sa désignation comme catégorie cible des politiques publiques ont attiré l'attention sur ce groupe d'âge et suscité des demandes de connaissance. Ensuite, la vision d'une société structurée en classes sociales s'est faite moins prégnante : les sociologues considèrent plus volontiers aujourd'hui que l'appartenance à une classe sociale n'est plus la seule caractéristique individuelle qui mérite d'être en compte. Enfin, après avoir longtemps privilégié l'analyse des faits sociaux et des structures sociales, la sociologie française s'est ouverte aux études microsociologiques, rendant ainsi possibles les recherches sur le vieillissement individuel.* »⁹ Vincent Caradec¹⁰ distingue trois objets d'études pour la sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Le premier aborde particulièrement les constructions sociales des strates d'âge, les représentations sociales associées et les rapports de générations. Le deuxième objet d'étude se penche sur la description des personnes âgées et s'interroge sur ses spécificités.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

⁸ MISHARA, B.R., RIEGEL, R.G. *Le vieillissement*. Paris : Presses Universitaires de France, 1984, 340 p.

⁹ CARADEC, V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand colin, 2012, 128 p.

¹⁰ CARADEC, V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand colin, 2012, pp.7-8.

Le troisième objet est plus microsociologique puisqu'il s'attache au vieillissement individuel avec ses transformations au rapport au monde. Pour les individus, l'âge ne va pas toujours de pair avec le sentiment d'être vieux. En effet, une personne âgée de 75 ans peut se sentir aussi jeune qu'une de 60 ans et inversement.

Les patients vus lors cette recherche en sont de bons exemples puisqu'à âge équivalent, le ressenti de l'état de santé et de la qualité de vie diffère pour chacun.

Les nombreuses dénominations témoignent de la diversité des manières de vieillir : les séniors renvoient à une image positive où arrivés à l'âge de la retraite, ils sont encore dynamiques et pleinement acteurs sociaux. À l'inverse, le quatrième âge renvoie à cette image de passivité, de perte d'autonomie et de dégradation physique et psychique.

Nous nous intéresserons dans un premier temps au vieillissement de la population générale avec un premier constat d'une augmentation de l'espérance de vie individuelle.

L'ESPÉRANCE DE VIE QUI AUGMENTE

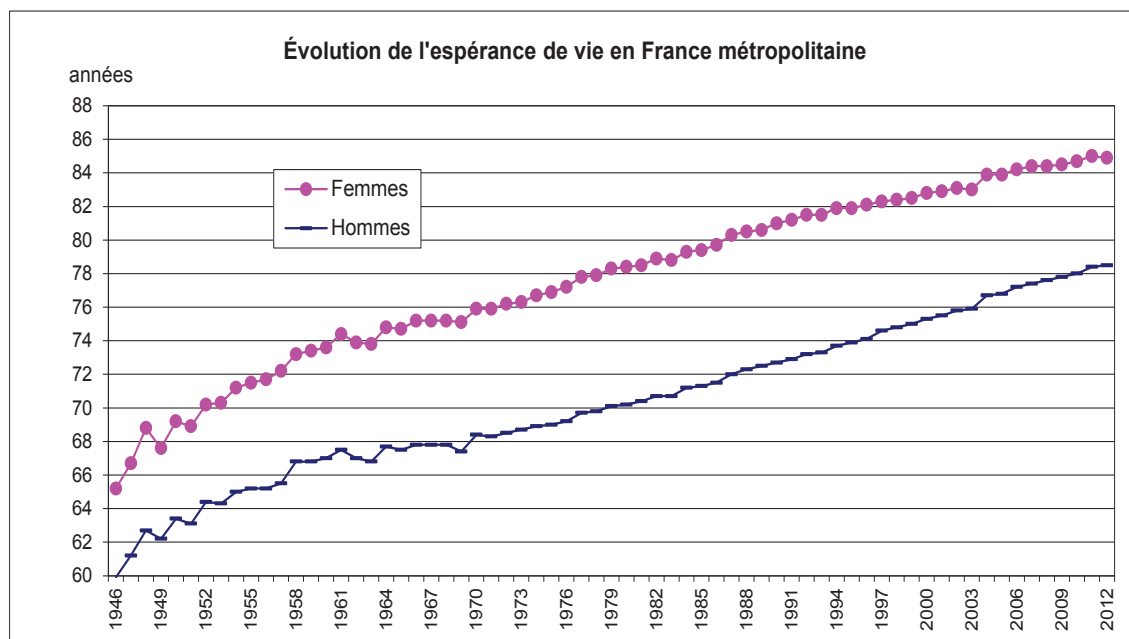
L'espérance de vie est définie comme le nombre moyen d'années qu'un groupe d'individus peut s'attendre à vivre¹¹. Cette espérance de vie augmente en France grâce aux progrès médicaux et aux développements de l'hygiène.

Cette augmentation concerne autant les hommes que les femmes. Ces dernières vivent en effet plus longtemps, mais l'écart tend à se réduire. En 2012, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 78,4 ans et de 84,8 ans pour les femmes. À 60 ans, cette espérance de vie est de 22,6 ans pour les hommes et de 27,2 ans pour les femmes.

¹¹ Définition de l'Institut national d'études démographiques. Consulté le : 06/02/2014

http://www.ined.fr/fr/lexique/bdd/mot/esperance_de_vie/popup/1/motid/38/

Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie en France métropolitaine de 1946 à 2012



Source 1 : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

En Alsace, nous assistons aux mêmes évolutions. S'agissant d'espérance de vie, la région affiche des indices d'une évolution positive, le gain d'espérance de vie à 60 ans entre 1990 et 2011 est de 4,8 ans pour les hommes en Alsace (vs. 3,6 ans en France hexagonale) et de 3,7 ans pour les femmes (vs. 3 ans en France hexagonale).

Tableau 1 : Évolution de l'espérance de vie à 60 ans en Alsace et en France hexagonale – 1990 à 2011

Sexe	espérance de vie à 60 ans en 1990	espérance de vie à 60 ans en 2011	gain année
Hommes			
Alsace	17,7	22,5	4,8
France métropolitaine	19	22,6	3,6
Femmes			
Alsace	22,9	26,6	3,7
France métropolitaine	24,2	27,2	3

Source 2 : Insee, RP 2009

L'Alsace est ainsi la 7^{ème} région de France métropolitaine où l'espérance de vie féminine est la plus faible en 2011 (la région enregistrant le plus faible taux est le Nord-Pas-de-Calais avec 82,8 ans). Pour les hommes, la région est proche de la moyenne nationale.

Cependant, l'Alsace reste une région jeune comparée aux autres régions françaises : l'indice de vieillissement¹² est de 64,9 pour le Bas-Rhin et de 68,4 pour le Haut-Rhin en 2012 plaçant les départements à la 32 et 25^{ème} place sur les 100 départements de France métropolitaine. De même la part des personnes âgées de 75 ans ou plus est de 7,7 % de la population alsacienne contre 8,8 % pour la France hexagonale.

Tableau 2 : Estimation de population au 1er janvier, par région, sexe et grande classe d'âge en 2012

Tranches d'âge	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus	total
Hommes						
Alsace	25%	26%	29%	14%	6%	100%
France métropolitaine	26%	26%	27%	14%	7%	100%
Femmes						
Alsace	23%	25%	28%	14%	10%	100%
France métropolitaine	23%	24%	27%	15%	11%	100%

Source 3 : Insee, état civil, estimation de la population

Pour continuer cette démonstration du vieillissement, des projections démographiques sont réalisées en France et en Alsace par l'Insee. Ces projections simulent chaque année jusqu'à l'horizon de projection, le nombre d'hommes et de femmes de chaque âge sur la base d'hypothèses sur l'évolution des trois composantes des variations de population (méthode des composantes) : fécondité, mortalité et migrations. Selon le scénario central des projections de l'Insee, « le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait, à lui seul, de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80 % en 53 ans. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés :

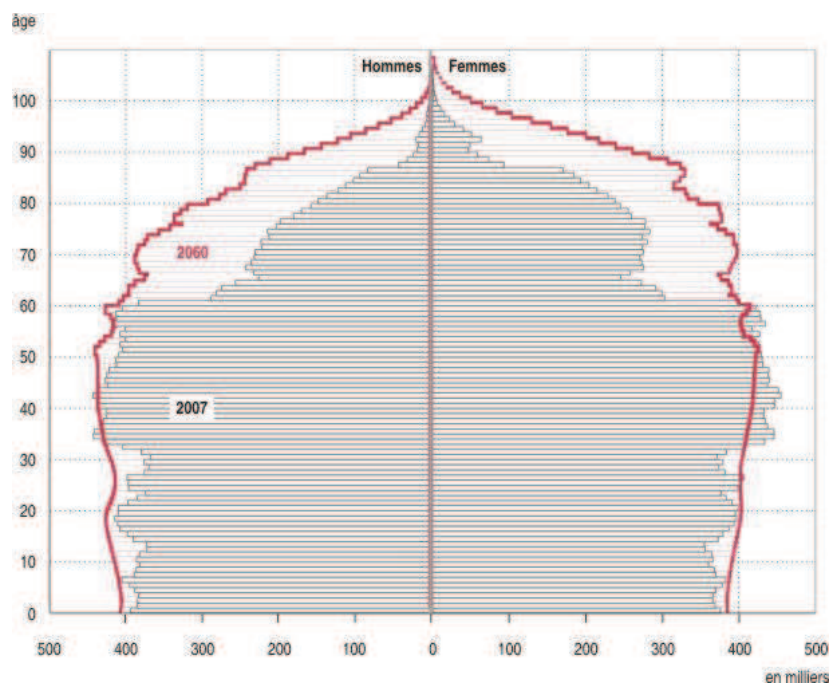
¹² Indice de vieillissement calcule le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions. »¹³ C'est ce que nous montre la pyramide des âges ci-dessous.

Elle nous permet d'un coup d'œil de comparer le nombre d'hommes et de femmes à chaque classe d'âge pour les années 2007 et 2060. Outre l'accroissement de la population âgée, ces chiffres interrogent le besoin d'aidants potentiels.

En effet, même si le taux de natalité reste élevé en France, le nombre d'aidants potentiels âgés de 20 à 60 ans est globalement similaire entre les deux années.

Figure 2 : Pyramide des âges en 2007 et 2060



Source 4 : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060 Champ : France métropolitaine.

De même en Alsace, la population des 75 ans ou plus devrait croître pour représenter 8,7 % de la population en Alsace en 2020, soit plus de 23 000 personnes de plus qu'en 2010.

¹³ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1320#inter consulté le 27/09/2012

En 2030, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus progressera encore pour atteindre plus de 12 % de la population en 2040.

Le tableau ci-dessous permet d’avoir une vision de la population en Alsace dans les années à venir. Les personnes jeunes seraient moins nombreuses dans notre région qu’en moyenne nationale alors que les plus de 65 ans seraient plus nombreux. Ces chiffres nous questionnent également sur les aides potentielles destinées aux plus âgés et permettent aux politiques publiques d’appréhender les besoins.

Tableau 3 : Évolution de la population en Alsace et en France 2007-2040 en %

	Année	Alsace	France
Moins de 20 ans	2007	24,7	25,0
	2040	21,4	22,6
20 à 64 ans	2007	60,2	58,6
	2040	52,7	51,8
65 ans ou plus	2007	15,1	16,3
	2040	25,9	25,6
Total (en milliers)	2007	1827	63601
	2040	2023	73196

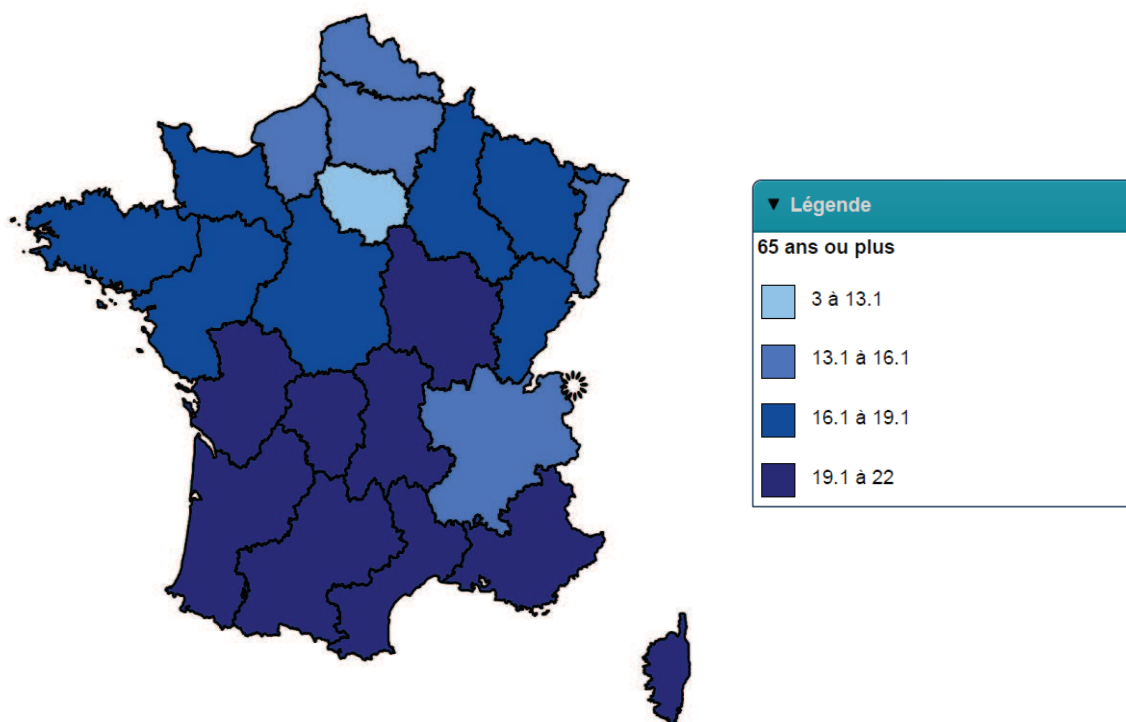
Source 5 : Insee, estimations de population

LES PERSONNES ÂGÉES EN ALSACE : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Selon les chiffres de l’Insee, en 1999, les personnes âgées de 75 ans ou plus représentaient 6 % de la population régionale, alors qu’au 1er janvier 2007, ce taux s’élevait à 7 %.

Comme nous avons déjà pu l’évoquer, la région Alsace reste cependant relativement jeune par rapport aux autres régions françaises puisqu’au 1er janvier 2008 les personnes de 75 ans ou plus représentent 8,5 % pour la France hexagonale. L’Alsace est donc la seconde région la plus jeune de France hexagonale, derrière l’Ile de France (6 %).

Figure 3 : Répartition de la population âgée de 65 ans ou plus dans la population totale en France hexagonale en 2008



Source 6 : Fnors, Score santé

Une autre caractéristique de la région est que la vieillesse concerne davantage les femmes

En 2010, on décomptait en Alsace 119 578 hommes âgés de 65 ans ou plus (dont 43.5 % de 75 ans ou plus) et 168 102 femmes de cette même tranche d'âge (dont 55.2 % de 75 ans ou plus). En voici la répartition :

Tableau 4 : Répartition par sexe de la population alsacienne âgée de 65 ans ou + en 2010

classe d'âge	hommes		femmes		ensemble	
	effectif	fréquence	effectif	fréquence	effectif	fréquence
de 65 à 69 ans	36326	49%	37935	51%	74261	100%
de 70 à 74 ans	31286	46%	37319	54%	68605	100%
de 75 à 79 ans	25561	41%	36553	59%	62114	100%
de 80 à 84 ans	16551	36%	29887	64%	46438	100%
de 85 à 89 ans	7959	29%	19692	71%	27651	100%
de 90 à 94 ans	1463	24%	4717	76%	6180	100%
de 95 ans ou plus	432	18%	1999	82%	2431	100%
Ensemble Alsace	903864	49%	947579	51%	1851443	100%

Source 6 : Insee, estimations de population

Le déséquilibre homme/femme s'observe à partir de 70 ans : les femmes sont plus nombreuses que les hommes en avançant en âge.

Puisque nous nous intéressons aux genres et à l'avancée en âge, il est à noter que le lieu de vie change avec l'âge et selon le sexe. La grande majorité des Alsaciens âgés vivent dans un ménage. En avançant dans l'âge, le lieu de vie change et c'est à partir de 80 ans que l'on observe une augmentation pour les services de moyen et long séjour. Les femmes sont plus concernées par ce type de lieu de vie que les hommes : ces derniers à âge égal vivent plus à domicile. En effet, 41 % des femmes âgées de 90 à 94 ans vivent dans un service spécialisé contre 23 % des hommes.

Tableau 5 : Répartition de la population de 50 ans ou + en Alsace selon le sexe et catégorie de population en 2007

Age quinquennal	Population des ménages		Service de moyen ou long séjour		Communauté religieuse		Autre catégorie de communauté		Ensemble	
	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme
50 à 54 ans	98%	99%	1%	-	-	-	1%	-	100%	100%
55 à 59 ans	99%	99%	1%	-	-	-	-	-	100%	100%
60 à 64 ans	98%	99%	2%	1%	-	-	-	-	100%	100%
65 à 69 ans	98%	99%	2%	1%	-	-	-	-	100%	100%
70 à 74 ans	98%	98%	2%	2%	-	-	-	-	100%	100%
75 à 79 ans	96%	96%	3%	4%	-	-	-	-	100%	100%
80 à 84 ans	94%	89%	6%	10%	-	1%	-	-	100%	100%
85 à 89 ans	81%	78%	18%	21%	1%	1%	-	-	100%	100%
90 à 94 ans	76%	58%	23%	41%	1%	1%	-	-	100%	100%
95 à 99 ans	67%	44%	32%	55%	1%	1%	1%	-	100%	100%
100 ans ou plus	69%	44%	28%	56%	3%	-	-	-	100%	100%
Ensemble	98%	98%	1%	2%	0%	0%	-	-	100%	100%

Source 7 : Insee, estimations de population

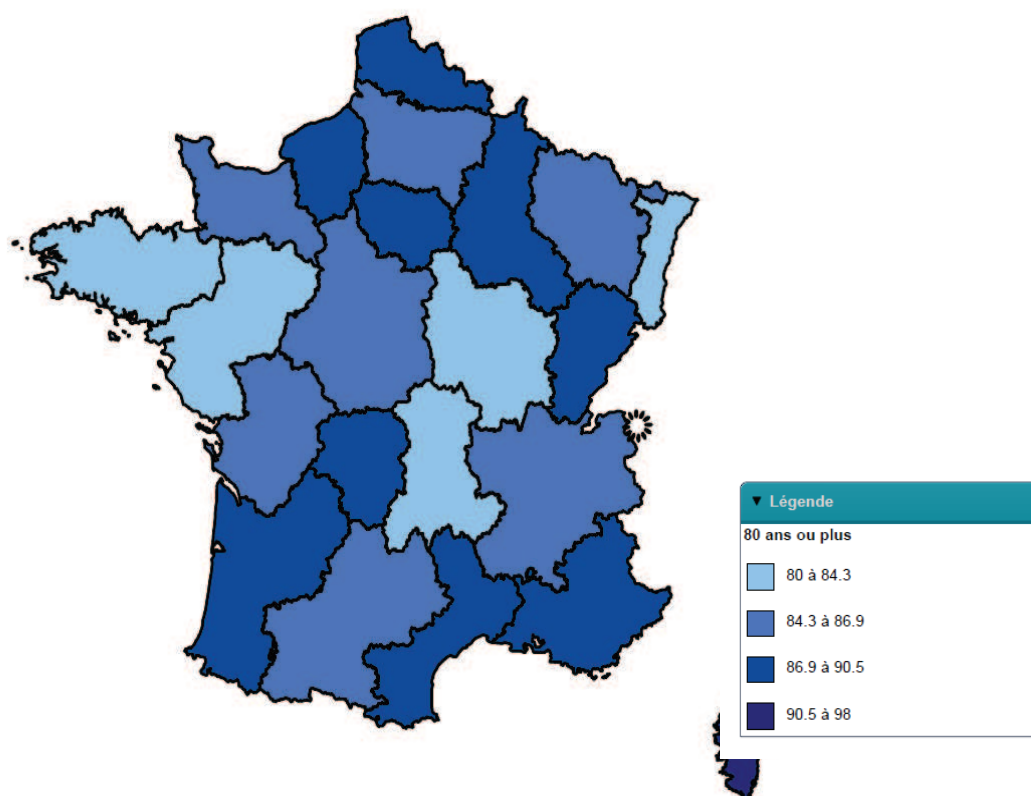
De manière générale, la grande majorité des personnes de 50 ans ou plus vivent à domicile. À partir de 80 ans, les hommes sont plus nombreux en proportion que les femmes à vivre au domicile. Ces dernières vivent alors davantage en services de moyen ou long séjours et plus elles avancent en âge, plus cette part augmente : ainsi à 95 ans 55 % des femmes vivent en moyen ou long séjour (contre 32 % des hommes du même âge).

Si l'on observe la part des personnes âgées vivant à domicile, l'Alsace se situe dans la moyenne nationale pour les personnes âgées de 60 à 74 ans : 98 % des personnes de cette tranche d'âge vivent à leur domicile en 2008. Avec l'avancée dans l'âge, la part des personnes âgées vivant à domicile diminue et la plus forte baisse s'observe chez les 80 ans ou plus. Pour cette tranche d'âge, les Alsaciens vivent moins à domicile qu'en moyenne nationale.

Tableau 6 : Part des personnes âgées vivant à domicile par tranche d'âge en Alsace et en France hexagonale en 2008

2008	Alsace	France Hexagonale
60-74 ans	98	98
75-79 ans	96	97
80 ans ou plus	84	86

Figure 4 : répartition des personnes âgées de 80 ans ou plus vivant à domicile en 2008



Source 7 : Fnors, Score santé

L'Alsace est une région où les personnes âgées vivent moins à domicile. En 1999, 88 % des 75 ans ou plus vivent à domicile (moyenne nationale). En Alsace comme dans les régions du nord-ouest, cette part est en dessous de la moyenne nationale avec 86 %.

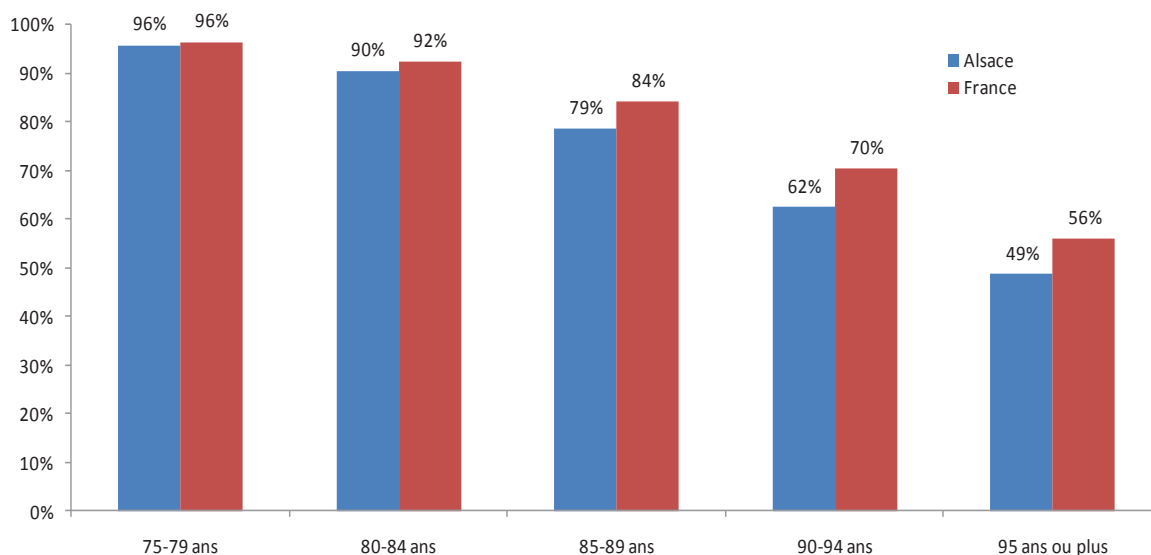
Cet écart peut s'expliquer par des facteurs économiques et sociaux propres à chaque territoire. Les Alsaciens âgés, plus aisés financièrement que dans d'autres régions, pourraient plus facilement prendre en charge les coûts élevés d'un établissement d'hébergement.

Parallèlement, la part des 75 ans ou plus vivant seuls à domicile s'élève à 41 % en Alsace. Ce taux est proche de la moyenne nationale (41 %). Le taux le plus élevé est observé en Ile de France avec 46 %, les taux le plus bas s'observent en Corse, en Midi-Pyrénées et en Poitou-Charentes (34 à 36 %).

Une des conséquences de ce plus faible maintien à domicile est un recours à l'institutionnalisation plus fréquent que dans la plupart des régions. L'Alsace se distingue également en termes de modes de vie : 89 % des personnes de 75 ans ou plus vivent à domicile, contre 91 % en France hexagonale.

Par ailleurs, dès 75 ans, la part de personnes vivant dans un logement ordinaire (à domicile ou en logement foyer) décroît, et ce plus rapidement que pour l'ensemble de la France hexagonale. Pour les 95 ans ou plus, la part de personnes vivant en logement ordinaire n'est que de 49 % en Alsace, contre 56 % pour l'ensemble de la France. Un état de santé plus dégradé de la population âgée, ainsi qu'un niveau de dépendance plus élevé, peuvent expliquer, en partie au moins, ce moindre maintien à domicile.

Figure 5 : Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en logement ordinaire – Alsace et France – 2007



Source 8 : Insee, recensement de la population 2007.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'existe pas d'institutionnalisations évitables dans la région : une étude régionale¹⁴ de 2009 reposant sur des entretiens avec des professionnels et des personnes âgées ayant demandé une entrée en maison de retraite a montré qu'il existe des situations où une institutionnalisation, qui peut sembler *a priori* incontournable, s'avère en définitive être évitable. Ces situations sont souvent liées au caractère urgent d'une prise en charge même temporaire après un épisode de dégradation de l'état de santé général. Il s'agit cependant d'un travail qualitatif, qui s'il établit bien l'effectivité de ce phénomène ne permet cependant pas d'en quantifier l'importance à l'échelle de la région.

Pour parfaire la description de la population âgée alsacienne, il est à noter que les femmes sont plus souvent seules que les hommes à un âge avancé. Les Alsaciens de 50 ans et plus sont majoritairement mariés. L'état matrimonial montre que les hommes de ces âges sont plus célibataires et mariés que les femmes ; à contrario les femmes sont plus souvent veuves et divorcées.

Les hommes de 80 ans ou plus sont beaucoup plus souvent mariés que les femmes du même âge (64 % vs 18 %). Ces dernières sont davantage veuves : les différences d'âge au mariage pourraient être une explication. En 2009, l'âge du premier mariage pour les hommes est de 31,7 ans et de 29,8 ans pour les femmes (écart de presque 2 ans).

Tableau 7 : Répartition de la population des 50 ans et + en Alsace selon le sexe et l'état matrimonial légal en 2007

Etat matrimonial Age quinquennal	Célibataires		Marié(e)s		Veufs, veuves		Divorcé(e)s		Ensemble	
	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme
50 à 54 ans	13%	10%	73%	72%	1%	4%	12%	14%	100%	100%
55 à 59 ans	10%	7%	78%	72%	2%	8%	11%	13%	100%	100%
60 à 64 ans	8%	6%	80%	69%	3%	14%	8%	11%	100%	100%
65 à 69 ans	8%	6%	81%	65%	5%	22%	6%	7%	100%	100%
70 à 74 ans	7%	6%	80%	54%	9%	35%	4%	5%	100%	100%
75 à 79 ans	6%	7%	77%	40%	15%	49%	2%	3%	100%	100%
80 ans ou plus	5%	10%	64%	18%	29%	70%	2%	2%	100%	100%
Ensemble	38%	31%	53%	50%	3%	12%	6%	7%	100%	100%

Source 8 : Insee, estimations de population

¹⁴ POLESI, H., BENAÏM, A., et al. *L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace*. ORS Alsace, décembre 2009, 84 p.

De même, en nous penchant sur la constitution des ménages, on constate que les femmes dès 50 ans vivent en majorité dans un ménage d'une seule personne : 69 % en moyenne contre 17 % des hommes de 50 ans ou plus.

Tableau 8 : Répartition de la population de 50 ans et + en Alsace selon le sexe et la taille des ménages en 2007

taille des ménage	1 personne		2 personnes		3 personnes		4 personnes		5 personnes		6 personnes ou	
	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme
50 à 54 ans	13%	58%	34%	27%	28%	10%	17%	3%	6%	1%	3%	1%
55 à 59 ans	13%	73%	51%	20%	22%	6%	9%	1%	3%	-	2%	-
60 à 64 ans	13%	82%	64%	14%	16%	3%	4%	1%	2%	-	2%	-
65 à 69 ans	13%	85%	71%	12%	11%	2%	3%	1%	1%	-	1%	-
70 à 74 ans	14%	85%	73%	13%	10%	2%	2%	-	1%	-	-	-
75 à 79 ans	17%	88%	74%	10%	8%	2%	1%	-	-	-	-	-
80 ans ou plus	26%	88%	67%	11%	6%	1%	1%	-	-	-	-	-
Ensemble	17%	69%	38%	19%	19%	8%	17%	3%	6%	1%	2%	0%

Source 9 : Insee, estimations de population

À domicile, plus de la moitié des femmes âgées de plus de 50 ans vivent seules dans leur logement. Parmi ces personnes âgées vivant à domicile (y compris logement foyers), une part non négligeable vit seule, avec un clivage net selon le sexe. Plus d'une femme de 75 ans ou plus vivant à domicile sur deux (55 %) vit seule dans son logement ; ce n'est le cas que d'un homme sur cinq (20 %). En 2006, cela fait près de 48 000 personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules à leur domicile, dont 39 709 femmes. Cet effectif permet d'envisager le volume de personnes susceptibles de nécessiter de l'aide pour certaines tâches : en effet, l'étude *Vivre la dépendance à domicile*¹⁵ avait montré que les personnes âgées vivant à domicile avaient besoin d'aide pour certaines tâches de la vie quotidienne, même aux niveaux de dépendance les plus bas.

Les femmes âgées apparaissent dans une situation globalement plus fragile que les hommes : plus souvent veuves, d'un moindre niveau d'instruction initiale, plus dépendantes, d'un niveau de revenu moindre, etc. Elles apparaissent plus susceptibles d'entrer en institution, à âge égal : 12,8 % des femmes âgées de 75 ans ou plus vivent en institution, contre 6,3 % des hommes (chez les personnes de 95 ans ou plus, ces valeurs atteignent 54 % pour les femmes, et 32 % pour les hommes).

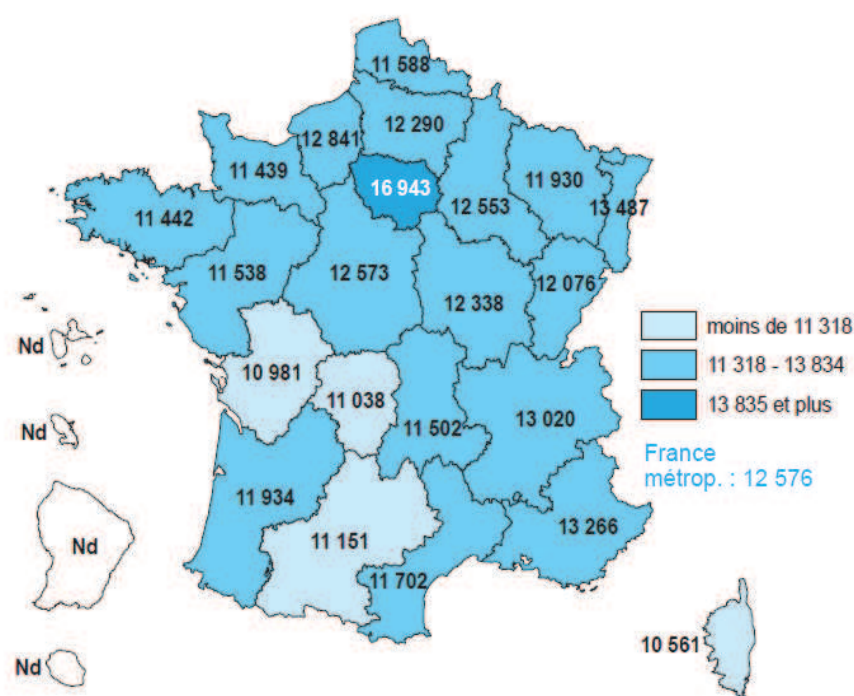
¹⁵ ORSAL, HUS Centre Gérontologique et AGIRA. *Vivre la dépendance à domicile*. 1998, 136 p.

Une dernière caractéristique de notre population en région est qu'elle est relativement aisée financièrement. Pour en témoigner, nous pouvons nous appuyer sur deux indicateurs : celui des revenus fiscaux et celui des bénéficiaires de l'Aide personnalisée pour l'autonomie (APA) et de l'aide-ménagère. Le revenu médian permet d'appréhender le niveau de vie. En 2005 pour la France hexagonale, ce revenu moyen est égal à 12 600€.

L'Alsace est la deuxième région après l'Île de France où les revenus fiscaux médians sont les plus élevés avec 13 487€ (par ménage dont le référent fiscal est une personne âgée de 75 ans ou plus).

Comme le montre la carte ci-dessous « *Tous âges confondus, l'Île de France, Rhône-Alpes et l'Alsace sont les trois régions qui connaissent les niveaux de vie médians les plus élevés en France métropolitaine.* »¹⁶

Figure 6 : Revenu fiscal médian de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2005 en euros

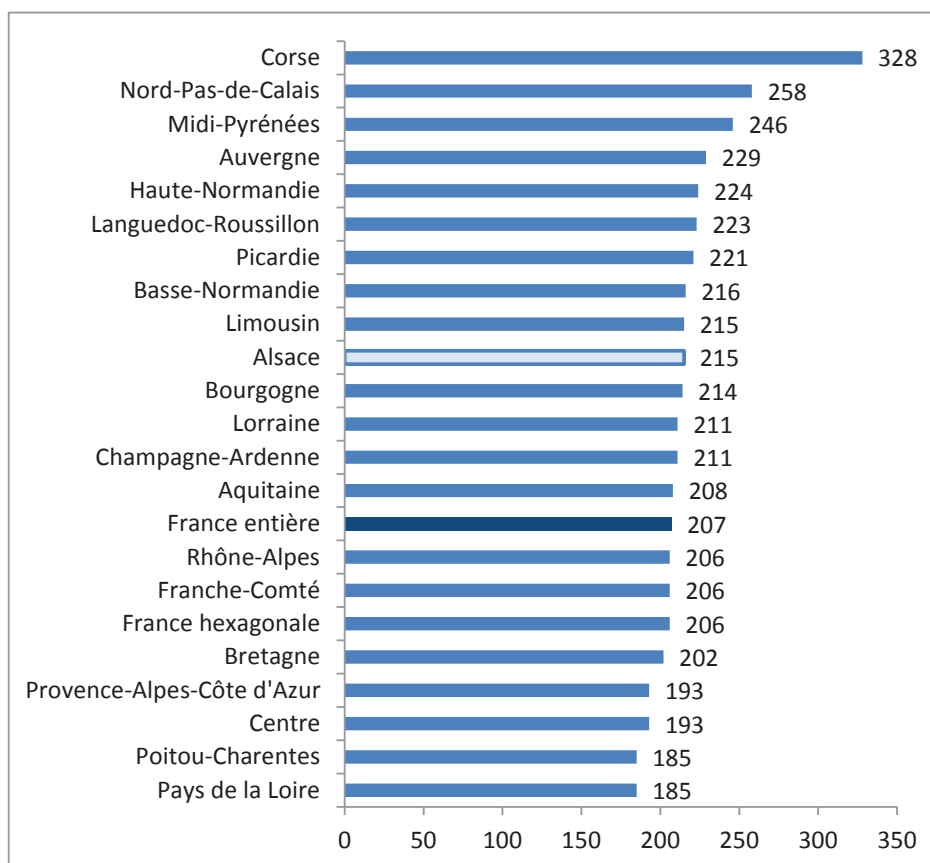


Source 9 : Insee (enquête Revenus fiscaux)- Exploitation : FNORS

¹⁶ FNORS. *Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France*. Paris : septembre 2008, p.23

Un autre indicateur de l'aisance financière des personnes âgées alsaciennes par rapport aux autres régions françaises est le taux de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse. Les données disponibles datent de 2005. Ainsi, « *le taux de bénéficiaires atteint son maximum à l'île de la Réunion, 59 % de la population bénéficiant de l'ASV. [...] La Lorraine et l'Alsace ont en revanche les taux les plus faibles* »¹⁷ Le nombre de bénéficiaires de l'Aide personnalisée à l'autonomie pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus est plus élevé en Alsace qu'en moyenne nationale : 215 vs. 206 pour 1 000 en 2010. Cet indicateur met en évidence que malgré l'aisance financière des Alsaciens, le niveau de dépendance plus élevé et l'état de santé plus dégradé nécessitent des besoins d'aide plus importants pour eux.

Figure 7 : Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

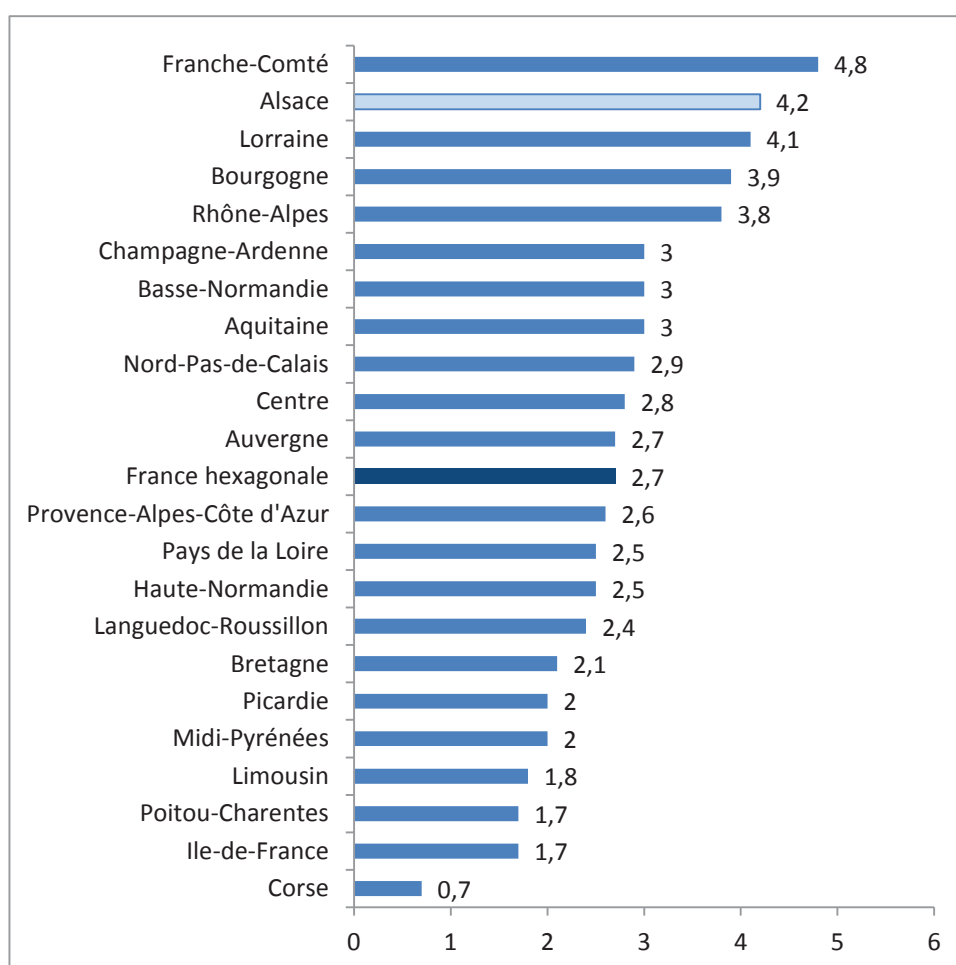


Source 10 : Fnors, Score santé

¹⁷ FNORS. *Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France*. Paris : septembre 2008, p.24

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'aide-ménagère, l'Alsace se situe en 2^{ème} position des régions de France hexagonale où la proportion des bénéficiaires de l'aide-ménagère est la plus élevée. Cela peut s'expliquer par une facilité financière plus importante en Alsace et par un réseau d'aide plus développé.

Figure 8 : Proportion de bénéficiaires de l'aide-ménagère à domicile en 2010 en France hexagonale



Source 11 : Fnors, Score santé

Les personnes âgées connaissent une situation économique plus favorable que dans les autres régions. Ce fait est prendre en compte notamment pour bien comprendre les consommations de soin et les modes de prises en charge dans la région. La population alsacienne connaît bel est bien un vieillissement, mais un vieillissement différent selon le sexe : les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes, vivent le plus souvent seules et plus elles avancent dans l'âge, moins elles vivent à domicile.

Cet état de fait est bien évidemment à prendre en compte dans notre analyse puisque des conséquences sanitaires et médico-sociales en découlent : adaptation de l'offre de soin, de l'organisation sanitaire ou l'intervention d'aidants naturels ou professionnels.

Dans la continuité de notre état des lieux, nous allons nous pencher sur l'aspect sanitaire et médical. Car là encore, des caractéristiques alsaciennes se dessinent.

ÉTAT DE SANTÉ, MORTALITÉ ET PATHOLOGIES DES ALSACIENS ÂGÉS

SANTÉ ET MALADIE

La santé et la maladie sont souvent opposées dans notre société : être malade veut dire ne pas être en bonne santé et inversement, être en bonne santé signifie absence de maladie. Pour comprendre cette corrélation, il est primordial de rappeler ce postulat : maladie et santé sont avant tout des constructions sociales faisant référence à des croyances, des imaginaires sociaux présents dans des cultures. Chaque société, chaque groupe, chaque individu qui les compose a sa propre vision et représentation de la maladie et de la santé. Ces états seraient interprétés en fonction des contextes sociaux dans lesquels ils se produisent et ne sont donc pas seulement des données totalement objectives.

Sociologiquement, les travaux de Mark Zborowski de 1952¹⁸ portent sur les composantes culturelles de l'expérience de la douleur dans trois groupes ethniques des États-Unis : des Américains d'origine italienne, des Américains d'origine juive, et ceux issus de familles protestantes implantées de longue date aux États-Unis. En interrogeant près de 240 patients d'un hôpital du quartier du Bronx, il démontre bien comment chaque culture réagit et s'exprime par rapport à la douleur. D'après ses conclusions, les malades italiens et ceux d'origine juive ont tendance à dramatiser leur rapport à la douleur et n'hésitent pas à gémir, pleurer et se révolter.

¹⁸ ZBOROWSKI, M. *People in pain*. San Francisco: Jossey Bass, 1969, 274 p.

Une fois la douleur calmée et disparue, les Italiens retrouvent assez vite une tranquillité et leurs relations avec les autres, tandis que les Juifs continuent leur plainte et maintiennent une anxiété sur leur pathologie. Les patients d'origine irlandaise ne vont pas se plaindre et ne collaborent pas avec les médecins. La culture irlandaise impose une endurance forte à la douleur en signe de dignité, ce qui implique un recours tardif aux médecins. Le fait de se retrouver hospitalisé est vécu comme un échec par cette population ce qui explique leur non-collaboration avec les médecins. Les malades d'origines américaines ou « de vieille souche américaine » ont une image des pionniers combattifs et vont supporter la douleur sans la faire peser sur les autres. M. Zborowski a également observé l'entourage de l'ensemble de ces patients et a pu conclure à l'importance du statut de la mère. Les mères juives et italiennes sont très présentes, dévouées et assistent leurs malades. Les mères irlandaises et américaines sont quant à elles plus distantes et moins compatissantes.

Les différences de réactions selon les cultures ne concernent pas seulement le style des plaintes ou la nature de l'angoisse associée à différents symptômes. Selon les sociétés, on attache un intérêt plus ou moins grand à différents organes ou parties du corps. Dans les sociétés occidentales, le cœur est investi de significations particulières : c'est le siège de l'âme, des émotions notamment du sentiment amoureux. Au Japon, c'est à l'abdomen que l'on accorde la plus grande attention. *« Il est considéré comme le siège de la vie et condense les significations que nous attachons à la fois au cœur et au cerveau. Encore de nos jours, alors que la médecine occidentale est dominante au Japon, les Japonais distinguent un grand nombre de troubles abdominaux que nous ne distinguons pas et s'en préoccupent énormément. Le modelage culturel englobe aussi au-delà de la perception et de l'expression des symptômes, ce qui est défini comme maladie dans une société donnée. On sait que dans certaines d'entre elles, des phénomènes que la médecine occidentale considère comme pathologiques ne sont pas considérés comme des symptômes : les vers intestinaux que certains groupes ethniques considèrent comme des éléments nécessaires à la digestion en sont un exemple. »*¹⁹

¹⁹ FRIARD D. *Les représentations de la maladie*. Consulté le 07/10/2014

http://www.serpsy.org/formation_debat/diagnostic/representations.html

Grâce aux travaux des anthropologues et d'autres chercheurs, on a pu comprendre toute la complexité de la maladie : il s'agirait d'une réaction organique et psychique d'un individu à des contraintes et exigences sociales, réaction modelée et définie de manière spécifique à l'intérieur d'une société et d'une culture. L'expérience de Beecher²⁰ est un très bon exemple. Cet anesthésiologiste a montré l'influence des facteurs psychologiques dans la modulation de la douleur en comparant les données de 150 soldats américains blessés sur la plage d'Anzio en Italie au cours de la seconde guerre mondiale avec celle de 150 civils du même âge ayant été soumis à une intervention chirurgicale entraînant une affection similaire de leur organisme. Il en a conclu que seuls 32 % des soldats exprimaient un besoin d'analgésique pour combattre la douleur contre 83 % du côté des civils. La signification des douleurs n'est pas la même dans ces deux situations. « *Une blessure touchant un soldat habitué à se battre et à voir ses camarades blessés, ou périr, revêt une signification honorable : il a fait son devoir, pris sous les feux de l'ennemi, il n'a rien à se reprocher et surtout il est vivant. La blessure signifie un retrait des combats et une évacuation, avant le retour à la vie civile, avec une éventuelle pension. Le militaire blessé souffre moins d'un état de fait qu'il est accoutumé de longue date à considérer comme une conséquence possible de son activité que l'employé renversé par une voiture ou l'ouvrier dont le bras a été percuté par la machine qu'il manipulait. Loin du théâtre de la guerre, et rarement confronté à l'adversité, le civil est atteint au cœur de sa vie quotidienne, alors que rien ne l'a jamais préparé à affronter une telle situation* »²¹

L'exemple de l'évocation des symptômes vient également illustrer ce modelage culturel. L'étude d'Irving Zola Culture et symptômes : Analyse des plaintes du malade²² montre comment des patients décrivaient leurs symptômes au médecin dans le cadre de consultations

²⁰ BEECHER, HK. "Relationship of significance of wound to the pain experience. ", *Journal of the American Medical Association*, 1956, n°161, pp.1609-1613

²¹ LE BRETON, D. *Douleur et anthropologie*. 2005. Consulté le 10/11/2014

<http://www.institut-servier.com/download/douleur/8.pdf>

²² ZOLA, I.K. " Culture and symptoms-an analysis of patients presenting complaints. ", *American Sociological Review*, 1966, n°31, .pp. 615-630

de médecine générale, d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie et compare très précisément l'expression des plaintes dans des couples de malades, l'un d'origine irlandaise, l'autre d'origine italienne sur lesquels avaient été posé le même diagnostic.

Les Irlandais indiquent plus souvent des localisations précises pour leurs symptômes, décrivent un dysfonctionnement circonscrit et minimisent leur souffrance. Les Italiens se plaignent de symptômes plus nombreux, mais ceux-ci sont plus diffus ; ils insistent sur la douleur ressentie et soulignent que leur humeur et leurs relations avec autrui sont perturbées. Ainsi pour un même trouble visuel à la question " De quoi souffrez-vous ? ", un Américain d'origine irlandaise répond : " Je ne peux pas y voir pour enfiler une aiguille ni pour lire le journal. " tandis que le malade d'origine italienne dit : " J'ai un mal de tête perpétuel, les yeux qui pleurent et qui deviennent rouges ". Les différences de réaction selon les cultures ne concernent pas seulement le style de la plainte ou la nature de l'angoisse associée à différents symptômes.

Comment définit-on la santé et la maladie dans notre société ? « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Cette définition est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et reste inchangée depuis cette date. Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne âgée.

La santé se présente donc plutôt comme un objectif que certains jugeront utopique puisqu'elle classe, selon le pays étudié, de 70 à 99 % des populations comme n'étant pas en bonne santé ou malade. Par opposition, la maladie est un état anormal du corps ou de l'esprit qui provoque de l'inconfort, un dysfonctionnement, ou une détresse chez la personne touchée ou chez ceux qui sont en contact avec celle-ci. Parfois, on étend le sens du terme pour y inclure les blessures, les handicaps, les syndromes, les symptômes, les comportements « déviants », et les variations atypiques de structure et de fonction, alors que dans d'autres contextes ceux-ci peuvent être considérés comme des catégories à part entière. Dans notre société, les deux termes sont donc associés. On ne comprend pas l'un sans l'autre. Le discours purement médical n'est pas le même que pour les individus non spécialistes.

L'étude de C. Herzlich²³ à ce sujet est tout à fait révélatrice. Elle a montré que le langage dans lequel on s'exprime sur la maladie et la santé, dans lequel on interprète les causes et les conséquences, n'est pas un langage corporel, mais le langage de l'individu par rapport à la société. Cette société où le rythme est trop rapide, l'air pollué, la nourriture « chimique », pleine de bruit. La société serait donc la cause même des maux de l'individu.

Aussi, des critères sociaux comme l'inactivité, l'exclusion ou la participation sociale viennent caractériser la santé et la maladie. C'est ce que montre B. Good²⁴ dans ses travaux où il démontre que les symptômes, les dysfonctionnements ne s'organisent en maladie que dans la mesure où ils introduisent un changement dans la vie quotidienne de l'individu et une modification de son identité sociale. Les maux pouvant contraindre à s'arrêter de travailler, à modifier ses déplacements, ses relations avec l'entourage, changent l'identité sociale de l'individu qui sera qualifié de « malade ». Cette simple dénomination ou caractérisation est pleine d'imaginaires et de représentations sociales qui ne font pas appel aux qualifications médicales.

On comprend donc que la santé n'est pas forcément liée à l'absence de maladie, mais qu'elle touche tous les domaines de la vie d'un individu. D'un point de vue anthropologique, la maladie est quasiment considérée comme un invariant social, c'est-à-dire que tous les hommes y ont été, y sont ou y seront touchés et confrontés un jour dans leurs vies. Dans cette perspective, il est intéressant de voir comment chacun dans son contexte personnel, temporel, géographique, familial, professionnel, gère cette situation et quels moyens seront utilisés pour y faire face.

²³ HERZLICH, C. *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, juin 2005, 210 p.

²⁴ GOOD, B.J. *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, 262 p.

Aussi, « être malade, ce n'est pas seulement être atteint dans son intégrité physique dans tout ou une partie de son corps. C'est vivre différemment de sa propre vie, car la maladie désorganise l'individu dans sa vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale ». ²⁵

La maladie n'est donc pas que physique ou mentale puisqu'elle touche d'abord l'individu dans tous les aspects de son existence, elle va modifier ses contacts avec autrui, ses habitudes quotidiennes, ses sensations et ses humeurs, ses activités professionnelles, des moments d'absence avec son lieu de vie habituel en cas d'hospitalisation.

Dans le cas des personnes dépendantes comme les enfants, les personnes âgées ou handicapées, c'est souvent la famille proche qui les prendra en charge ce qui implique aussi des changements dans la vie quotidienne, des coûts d'argent, de temps et d'énergie, des ajustements parfois dans les moindres détails de l'organisation habituelle. Par exemple, si une personne est invalide en fauteuil roulant, il sera nécessaire de modifier les plans du logement pour élargir les couloirs, aménager les commodités et la salle de bain; si un enfant est fortement allergique aux acariens, les tâches ménagères prendront une tout autre forme bien plus poussée; si une personne souffre de diabète, les repas devront être faits en fonction d'elle, etc. Comme le dit R. Waissman à propos de l'enfant malade : « Soigner à domicile un enfant atteint de maladie chronique demande, de la part des membres de la famille, de redéfinir l'organisation de la vie quotidienne à tous les niveaux de la vie sociale. » C'est en ce sens que la maladie revêt aussi une dimension sociale non négligeable.

On l'aura compris, santé et maladie sont bien des constructions sociales. Il faut garder ceci à l'esprit pour bien comprendre ce qui se joue pour l'individu et son entourage quand il est atteint par l'affection.

²⁵ CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES. “ Soignés-soignants : les nouveaux rapports. ”, *Informations sociales*. France : 1983, n° 3

MORTALITÉ

Il est nécessaire de pouvoir observer les taux de mortalité par région pour faire émerger d'éventuelles hypothèses explicatives des conditions de vie de la population âgée en Alsace notamment. Ainsi, un premier constat peut être clairement établi : les taux de mortalité pour les personnes âgées sont en diminution. C'est ce que détermine les travaux de l'Observatoire régional de la santé d'Alsace dans son état des lieux de 2010 « *La mortalité des personnes âgées de 75 ans ou plus en Alsace a connu depuis le début du millénaire une fluctuation non négligeable. Rappelons qu'en 2000, la région présentait encore des taux comparatifs de mortalité parmi les plus élevés : 7 301 décès pour 100 000 femmes (plus fort taux de France hexagonale) et 10 749 décès pour 100 000 hommes (second plus fort taux de France hexagonale). Bien que les taux restent élevés, l'Alsace est la région de France hexagonale ayant connu les plus fortes diminutions en matière de mortalité des personnes de 75 ans ou plus, dans un contexte de baisse généralisée : pour les femmes, le taux de 2007 ne représente plus que 79 % de celui de 2000, pour les hommes, 84 %.* »²⁶

²⁶ ORS ALSACE. *État de santé et déterminants de santé en Alsace*. Septembre 2010. p.162

Figure 9 : Taux standardisés de mortalité des femmes âgées de 75 ans ou plus – Régions de France, 2007

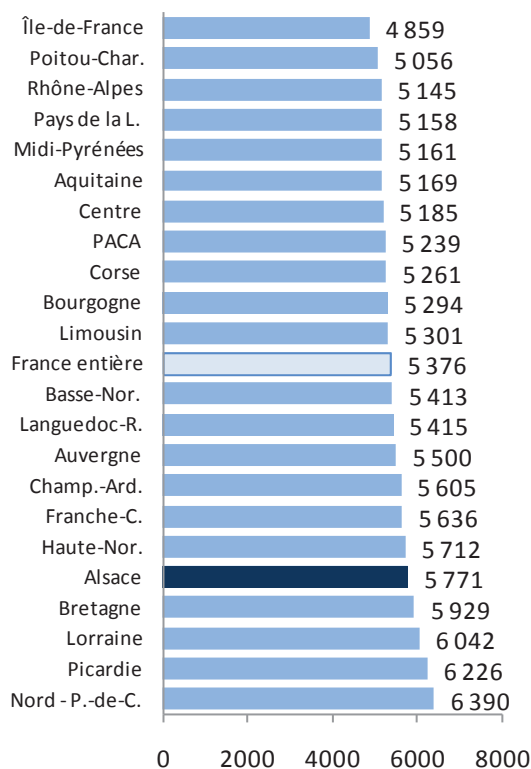
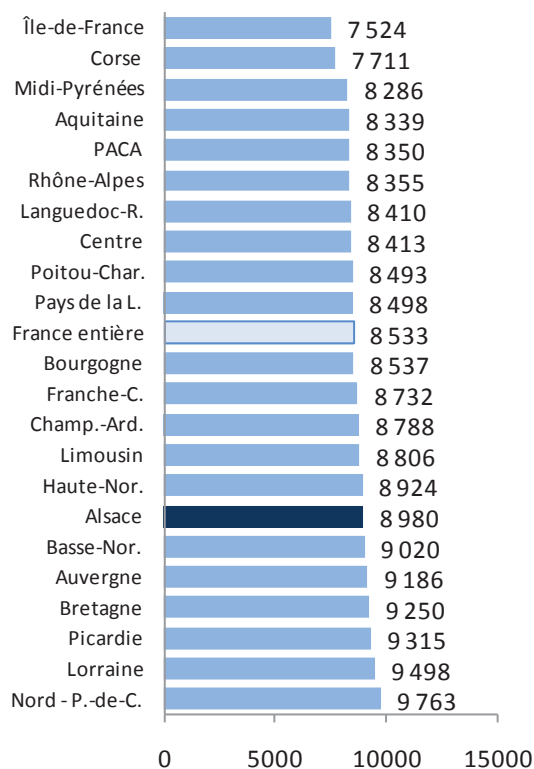


Figure 10 : Taux standardisés de mortalité des hommes âgés de 75 ans ou plus – Régions de France, 2007



Source 12 : Insee, Inserm. Traitement : Fnors.

Que ce soit pour les hommes ou les femmes, les taux de mortalité en Alsace sont supérieurs par rapport à la moyenne nationale. « Par ailleurs, la mortalité régionale baisse plus rapidement que dans la plupart des autres régions de France hexagonale. Il en va de même pour l'espérance de vie à la naissance. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance des hommes en Alsace était en 1982 de 69,4 ans alors qu'elle était de 70,7 ans pour les hommes en France métropolitaine, soit une différence de 1,3 an. Les femmes en Alsace avaient en 1982 une espérance de vie à la naissance de 77,4 ans, inférieure de 1,4 an par rapport à la moyenne nationale. En 2007, l'espérance de vie de la population masculine en Alsace est supérieure de

0,3 an par rapport à la France métropolitaine (77,8 vs. 77,5) et n'est inférieure que de 0,3 an pour les femmes (84,0 vs. 84,3). »²⁷

Si l'on regarde de plus près les lieux de décès, les Alsaciens décèdent moins dans leur domicile qu'en moyenne nationale et plus dans les établissements hospitaliers publics ou privés ainsi qu'en maison de retraite. Ce constat confirme bien l'institutionnalisation plus développée dans la région et un maintien à domicile plus faiblement développé.

Tableau 9 : Répartition des décès suivant le lieu de décès par région d'enregistrement en 2009

rang	régions France métropolitaine	ensemble des décès	domicile ou logement	établissement hospitalier	clinique privée	maison de retraite
1	Île-de-France	13,2%	22,3%	54,3%	11,5%	8%
2	Rhône-Alpes	8,9%	24,2%	49,7%	6,6%	14%
3	PACA	8,7%	31,6%	39,4%	12,3%	11%
4	Nord-Pas-de-Calais	6,7%	31,7%	49,2%	8,7%	7%
5	Bretagne	5,8%	25,5%	52,3%	6,0%	12%
6	Aquitaine	5,8%	26,6%	46,0%	10,0%	13%
7	Pays de la Loire	5,6%	24,7%	49,1%	7,4%	14%
8	Midi-Pyrénées	4,9%	29,8%	38,5%	13,1%	14%
9	Languedoc-Roussillon	4,7%	31,4%	35,2%	14,8%	12%
10	Lorraine	3,9%	23,3%	54,8%	6,7%	11%
11	Poitou-Charentes	3,4%	26,4%	52,4%	1,8%	15%
12	Bourgogne	3,2%	22,1%	53,5%	6,4%	14%
13	Picardie	3,0%	25,2%	56,7%	4,8%	9%
14	Haute-Normandie	3,0%	27,5%	52,3%	7,8%	8%
15	Alsace	2,8%	23,5%	51,2%	9,1%	13%
16	Auvergne	2,7%	21,9%	50,2%	8,2%	16%
17	Basse-Normandie	2,7%	25,6%	53,7%	3,9%	11%
18	Champagne-Ardenne	2,4%	24,3%	52,1%	8,3%	11%
19	Franche-Comté	1,9%	23,1%	57,3%	3,2%	12%
20	Limousin	1,8%	22,4%	53,9%	6,7%	14%
21	Corse	0,5%	28,0%	31,9%	13,4%	8%
	Ensemble	100,0%	25,9%	49,1%	8,7%	12%

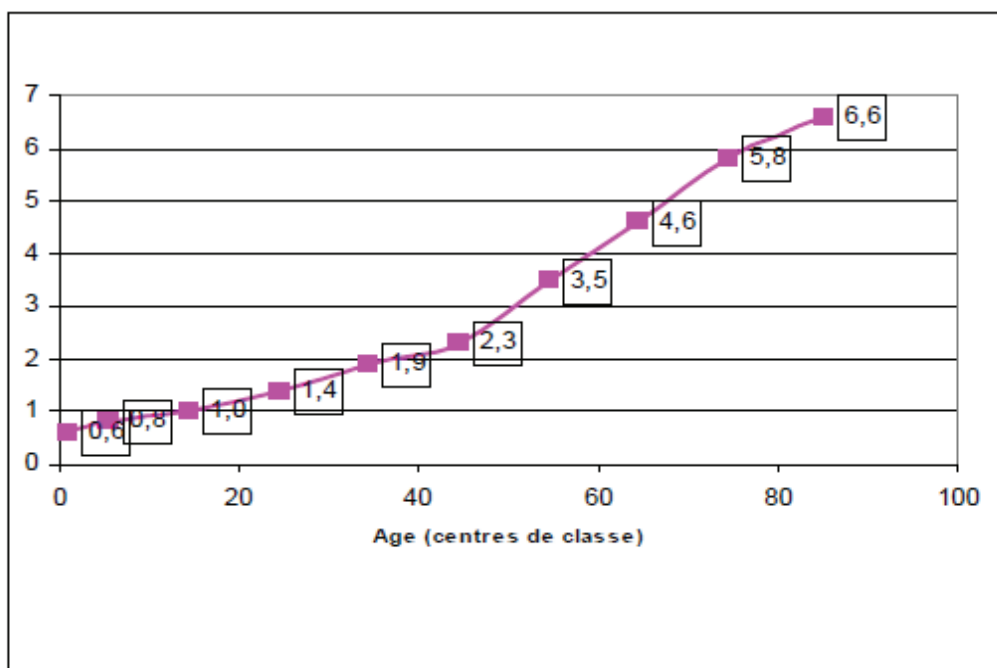
Source 13 : Insee

Nous venons de le voir, l'Alsace est une région où la mortalité des personnes âgées est élevée. En ciblant notre analyse sur quelques groupes de pathologies, il est possible de comprendre en partie pourquoi.

²⁷ AGENCE REGIONALE DE LA SANTE ALSACE. *Projet Régional de Santé: état des lieux*. Décembre 2010, p.16.

Un premier constat est à faire : plus les personnes avancent dans l'âge, plus elles présentent de pathologies. En effet, à partir de 40 ans le nombre de pathologies par personne augmente et passe de 2,3 à 6,6 pour les plus de 80 ans.²⁸

Figure 11 : Nombre moyen de maladies déclarées par âges en 2006, hors troubles de la réfraction et problèmes dentaires



Source 14 : IRDES-ESPS 2006

En analysant la mortalité par grand groupe de pathologies, la région se distingue clairement pour les maladies cardiovasculaires, le diabète et autres maladies métaboliques ainsi que les chutes accidentelles. Le tableau ci-dessous montre que l'Alsace se trouve au 1^{er} rang des 22 régions françaises avec les taux de mortalité les plus élevés. Dans ce cadre, le choix du sujet ne s'en retrouve que confirmé. Il faut cependant spécifier que nous ne sommes pas face à des phénomènes d'ampleur comparable : les maladies cardiovasculaires sont de loin les principales causes de décès et d'ALD, à des niveaux à côté desquels le diabète ou les chutes semblent des causes anecdotiques de morbi-mortalité.

²⁸ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *Viellissement, longévité et assurance maladie*. 22 avril 2010, p.22

Tableau 10 : Taux comparatifs de mortalité et d'ALD pour 100 000 personnes âgées de 75 ans ou plus – Alsace et France

	Valeur Alsace	Rang Alsace (sur 22 régions)	Ecart par rapport au taux France
Maladies cardio-vasculaires			
Taux comparatif de mortalité	2 626	3	363
Taux comparatif d'ALD	4 174	1	936
Tumeurs malignes			
Taux comparatif de mortalité	1 549	5	105
Taux comparatif d'ALD	1 566	10	31
Maladies respiratoires			
Taux comparatif de mortalité	553	6	39
Taux comparatif d'ALD	222	9	2
Maladies du système nerveux			
Taux comparatif de mortalité	356	22	-56
Taux comparatif d'ALD	1 113	12	-18
Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme, troubles immunitaires			
Taux comparatif de mortalité	324	4	45
Diabète et autres maladies métaboliques			
Taux comparatif d'ALD	847	1	192
Causes extérieures de traumatisme et d'empoisonnement			
Taux comparatif de mortalité	343	4	29
Chutes accidentelles			
Taux comparatif de mortalité	99	1	26

Source 15 : Insee, Inserm CépiDC, Cnamts. Exploitation : Fnors, ORS Alsace

Ce tableau permet d'envisager les pathologies pour lesquelles des améliorations seraient possibles et particulièrement pour les chutes accidentelles.

LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN ALSACE

Selon l'Insee « *En 2005, l'Alsace compte près de 22500 personnes dépendantes âgées de 60 ans et plus. Cette population devrait augmenter dans les années à venir, de quelque 21 % en 10 ans.* »²⁹ La dépendance s'observe également davantage chez les femmes que chez les hommes (69 % contre 31 %) et augmenterait avec l'âge.

La dépendance a été observée en institution avec l'enquête EHPA 2003 réalisée par l'ORS Alsace : la proportion de résidents en GIR 1 s'élève à 16 % en France et à 20 % en Alsace. L'enquête HID en institution fournit également des données allant dans ce sens.

Il n'existe pas de données épidémiologiques récentes permettant d'obtenir une vision globale du niveau de dépendance de la population âgée vivant à domicile en Alsace. Différents travaux ont permis, par le passé, d'aborder la question du niveau de la dépendance chez les personnes âgées vivant à domicile dans la région.

Une enquête a été réalisée en 1996 par l'ORS Alsace, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg et l'association Agira³⁰. Menée en deux temps, d'abord par voie postale puis par visite à domicile, cette étude avait permis d'estimer la prévalence de la dépendance dans la population alsacienne âgée de 75 ans ou plus vivant à domicile. L'étude par voie postale permettait d'estimer le niveau de dépendance par la grille Colvez³¹ : il apparaissait ainsi que 2,2 % des personnes étaient confinées au lit ou au fauteuil (Colvez 1), 6,2 % avaient besoin d'une aide pour la toilette et pour l'habillage (Colvez 2) et 24,1 % ne sortaient pas de chez

²⁹ BONESCHI, S. “ Six personnes dépendantes sur dix vivent à domicile. ”, *Insee Alsace, Chiffres pour l'Alsace*, février 2006, n°31, p.3

³⁰ ORSAL, HUS Centre Gérontologique et AGIRA. *Vivre la dépendance à domicile*. 1998, 136 p.

³¹ La grille de Colvez classe les personnes en quatre groupes : Niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ; Niveau 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ; Niveau 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ou de l'institution où elles sont hébergées mais n'appartenant pas aux niveaux 1 et 2 ; Niveau 4 : autres personnes. Les niveaux 1 et 2 correspondent à une dépendance lourde, le niveau 3 à une Dépendance modérée.

eux sans l'aide d'un tiers (Colvez 3). Cela laissait un peu plus des deux tiers des personnes (67,6 %) en Colvez 4, c'est-à-dire sans dépendance.

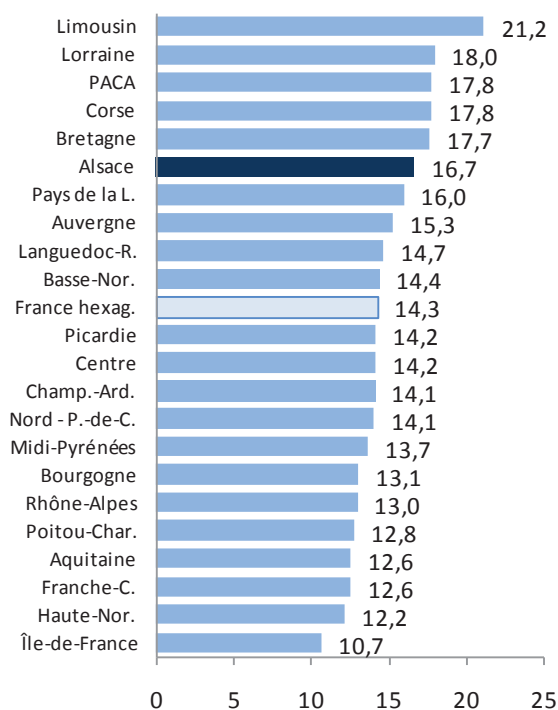
L'étude par entretien à domicile avait été l'occasion d'évaluer plus finement le niveau de dépendance à partir de la grille Aggir³². Il apparaissait que 6,9 % des personnes relevaient du Gir 1 à 3 et 6,3 % du Gir 4 (les personnes en Gir 1 sont lourdement dépendantes, et le niveau de la dépendance décroît lorsque l'indice Gir augmente : les Gir 1 à 3 regroupent les personnes dépendantes). Cette étude permettait surtout de prendre la mesure du besoin d'aide pour les activités quotidiennes pour les personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile, y compris parmi celles n'étant pas identifiées comme dépendantes par les grilles Colvez ou Aggir. Ainsi, parmi les personnes en Gir 6, seules 48 % des personnes déclaraient faire seules leur ménage. Par ailleurs, cette étude éclairait nettement l'importance des aidants non professionnels dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, même pour les plus dépendantes d'entre elles, et y compris pour des actes techniques ou touchant à l'intimité.

Réalisée plus tardivement, en 1998 et 1999, l'enquête Handicap Incapacité Dépendance menée par l'Insee n'avait pas vocation à produire des indicateurs régionaux. Des traitements statistiques ont cependant permis pour l'Alsace d'estimer à 17 % la proportion de personnes en Gir 1 à 4 parmi l'ensemble de la population de 75 ans ou plus (population vivant à domicile et en institution)³³. Ces travaux tendent à indiquer que le niveau de dépendance de la population âgée alsacienne est plus élevé qu'en moyenne nationale. La Figure 12 indique la proportion par région de personnes en Gir 1 à 4 et laisse apparaître les importantes disparités entre les régions de France hexagonale.

³² La grille Aggir mesure de l'autonomie à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée et classe les personnes en six groupes, GIR 1 correspondant à la dépendance totale au GIR 6 où la personne est encore autonome.

³³ MICHEL, C. *La dépendance des personnes âgées en région Centre*. Actes du Colloque CODERPA, Bourges : 8 octobre 2002

Figure 12 : Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus en GIR 1 à 4 en population générale (%)



Source 16 : Insee (enquêtes HID 1999 et 1998, RP99).

En dépit de l'absence de données épidémiologiques récentes, il est possible d'obtenir des éléments d'éclairage sur cette question à partir des données médico-administratives concernant l'Allocation personnalisée à l'autonomie (Apa). Attribuée sur demande et en fonction du niveau de dépendance, l'Apa permet d'estimer le volume minimal de personnes dépendantes en Alsace. Ne s'agissant pas d'une mesure épidémiologique, l'approche par l'Apa doit être comprise comme un moyen d'appréciation de la situation relativement indirect.

Il est également possible de compléter l'approche de la dépendance des personnes âgées vivant à domicile par l'APA.

Pour l'année 2010³⁴, selon les Conseils généraux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, les effectifs de bénéficiaires de l'Apa vivant à domicile en Alsace s'élèvent à 17 543 personnes, dont 4 774 hommes et 12 769 femmes, tous Gir confondus.

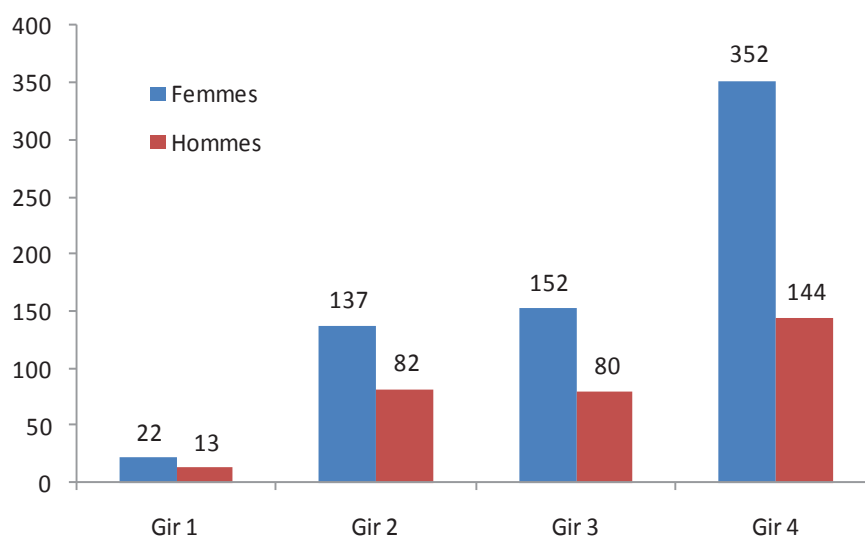
Rapportés aux données de population vivant à domicile en 2007³⁵, ces effectifs correspondent à des taux de bénéficiaires respectivement de 3,2 % et 6,6 %. Cette différence est significative sur le plan statistique (test dû χ^2 de Pearson, $p < 0,001$) : la proportion de bénéficiaires de l'Apa est plus importante chez les femmes que chez les hommes, et cela se vérifie pour toutes les tranches d'âges, à l'exception des 95 ans ou plus. Cela confirme ce que nous enseigne l'épidémiologie par ailleurs : bien que bénéficiant d'une plus grande espérance de vie, les femmes sont plus fréquemment en situation de dépendance et passent une plus grande part de la vie en souffrance d'une incapacité. Il apparaît en effet au niveau national que, à 60 ans, les hommes peuvent espérer vivre sans difficulté dans les activités de soins personnels 87 % de leur espérance de vie, contre 81 % pour les femmes³⁶.

³⁴ Données au 31 mars 2010.

³⁵ Les dernières données permettant de distinguer la population vivant à domicile de la population vivant en institution sont celles du recensement de la population de 2007 de l'Insee. L'ensemble des calculs proposés dans cette partie ont été également réalisés avec la population totale (vivant à domicile et en institution) projetées par l'Insee pour l'année 2011. Les conclusions des deux modes de calculs sont identiques (écarts entre les deux sexes, disparités selon les zones de proximité...).

³⁶ CAMBOIS, E., LABORDE, C., ROBINE, J-M. “ « La "double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. ”, *Population et sociétés*, janvier 2008, n° 441, pp.1-4

Figure 13 : Taux de bénéficiaires de l'Apa pour 10 000 personnes de 60 ans ou plus selon le Gir et le sexe – Alsace 2010



Source 17 : Insee, CG67 & CG68. Exploitation : ORS Alsace.

L'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes a bien des conséquences notamment sur le nombre d'aidants. Au vu de l'évolution générale de la population âgée en France et en Alsace, le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera également. De la même manière, le nombre moyen d'aidants potentiels devrait baisser d'ici 2040³⁷.

Tableau 11 : Nombre moyen d'aidants potentiels (2000-2040)

année	Hommes			Femmes		
	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble
2000	3	2,6	2,8	2,7	1,9	2,2
2020	2,7	2,5	2,6	2,5	2,1	2,2
2040	2,3	2,3	2,3	2,3	2	2

Source 18 : Insee, Destinie (scénario central) et enquête HID 1998-2001.

En Alsace, la situation est identique :

37 DUEE, M., REBILLARD, C. “ La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. ”, *Santé et protection sociale*, 2006, p.618

Tableau 12 : Estimation d'évolution des populations âgées, âgées dépendantes, et d'aidants potentiels – Alsace 2006-2031

		2006	2011	2016	2021	2026	2031	Evolution 2006-2031
(1)	Population des aidants (personnes de 50 à 79 ans, sauf personnes en Gir 1 à 4)	517 309	560 344	604 278	646 680	677 610	679 591	+31 %
(2)	Population âgée de 80 ans ou plus	69 014	86 654	100 097	106 919	112 792	136 150	+97 %
	Ratio (1)/(2)	7,50	6,47	6,04	6,05	6,01	4,99	-33 %
(3)	Population dépendante de 60 ans ou plus	14 906	17 543	19 998	22 149	24 438	27 706	+86 %
	Ratio (1)/(3)	34,71	31,94	30,22	29,20	27,73	24,53	-29 %

Source 19 : Insee, CG67, CG68.

On constate que les aidants potentiels seront beaucoup moins nombreux pour les personnes âgées de 60 ans ou plus et plus particulièrement pour les plus de 80 ans.

Comme nous allons le voir par la suite, les aidants sont en première ligne lors d'une hospitalisation ou dans le choix du lieu de vie de la personne âgée. Vu les chiffres estimés, on peut se demander qui sera en première ligne pour prendre les meilleures décisions, et ce principalement dans un contexte de fragilité.

En dernier lieu de cette partie consacrée à l'état de santé et aux pathologies des personnes âgées, il est primordial de s'arrêter sur les dépenses de santé et les consommations de soins³⁸.

³⁸ Pour l'IRDES, la dépense courante de santé est la somme des dépenses engagées par les financeurs du système de santé (sécurité sociale, Etat, collectivités locales, organismes de protection complémentaire). Outre la consommation médicale totale, elle prend également en compte les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicale, de gestion de l'administration sanitaire, ainsi que les subventions La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) décrit la consommation de l'ensemble des soins hospitaliers (hors soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées hébergées en établissements et hors services de soins à domicile, mais avec honoraires des médecins libéraux ayant exercé en établissement privé), soins de ville, c'est-à-dire en cabinets libéraux, en dispensaires, ou laboratoires, des services comme les transports de malades, et des biens médicaux (médicaments et autres biens médicaux) sur l'ensemble du territoire français par les résidents

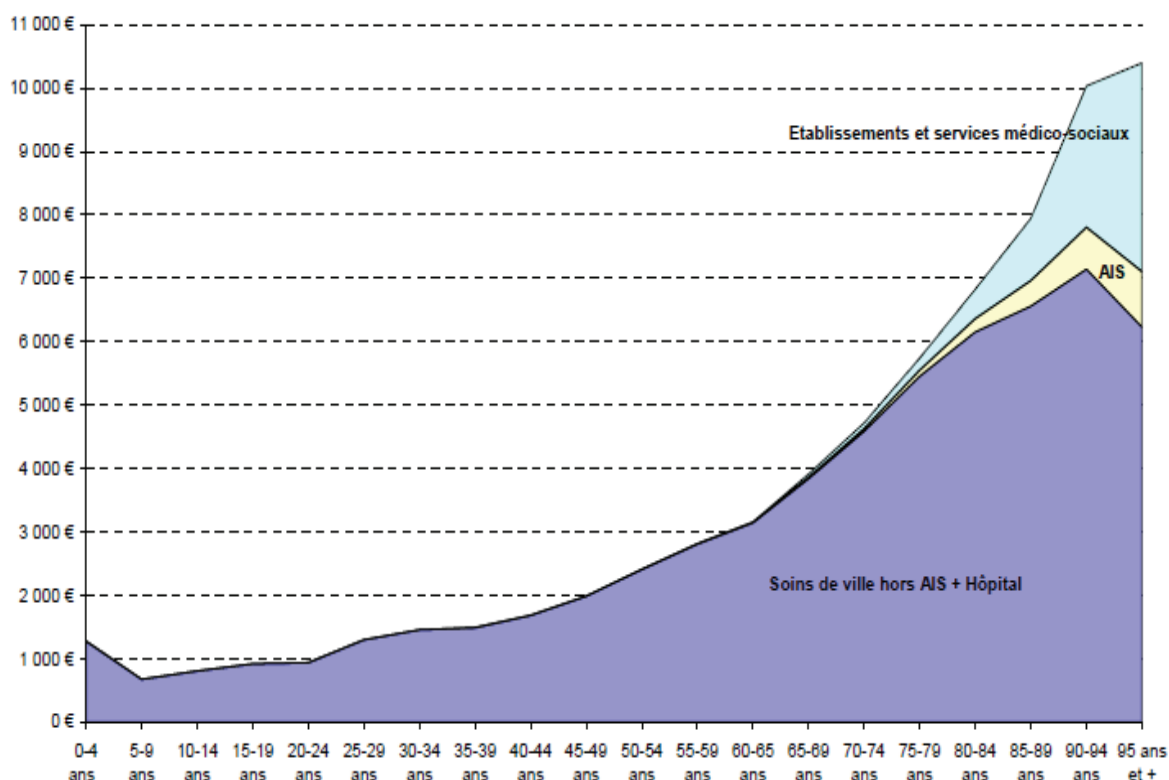
« La consommation de soins est une fonction croissante de l'âge : les plus de 60 ans qui représentent un peu plus de 20 % de la population sont à l'origine de 45 % des dépenses de soins et les plus de 75 ans comptent pour 20 % de la dépense alors qu'ils représentent seulement 8 % de la population totale. »³⁹ Cette hausse de la consommation de soin avec l'âge peut être mise en lien avec l'augmentation du nombre de pathologies elles-mêmes liées à l'âge. En effet, en 2006 selon l'Irdes les personnes âgées de 75 ans avaient en moyenne 5,8 maladies et les plus de 80 ans 6,6 maladies. Les dépenses médicales à partir de 70 ans se distinguent par une part plus importante pour les établissements et services médicaux et sociaux, aux soins de ville et hôpital. On constate donc une certaine logique : plus l'on vieillit, plus l'on souffre de pathologies, plus on dépense dans les soins. Je tiens tout de même à préciser que ces généralisations cachent des réalités bien plus constatées que nous allons pouvoir dresser plus loin dans notre exposé.

Toutes les personnes âgées ne souffrent pas de plus pathologies que les plus jeunes et toutes ne dépensent pas d'avantage dans les soins.

et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement provisoire de l'état de santé.

³⁹ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *Vieillesse, longévité et assurance maladie*. 22 avril 2010, 126 p.

Figure 14 : Dépenses médicales par habitant et par tranches d'âges en 2008



Source 20 : CNAMTS, ERB 2005 ; PMSI MCO 2008, PMSI HAD 2008, RIM P 2008 et PMSI SSR 2008; CNSA; DREES⁴⁰

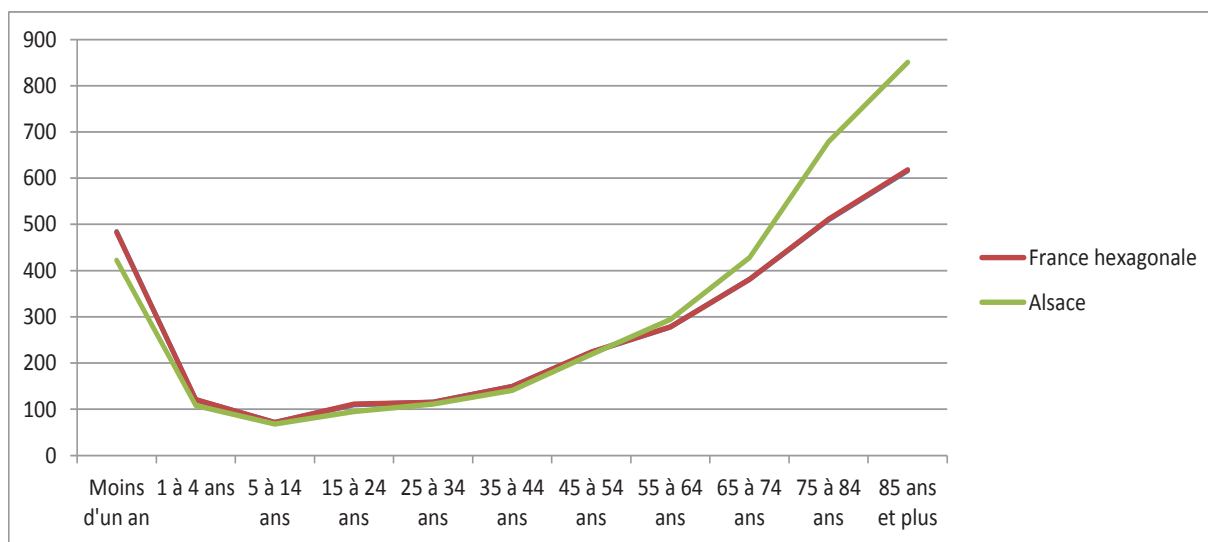
Ceci, dit, une part des dépenses de soins peut s'expliquer par le recours croissant à l'hôpital. En France comme en Alsace, le nombre de séjours hospitaliers augmente avec l'âge de même que les dépenses consacrées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS⁴¹).

⁴⁰ PRÉVOT, J. " Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. ", *Etudes et résultats*, août 2009, n°699, pp.1-8.

⁴¹ La CNAMTS est un établissement public national à caractère administratif qui « met en œuvre le parcours de soins coordonnés en plaçant le médecin traitant au cœur du système. Elle veille à l'équilibre des dépenses avec les ressources publiques qui lui sont affectées. Elle est ainsi l'acteur central du système de soins dont elle assure la maîtrise médicalisée. » <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-assurance-maladie/les-missions-de-la-cnamts.php>. Consulté le 08/10/2014

Comme le montre la figure ci-dessous, les Alsaciens âgés plus dépendants et dans un état de santé plus dégradé semblent être plus hospitalisés que dans d'autres régions. L'écart avec la moyenne nationale se fait dès 55 ans et se creuse à 75 ans.

Figure 15 : Nombre de séjours hospitaliers pour 1000 habitants de la tranche d'âge concernée (deux sexes confondus) en 2009 en France hexagonale et en Alsace.

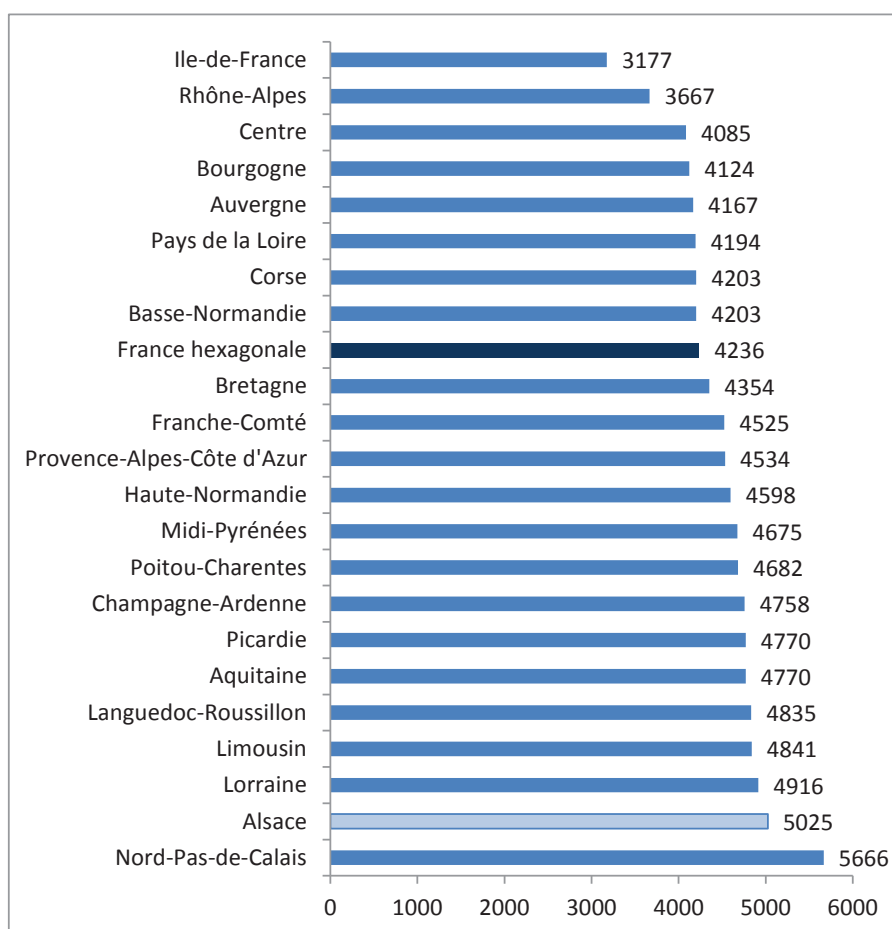


Source 21 : Fnors, score santé

Les dépenses de santé du secteur libéral sont également en augmentation. L'Alsace est la deuxième région métropolitaine où les consultations et visites auprès des praticiens sont nombreuses, après la Corse. On dénombre en 2010, 5 025 consultations et visites pour 1 000 personnes.

À ce stade, on peut supposer que cette forte consommation de soin est en partie due à la population âgée.

Figure 16 : Consultations et visites auprès des omnipraticiens pour 1000 personnes en 2010

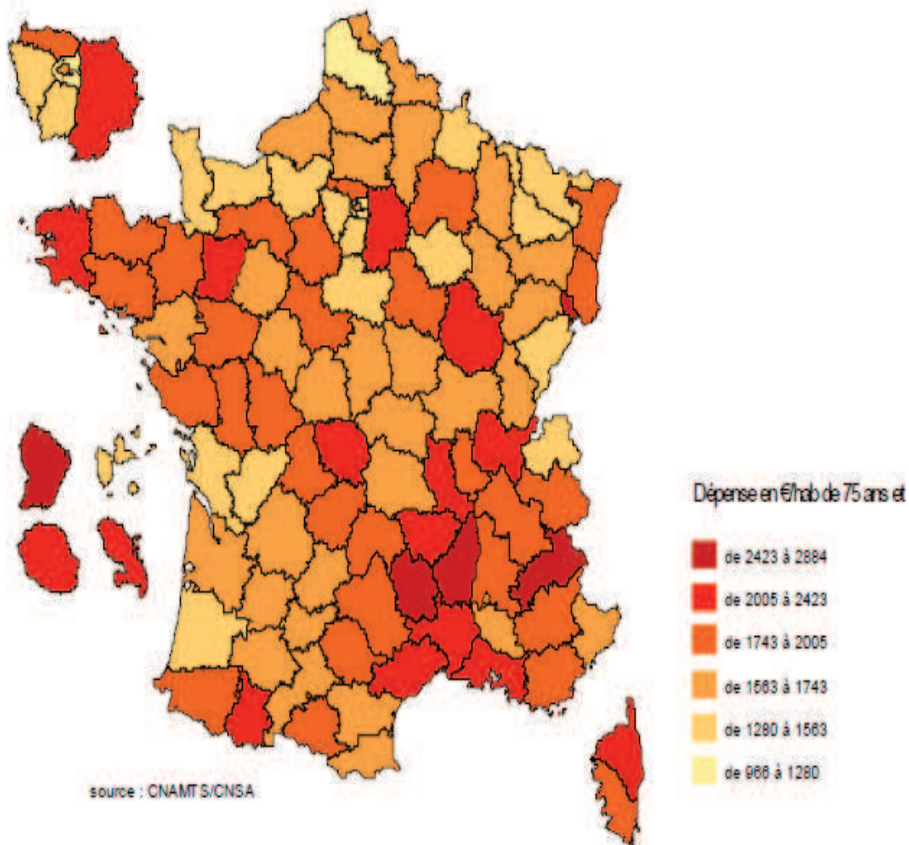


Source 22 : Fnors, score santé

En regardant plus particulièrement les données disponibles sur les dépenses de soins par habitant, on constate que pour la dentisterie, les laboratoires et les médecins omnipraticiens, les dépenses sont plus élevées en Alsace qu'en moyennes nationales. À l'inverse, les dépenses sont inférieures à la moyenne nationale pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins spécialistes et transporteur sanitaires. Cela s'explique par la densité de ces offres sur territoire alsacien (cf. p. 208) et à la plus forte institutionnalisation des personnes âgées.

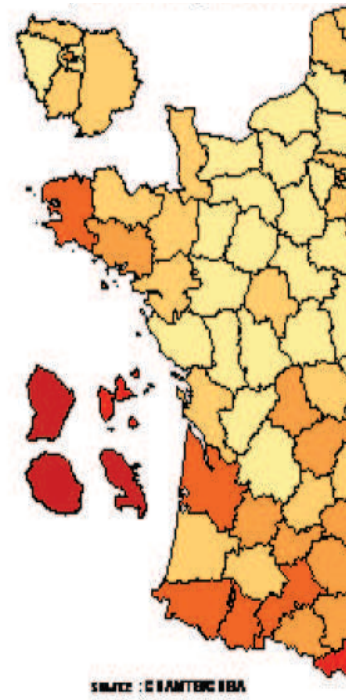
L'analyse des dépenses de l'assurance maladie pour le secteur personnes âgées permet également de confirmer les spécificités alsaciennes, à savoir, de plus forts besoins sanitaires dus à la dépendance accrue et à l'état de santé moins favorable ; et des dépenses plus poussées pour les établissements d'hébergement que les services permettant le maintien à domicile.

Figure 17 : Dépense de l'Assurance maladie secteur personnes âgées en 2008 (y compris AIS en libéral et USLD)



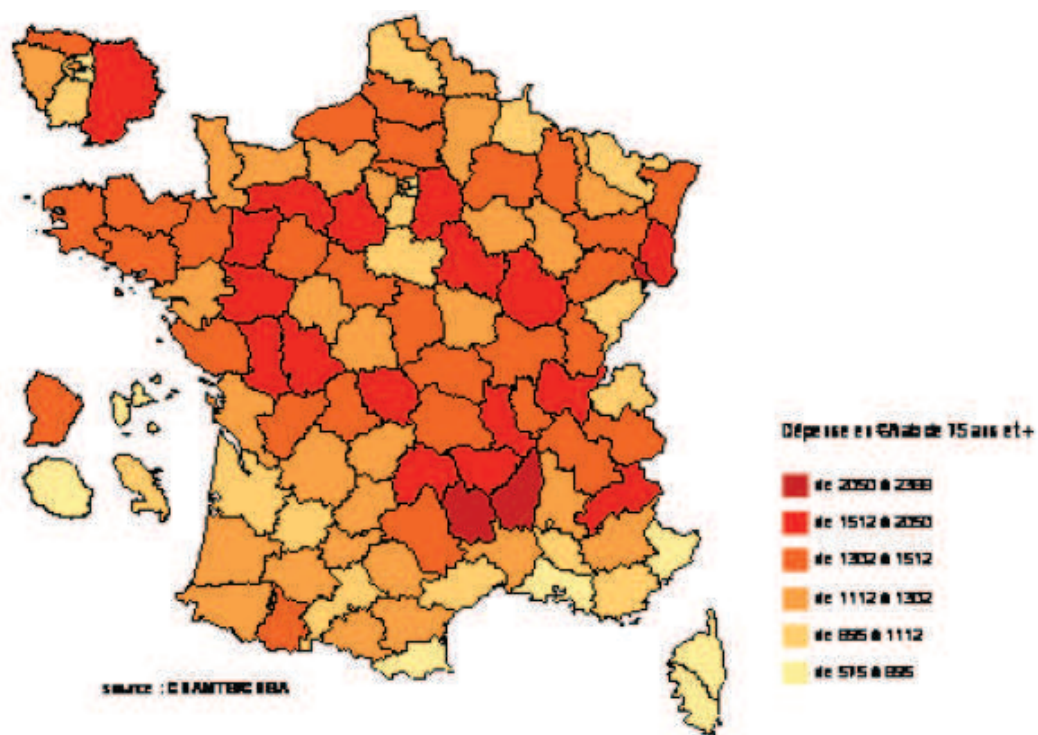
Source 23 : CNAMTS/ CNSA http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf

Figure 18 : Dépense de l'Assurance maladie domicile (SSIAD, AIS en libéral)



Source 24 : CNAMTS/ CNSA http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf

Figure 19 : Dépense de l'Assurance maladie secteur personnes âgées en 2008 pour la prise en charge en institution (EHPA, EHPAD, USLD)



Source 25 : CNAMTS/ CNSA http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf

Cette partie consacrée à l'état de santé et à ses conséquences nous permet de conclure que la population âgée alsacienne est particulièrement dépendante et en mauvais état de santé malgré une amélioration de la situation : la baisse des taux de mortalité générale pour les deux sexes chez les 75 ans ou plus et un gain d'espérance de vie.

Le recours à l'institutionnalisation est plus fréquent que dans la plupart des régions de France : 89 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent à domicile contre 91 % dans le reste de la France. L'entrée en institution est plus fréquente pour les femmes puisqu'à à âge égal 12,8 % des femmes vivent en institution contre 6,3 % des hommes ; et à 95 ans ce taux s'élève à 54 % contre. 32 %. La part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile décroît donc plus rapidement que dans les autres régions. Un dernier élément montre qu'à domicile, plus de la moitié des femmes vivent seules : 55 % vs. 20 % des hommes.

Ce bref état des lieux nous permet donc de cibler les particularités locales en termes démographiques et médicales et qui influencent le choix du sujet de thèse. Un questionnement sur les femmes âgées et les victimes de chutes émerge particulièrement au vu des données disponibles. Cela nous amène à étudier plus précisément une pathologie inhérente aux chutes, les fractures du col du fémur dont les conséquences sont nombreuses pour le public âgé et plus largement questionnent notre organisation sanitaire à l'échelle régionale et locale.

LES CHUTES

Les chutes accidentelles des personnes âgées sont fréquentes en Alsace. Aucune enquête ne permet à ce jour de calculer les incidences⁴² et les prévalences⁴³ des fractures du col du fémur. Cependant, trois sources permettent de calculer ces mêmes indicateurs pour les chutes chez les personnes âgées en France :

- l'enquête EPAC : enquête permanente sur les accidents de la vie courante (extension française du recueil européen EHLASS : european home and leisure accident surveillance système)
- le baromètre santé de l'Inpes
- la base de données de mortalité du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC⁴⁴).

Les données montrent que l'incidence et la prévalence des chutes unique et répétée augmentent avec trois facteurs de risques : l'âge, l'institutionnalisation, la polymorbidité.

La personne âgée dépendante vivant en institution a un risque de chute particulièrement élevé, aux conséquences graves. Ces chutes, généralement multifactorielles, sont avant tout marqueurs de mauvais état de santé. Elles sont la conséquence de l'affaiblissement général, des démences ou d'autres (poly)pathologies, des polymédications, parfois des contentions.

⁴² Définit comme le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminée

⁴³ Définit comme le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population

⁴⁴ Le CépiDC est un laboratoire de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) dont les missions principales sont la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France, la diffusion des données et les études et recherches sur les causes médicales de décès.

L'OMS définit la chute comme « *un évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment* ». ⁴⁵ La référence au sol, avec un contact ou un impact et le caractère involontaire pour la personne qui en victime sont donc les principales caractéristiques de cet évènement.

Certaines chutes peuvent être la cause de la fracture et à l'inverse certaines fractures peuvent entraîner des chutes. Dans notre étude, l'intérêt est porté sur la fracture comme conséquence de la chute.

De même l'OMS distingue les conséquences de la chute, les pathologies responsables de la chute et la récurrence.

Les conséquences de la chute peuvent être traumatiques et fonctionnelles. Les traumatismes sont liés à la force de l'impact sur la surface heurtée et aux pathologies empêchant de se relever après la chute ; et les conséquences fonctionnelles sont liées notamment à l'immobilisation et la réduction des capacités motrices après la chute. Certaines pathologies peuvent être la cause de chute. Les pathologies les plus citées dans la littérature médicale sont les troubles du rythme cardiaque ou de la conduction, les AVC, l'insuffisance cardiaque, ou les pathologies infectieuses. ⁴⁶

⁴⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/index.html>. Consulté le 16/09/2014

⁴⁶ BEAUCHET, O., EYNARD-VALHORGUES, F, et al. "Facteurs explicatifs de la chute du sujet âgé, motif d'admission en médecine aiguë.", *Presse Médicale*: 2000, n° 29, pp.1544-1548.

BLAKE, AJ., MORGAN, K., BENDALL, M.J et al. "Falls by elderly people at home: Prevalence and associated factors. ", *Age-Ageing*, 1988, n°17, pp. 365-372

CAMPBELL, A.J., BORRIE, M.J., SPEARS, G.E. "Risk Factors for falls in a community-based prospective study of people 70 Years and older. ", *Journals of Gerontology*, 1989, n°44, pp.4112-4117

KENNY, R.A., RICHARDSON, D.A. "Carotid sinus syndrome and falls in older adults. ", *American Journal of Geriatric Cardiology*, 2001, n°10, pp.97-99

TINETTI, M.E., SPEECHLEY, M., GINTER, S.E. "Risk Factors for falls among elderly persons living in the community. ", *New England Journal of Medicine*, 1988, n°319, pp.1701-1707

Enfin, la récurrence des chutes comprend deux catégories : le risque de récurrence et le terrain à risque de chute. Comme nous le verrons par la suite, le risque de chuter augmente lorsqu'une personne a déjà chuté. De même, l'environnement ou le terrain peuvent être à risque pour les chutes.

La littérature foisonne de données et d'études permettant de mieux appréhender et comprendre ce phénomène qui pourrait être évité grâce à la prévention.

LES FACTEURS DE RISQUES OU FACTEURS EXPLICATIFS DE LA CHUTE

Trois facteurs principaux expliqueraient la chute. Les premiers dits « Intrinsèques ou prédisposants » sont les facteurs qui dépendent directement de l'individu, principalement l'état de santé de la personne. Ainsi, le déclin visuel marqué par la baisse de l'acuité visuelle, la sensibilité aux contrastes, la distinction des couleurs, et la perception des profondeurs ; le déclin sensoriel notamment la baisse de l'acuité auditive ; et les atteintes de l'appareil musculo-squelettique (atteinte de la masse musculaire associée à une diminution de la force et de la puissance musculaire) sont très largement évoqués.

Les troubles cognitifs, troubles de l'humeur et la prise de médicaments sont également des facteurs intrinsèques de la chute. En effet, certains troubles cognitifs et de l'humeur peuvent perturber la marche, l'équilibre, la stabilité posturale ou ralentir les mouvements⁴⁷.

La prise de médicaments liée à une ou plusieurs pathologies augmente le risque de chuter. Il ne faut pas confondre le médicament comme un facteur de risques et la pathologie liée à la prise du médicament qui peut elle-même être un facteur de risque.

COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS EN GERIATRIE (CNEG). *Corpus de gériatrie*, tome 1. Montmorency: 2000, 2 M2, 183 p.

NEVITT, MC., CUMMINGS, S.R., KIDD, S., BLACK, D. "Risk Factors for recurrent nonsyncopal falls : A prospective study. ", *Journal of the American Medical Association*, 1989, n°261, pp. 2663-2668

⁴⁷ COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS EN GERIATRIE (CNEG). *Corpus de gériatrie*, tome 1. Montmorency: 2000, 2 M2, p. 43

Par exemple, une personne âgée atteinte de dépression est traitée par un anxiolytique. La dépression elle-même entraîne un ralentissement des mouvements pouvant causer une chute, comme l'effet de l'anxiolytique qui entraîne somnolence.

L'âge de la personne est souvent cité comme facteur intrinsèque. « *Les personnes qui font le plus grand nombre de chutes mortelles sont les personnes de plus de 65 ans* ». ⁴⁸ De même le fait d'être une femme âgée augmente le risque de chute ⁴⁹.

En Alsace, plus de 90 % des décès par chute accidentelle concernent les plus de 55 ans. La classe d'âge la plus touchée est celle des 75-84 ans pour les deux sexes, mais les femmes âgées entre 85 et 94 ans observent le taux de décès le plus important.

Tableau 13 : Part des décès pour cause de chute accidentelle selon le sexe et la classe d'âge en Alsace en 2008

classe d'âge	0-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 ans et +
homme	0%	4%	0%	6%	8%	14%	39%	24%	5%
femme	0%	0%	1%	0%	0%	10%	32%	41%	15%
ensemble	0%	2%	1%	1%	4%	12%	36%	32%	10%

Source 26 : CepiDC, Code CIM 10 :W00-W19

Les deuxièmes facteurs dits extrinsèques dépendent de l'environnement du lieu de vie de la personne. La chute est donc expliquée par les caractéristiques de l'environnement .l'inadaptation du logement, l'ergonomie de l'habitat inadaptée à la locomotion comme la présence d'obstacles dans les lieux de passage, les sols glissants ou une luminosité inadéquate.

⁴⁸ Centre des médias de l'OMS. *Les chutes*. Aide-mémoire, Octobre 2012, n°344

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/> Consulté le 27/10/2013

⁴⁹ DARGENT-MOLINA, P., BREARD, G. "Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. ", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1995, 43, p. 72-83

Figure 20 : Les facteurs extrinsèques de la chute

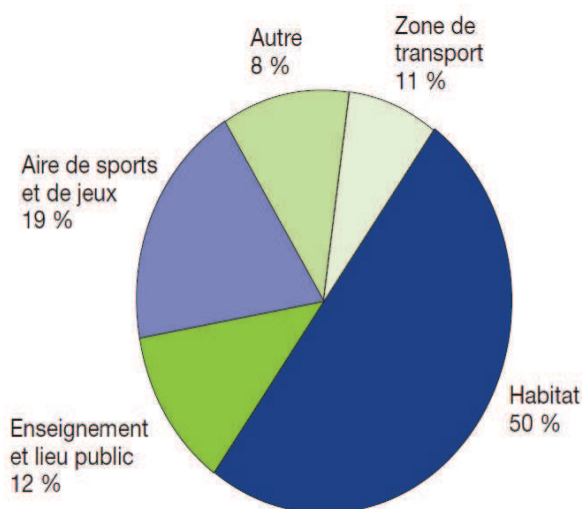
Habillement <ul style="list-style-type: none">- Chaussures inadaptées- Vêtements trop longs	Conditions locales dangereuses ou inadaptées <ul style="list-style-type: none">- Mauvais éclairage- Baignoire glissante- Sol humide ou glissant- Toilettes inadaptées
Mobilier <ul style="list-style-type: none">- Fauteuil, lit trop haut ou trop bas	
Obstacles au sol <ul style="list-style-type: none">- Tapis, fils électriques- Carrelage ou revêtement de sol irrégulier ou décollé	

Source 27 : Corpus de gériatrie, Janvier 2000. P.46

Et les troisièmes facteurs sont liés aux comportements et témoignent de ce que faisait la personne au moment de chuter, les activités qu'était en train de faire la personne. Les seules informations proviennent de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC.) conduite par l'InVS. Les chutes surviennent surtout au domicile de la personne lors d'activité de la vie courante (cf. Figure 21, Figure 22), moins dans les lieux publics. Pour 60 % des cas, les accidents de la vie courante sont directement liés à une chute. Ce mécanisme augmente avec l'âge et entraîne 39 % de fracture pour les personnes de plus de 75 ans.⁵⁰

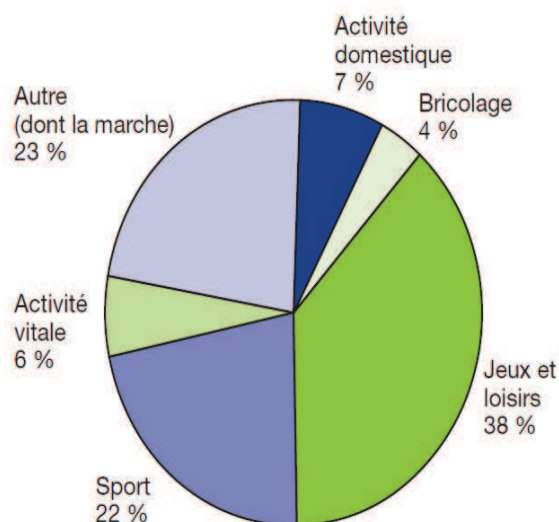
⁵⁰ THELOT, B., RICARD, C. *Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Année 2004.* Réseau Epac. Institut de veille sanitaire, juillet 2006. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/epac/epac_fr.pdf. Consulté le 03/12/2013

Figure 21 : Répartition des accidents de la vie courante selon le lieu de survenue



Source 28 : InVS. EPAC 2004

Figure 22 : Répartition des accidents de la vie courante selon l'activité



Source 29 : InVS. EPAC 200

Ces figures concernent l'ensemble des accidents de la vie courante indépendamment de l'âge. Cependant, on peut conclure que les personnes âgées chutent majoritairement au domicile ce qui interroge les actions de prévention comme l'adaptation du logement.

ÉTATS DES LIEUX POLITIQUES

Les chutes, leurs causes et conséquences sanitaires bien connues sont devenues des « thèmes » politiques dès 2004. En effet, l'objectif 99 de la loi de Santé publique du 9 août 2004 vise à diminuer l'incidence des fractures de l'extrémité du col du fémur de 10 % en 2008 et de réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008⁵¹.

En Alsace, le Projet régional de santé (PRS) 2012-2016 s'empare également de la thématique :

⁵¹ Journal officiel du 11 août 2004. <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-33/a0332364.htm>. Consulté le 26/11/2014

« Parmi les nombreuses initiatives prises par différents partenaires pour préserver l'autonomie et la bonne santé des séniors, on peut citer :

- La prévention des chutes et la lutte contre la perte d'autonomie physique financée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, le programme SIEL BLEU, les ateliers équilibre, le programme PEPC de réentraînement au Centre Alsacien pour le Mieux Être des séniors (CAMES) à Strasbourg

- Les actions d'information et de prévention menées par la Mutualité Sociale Agricole

- Les actions d'éducation à la santé avec pour thèmes notamment le sommeil, les médicaments, financées par l'assurance maladie et les mutuelles.

- Les réseaux de coordination gérontologique mis en place par les Conseils Généraux, qui financent par ailleurs de nombreuses actions locales.

- Les actions de certaines mairies qui ont également mis en œuvre une politique de présence de proximité dans leurs quartiers (maison des aînés, actions lors de la période estivale)

Il est toutefois nécessaire de renforcer la coordination territoriale de ces initiatives, ainsi que l'articulation avec les dispositifs d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique et de dépistage (consultations mémoire, hôpitaux de jour, accueil de jour...), dans les thématiques telles que le ralentissement de la perte de l'autonomie mentale (atelier mémoire EUREKA de la MSA, réseau ADNA des neurologues libéraux), le dépistage de la dénutrition, etc. »⁵²

Le problème étant bien connu et identifié, il a été possible de mettre en place des actions de prévention. En France, les campagnes nationales anti-chutes à destination des personnes âgées débutent en octobre 1999 avec des spots télévisés et radio et la diffusion de prospectus sur l'aménagement du logement « chaque jour, on peut prévenir des accidents de la vie courante ». Un an plus tard, ces spots sont rediffusés avec une diffusion de brochure sur trois thèmes : l'alimentation équilibrée, le maintien de l'activité physique et le maintien dans la vie sociale.

⁵² AGENCE REGIONALE DE SANTE ALSACE. Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016. L'état des lieux. Janvier 2012, p.143

En décembre 2001, de nouvelles diffusions de films courts donnent des conseils de maintien en forme et d'évitement des chutes. Les mêmes thèmes abordés plus haut sont repris accompagnés de nouveaux valorisant l'adaptation du logement, la mise en garde sur la prise de médicaments et l'aide apportée par les proches et les professionnels de santé.

Figure 23 : Les clés du « bien vieillir » prévention des chutes chez les seniors

En décembre 2001, deux fois par jour -en milieu de matinée et après le journal de 13h-, les Français pourront voir sur **France 2** une série de 10 films courts donnant des conseils aux personnes âgées pour rester en forme et éviter les chutes. Recommandations en matière de nutrition, d'exercices physiques, de vie pratique et d'aménagement de la maison seront illustrées au travers de courtes scènes. Chaque film portera sur un thème particulier :

- **L'équilibre alimentaire** : importance de conserver le plaisir de la table, de consommer des produits laitiers et de l'eau minérale (lutte contre l'ostéoporose).
- **Exercice physique** : intérêt de faire de la marche, de conserver des activités sportives (en club par exemple, important également pour le maintien de relations sociales).
- **Exercice intellectuel** : intérêt de faire fonctionner sa mémoire grâce aux mots croisés, la lecture ...
- **Faire attention aux obstacles** : dégager les lieux de passage (fils, plantes vertes rampantes, petits meubles bas).
- **Faire attention aux sols glissants** : tapis, salle de bain, paillason, descente de lit... Il est important d'utiliser des tapis antidérapants.
- **Faire attention aux escaliers et mettre les objets usuels à portée de main** ; attendre la présence d'une tierce personne pour éventuellement accéder à des objets placés en hauteur.
- **Éviter les dangers présents à l'extérieur (jardin, voie publique)** : savoir rester attentif, éviter la précipitation.
- **La prise de médicaments (anti-hypertenseurs, somnifères...)** : rester vigilant face aux effets de certains médicaments qui peuvent entraîner somnolence, perte d'attention...
- **La prévention "avancée"** : conserver des relations avec son entourage, demander l'aide de tiers pour certaines tâches, remettre le double des clés à des proches, faire appel aux services de livraison à domicile.
- **Le rôle de proximité des professionnels de santé.**

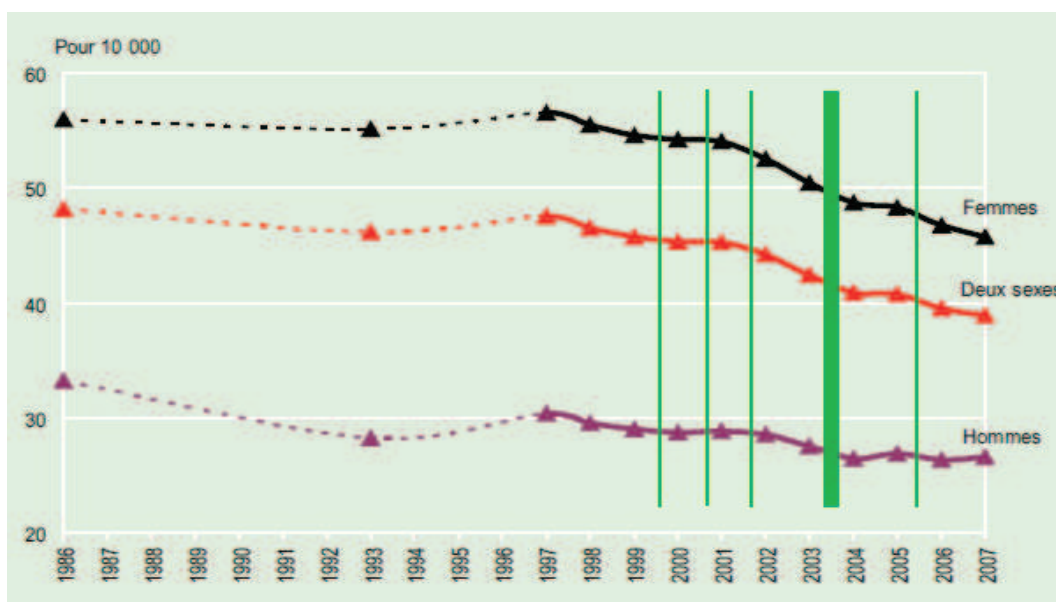
Source 30 : Dossier de presse de l'Assurance maladie et du CFES. Novembre 2001..P.19

Citons un dernier exemple pendant l'été 2005, la nouvelle campagne « Pour garder bon pied bon œil... après 60 ans » mise en place par l'INPES comprend dix programmes courts, réalisés en partenariat avec TF1 sur dix thèmes : le calcium, l'eau, les exercices en groupe, la marche à pied, l'observance, la vigilance, l'équipement personnel, l'aide en cas de difficulté, l'aménagement de la maison, l'éclairage de la maison

Elle s’articule autour de personnages récurrents et facilitant l’identification : un couple de personnes âgées, leur petit fils adolescent, l’auxiliaire de vie et une amie un peu plus âgée.⁵³ Les messages de prévention incitent par exemple à manger des aliments riches en calcium, à s’hydrater et à respecter les prescriptions médicamenteuses.

Une étude américaine⁵⁴ témoigne d’un recul de l’incidence des fractures du col du fémur depuis 2001. En France, l’étude de la Drees remarque que « *Les actions de santé publique, notamment les campagnes de prévention des chutes chez les personnes âgées et celles promouvant le traitement de l’ostéoporose, auraient donc eu un effet notable sur la survenue de nouveaux cas.* »⁵⁵

Figure 24 : évolution de 1986 à 2007 des taux standardisés d’hospitalisation pour fracture de l’extrémité supérieure du fémur selon le sexe



Source 31 : Enquête de morbidité hospitalière, SESI, Base nationale PMSI, exploitation Drees et estimations localisées de population, Insee.

⁵³ Ces 10 programmes courts ont été diffusés à 13h50 sur TF1, les lundis, mardi, jeudi et vendredi à partir du 11 juillet jusqu’au 12 Août 2005

⁵⁴ BRAUER, CA., COCA-PERRAILLON, M., CUTLER, DM., et al. “Incidence and mortality of hip fractures in the United States. ”, *Journal of the American Medical Association*, 2009; n°302, pp.1573-1579

⁵⁵ OBERLIN, P., MOUQUET, M.C. “Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement? ”, *Etudes et résultats*, 2010, n°723, p.3.

Malgré le recul de nouveaux cas chaque année et l'impact positif des campagnes de prévention des chutes, le phénomène reste problématique pour le public âgé. De plus, comme nous l'avons vu jusqu'ici, les campagnes de prévention et les conséquences des chutes ne prennent pas en compte l'aspect psychologique de la chute avec comme conséquence le syndrome post-chute. Or, nous allons le voir, il reste une problématique importante notamment pour les professionnels hospitaliers, car le plus souvent dénié par les personnes âgées. Ce syndrome⁵⁶ se traduit par une anxiété majeure avec peur du vide antérieur qui gêne la marche et peut conduire à un refus de toute tentative de verticalisation.

Les conséquences psychologiques peuvent être plus insidieuses, mais avoir une réelle gravité. La chute est l'occasion pour le patient âgé de prendre conscience de la fragilité de son état ; le choc émotionnel qui en résulte entraîne une perte de confiance en soi, un sentiment d'insécurité et de dévalorisation, avec repli sur soi, démotivation et restriction des activités. Ce syndrome apparaît chez environ 15 à 20 % des patients victimes d'une chute⁵⁷. La peur de tomber qui lui est constamment associée est responsable d'une réduction des activités, d'une perte d'autonomie et d'un isolement social^{58 59}. Enfin, elle engendre un cercle vicieux pouvant être schématisé de cette manière :

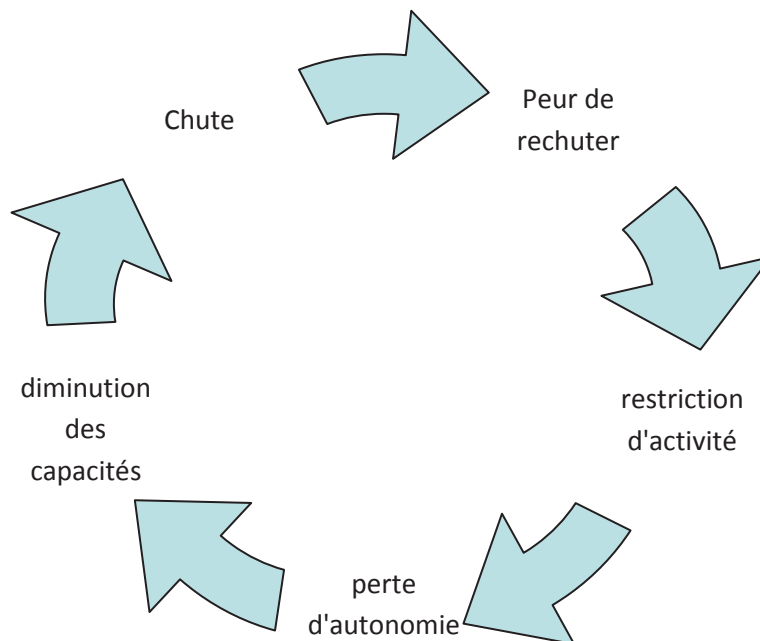
⁵⁶ MURPHY, J., ISAACS, B. “ The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. ”, *Gerontology* 1982;28, pp. 265-70

⁵⁷ SIX, P. “ Epidemiologie des Stürzes und der Hüftfraktur. ”, *Schweiz Rundsch Med (Praxis)* 1992, 81, pp. 1378-1382

⁵⁸ EVITT, CP., QUIGLEY, PA. “ Fear of falling in older adults: A guide to its prevalence, risk factors, and consequences. ”, *Rehabil Nurs*, 2004, 29, pp. 207-210.

⁵⁹ MARTIN, FC., HART, D., SPECTOR T., et al. “Fear of falling limiting activity in young-old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. ”, *Age Ageing*, 2005, 34, pp. 281-287

Figure 25 : Schéma du syndrome post-chute



Selon la littérature, cette peur affecte jusqu'à 60 % des patients âgés⁶⁰. Elle représente, en soi, un facteur de risque de chute, y compris pour les personnes qui ne sont jamais tombées⁶¹.

Les chutes sont les principales causes des fractures du col du fémur. Nous allons maintenant aborder plus spécifiquement cette pathologie.

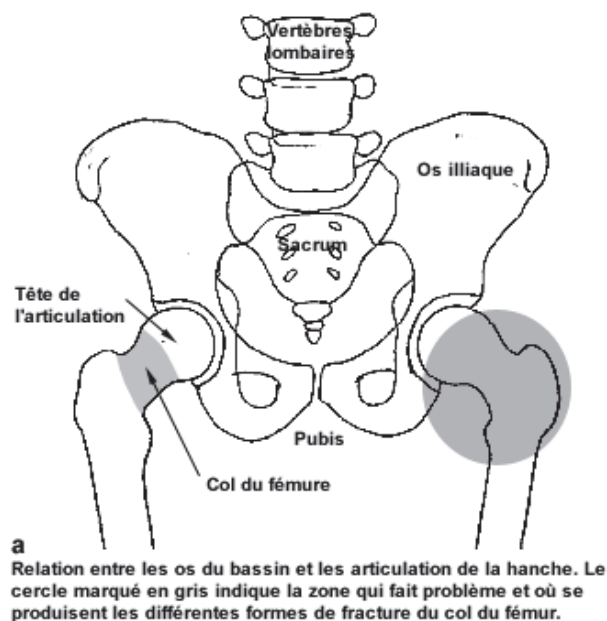
⁶⁰BROUWER, BJ., WALKER, C., RYDAHL, SJ., et al. "Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs : A randomized trial. ", *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003, 51, pp.829-834

⁶¹ BOURDESSOL, H., PIN, S. Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis : Inpes, 2005, 156 p.

SCHÉMA, FACTEURS DE RISQUES ET TRAITEMENTS

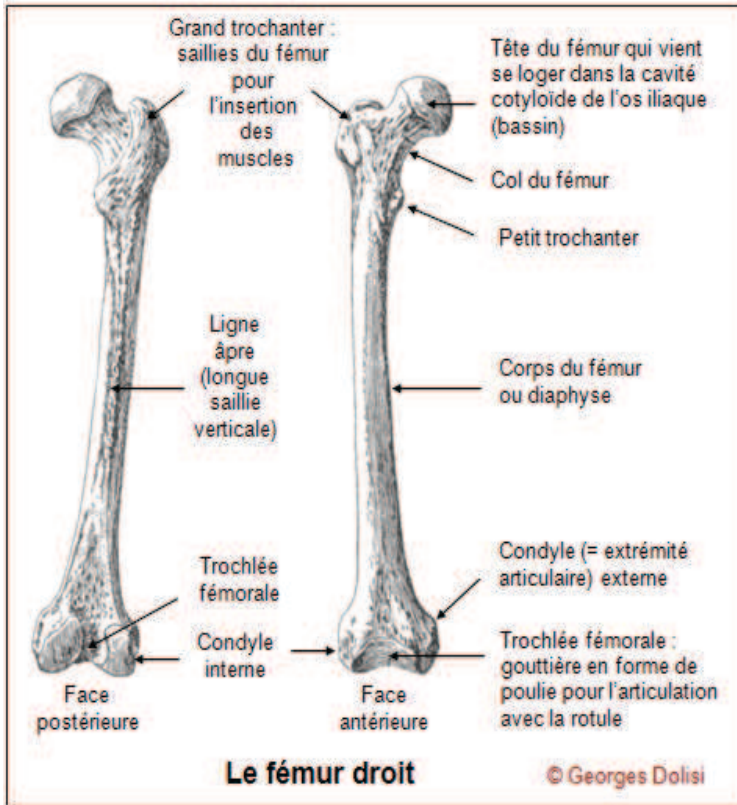
Pour commencer notre plongée dans l'univers plus médical de cette fracture, je propose de schématiser. Les fractures du col du fémur restent un terme générique pour désigner les fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes bornés aux fractures de l'extrémité supérieure du fémur regroupant les fractures du col du fémur (code CIM 10 : S72.0), les fractures du trochanter (code CIM 10 : S72.1) et les fractures sous trochantériennes (code CIM 10 : S72.2).

Figure 26 : Schéma de localisation des fractures du col du fémur



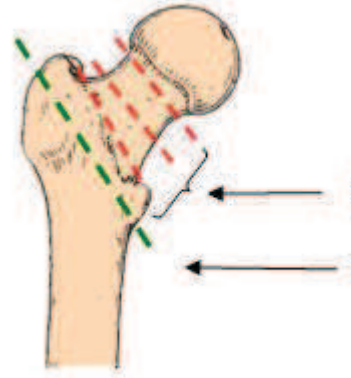
Source 32 : <https://www.ess.ch/fr>

Figure 27 : Schéma du fémur droit



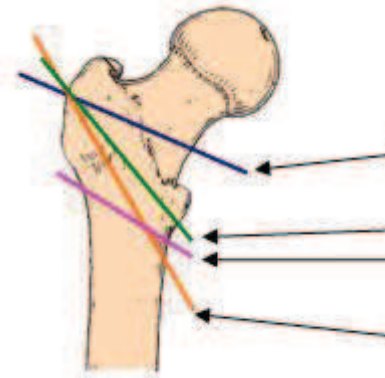
Source 33 : <http://www.medicalorama.com>

Figure 28 : Schéma de frac



Source 34 : chiru

Figure 29 : Sch



Source 35 : chiru

Après avoir localisé physiquement la fracture du col du fémur, on peut se demander quel est ou quels sont les facteurs de risque ?

Un facteur de risque est défini par l'OMS comme « *tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.* »⁶² Les plus importants sont par exemple, le déficit pondéral, les rapports sexuels non protégés, l'hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d'alcool, l'eau non potable, l'insuffisance de l'hygiène ou de l'assainissement.

Pour ce qui nous intéresse, les facteurs de risques cités dans la bibliographie⁶³ concernent principalement la prise médicamenteuse, la diminution récente de la mobilité et la perte d'équilibre, la peur de chuter et de rechuter autrement appelé syndrome post-chute, la perte de poids involontaire ou d'appétit, car le fait d'être en surpoids maintient les os, les activités à risques comme monter sur une chaise, une échelle, l'escalier, faire le ménage ; le matériel inadapté comme les chaussures usées ou sans semelle antidérapante, des lunettes dont la correction est inadaptée, pas de déambulateur ou de canne pour se déplacer ; et l'aménagement du logement : éviter les escaliers ou la monte de marches, les obstacles type tapis et fils électriques dans les lieux de passage.

La Haute autorité de santé (HAS) décrit ces dix facteurs de risques⁶⁴ relevant de la génétique et des comportements individuels. Par exemple, les facteurs génétiques sont la ménopause précoce avant 40 ans, ou les antécédents de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent au premier degré. Les facteurs relevant des comportements individuels sont le tabagisme, l'alcoolisme ou l'alimentation pour garder une masse corporelle suffisante.

⁶² http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/. Consulté le 14/01/2015

⁶³ OBERLIN, P., MOUQUET, M.C. “ Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement? ”, *Etudes et résultats*, 2010, n°723, pp.1-6

DARGENT-MOLINA, P., BREARD, G. “ Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. ”, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1995, n°43, pp.72-83

⁶⁴ HAS. Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose. Mai 2007, pp. 1- 6.

La prévention repose donc essentiellement sur une modification des habitudes de vie plus que sur des examens médicaux ou des traitements.

Toujours selon la HAS, il conviendrait de maintenir une activité physique régulière; une alimentation équilibrée apportant vitamines et calcium; d'abandonner les traitements psychotropes comme les tranquillisants, somnifères, et antidépresseurs, qui ne sont pas indispensables; d'adopter les matériels d'assistance appropriés (cane, déambulateur), d'adapter le domicile en équipements de sécurité et d'y éliminer les dangers potentiels (sols glissants, fils, rangements.); et de corriger les éventuels troubles de la vue.

Il existe également du matériel de protection spécialement dédié à la prévention de ces fractures telles que des coques de protections latérales à interposer sous ses vêtements ou un sous-vêtement et intégrant directement les renforcements au niveau des hanches. D'après la HAS, le peu d'études réalisées sur le sujet montre que l'utilité de ces protections serait limitée : « *Les résultats ne montrent pas d'homogénéité en termes d'efficacité du protecteur de hanche SAFEHIP dans la réduction de fractures du col du fémur.* »⁶⁵ Le service attendu est jugé insuffisant. Une revue systématique⁶⁶ a analysé les résultats de 14 études randomisées, chez 14 994 personnes âgées de 78 à 86 ans, résidant en institution ou chez elles. Les résultats concernant 11 études chez des personnes résidant dans des institutions de soins ont montré une réduction statistiquement significative de l'incidence des fractures de hanche. Les résultats des trois autres études chez 5135 personnes résidant chez elles n'ont pas montré de réduction de l'incidence des fractures de hanche. « *En conclusion, la revue conclut que les protecteurs de hanche sont inefficaces chez les personnes résidant chez elles et leur efficacité est incertaine chez les personnes résidant en institution.* »⁶⁷

⁶⁵ HAS. *Commission d'évaluation des produits et prestations*. Avis de la commission du 10 janvier 2007. p.1.

⁶⁶ PARKER, M.J., GILLESPIE, W.J., GILLESPIE, L.D. “ Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review”, *British Medical Journal*, 2006; n°332, pp.571-574

⁶⁷ HAS. *Commission d'évaluation des produits et prestations*. Avis de la commission du 10 janvier 2007. p.3

Un dernier facteur de risque entre en ligne de compte dans la survenue de ce type de fracture : l'ostéoporose.

On estime que chaque année surviennent environ 50 000 fractures de l'extrémité supérieure du fémur, 35 000 fractures du poignet et 50 000 à 75 000 fractures vertébrales⁶⁸. L'incidence de l'ostéoporose augmente avec l'âge et est plus fréquente chez les femmes après la ménopause. 25 % des femmes de 65 ans ou plus et 50 % des femmes de 80 ans et plus seraient atteintes d'ostéoporose en France⁶⁹. L'ostéoporose concerne environ 40 % des femmes ménopausées et 15 % des hommes après cinquante ans selon le Collège Français des Enseignants en Rhumatologie.

En ce qui concerne les traitements pour les personnes âgées, le choix du traitement chirurgical est motivé par la reprise rapide de la marche pour éviter tout risque de décubitus. Trois types de traitements sont possibles : le premier est la prothèse totale de hanche : prothèse cervico-céphalique monobloc ou prothèse intermédiaire à double mobilité ; le deuxième est la prothèse intermédiaire de hanche ; et le troisième est l'ostéosynthèse : Vissage dans l'axe du col fémoral (Vis-plaque, clou-plaque ou clou-gamma).

⁶⁸ COLLEGE FRANÇAIS DES ENSEIGNANTS EN RHUMATOLOGIE. *Ostéoporose*. Université Médicale Virtuelle Francophone : 2008-2009, p.7. Consulté le 21/010/2014

<http://www.fascicules.fr/data/consulter/rhumato-polycopie-osteoporose.pdf>

⁶⁹ DREES. L'état de santé de la population en France Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011, p.23

Figure 30 : Traitement par vis



Figure 31 : Traitement vis plaque à compression

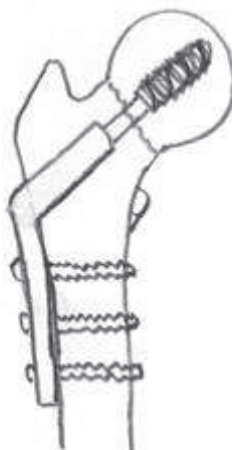


Figure 32 : Prothèse céphalique type prothèse de Moore



Source 36 : www.sante.ujf-grenoble.fr

Le choix du traitement est variable selon l'âge du patient. En effet, la consolidation des fractures du col du fémur est le plus souvent impossible à obtenir c'est pourquoi après 65 ans la prothèse de hanche est le traitement de choix puisqu'elle permet une reprise de la marche immédiatement après l'intervention. Le type de prothèse varie selon l'âge et la qualité de la marche avant la fracture. Il peut s'agir d'une prothèse totale classique ou bien d'une prothèse uniquement fémorale (prothèse intermédiaire de hanche).

Dans de rares cas, un traitement conservateur, sans prothèse de hanche, peut être proposé soit pour des raisons de contre-indication à l'anesthésie lorsque le patient est trop fragile pour pouvoir supporter l'intervention, soit parce que la fracture n'est pas déplacée et peut laisser une chance de consolidation. Dans ce dernier cas, l'appui du côté de la fracture est interdit pendant deux mois.

Les fractures du massif trochantérien sont généralement traitées par une ostéosynthèse, c'est-à-dire la mise en place d'un système fixant la fracture de manière à obtenir sa consolidation. Il est parfois possible pour le patient, lorsque la qualité de l'os et le type de fracture s'y prêtent, d'appuyer immédiatement après l'intervention. Dans les autres cas, une période de quatre à six semaines de marche sans appui est nécessaire.

Dans les formes de fractures du massif trochantérien à la frontière de la fracture du col ou bien dans les formes instables, c'est-à-dire que l'ostéosynthèse est vouée à l'échec, car elle ne permet pas de stabiliser la fracture, une prothèse totale de hanche peut être proposée.

À l'inverse pour le patient jeune, l'objectif est de faire consolider la fracture dans une bonne position. Une intervention chirurgicale est souvent nécessaire, elle vise à rendre une anatomie correcte de l'extrémité supérieure du fémur tout en donnant une bonne stabilité grâce à l'implantation de matériel.

Les fractures du col du fémur se compliquent souvent de nécrose de tête fémorale. Il s'agit d'un infarctus de l'os secondaire à la lésion des vaisseaux sanguins du col du fémur qui apportent le sang et l'oxygène à la tête du fémur. La nécrose de la tête du fémur apparaît dans les mois qui suivent la fracture et survient d'autant plus souvent que la fracture était déplacée et le délai de prise en charge long. La nécrose de tête fémorale conduit le plus souvent à la mise en place d'une prothèse totale de hanche.

La non-consolidation (pseudarthrose) est une autre complication de ce type de fracture, la fracture n'est pas solide au sixième mois et nécessite une intervention pour aider à la consolidation grâce à un apport d'os ou en réalisant une réaxation de l'os dans une position plus favorable (ostéotomie de valgisation fémorale). En dernier lieu l'implantation d'une prothèse totale de hanche peut s'avérer nécessaire.

Les fractures du massif trochantérien du sujet jeune sont préférentiellement traitées par une plaque vissée, les complications sont rares et le pronostic généralement bon. Une période de marche sans appui de quatre semaines est nécessaire.

L'ensemble des éléments recueillis témoigne de l'importance des fractures de l'extrémité supérieure du fémur sur le plan épidémiologique et de la santé publique. Les facteurs de risques et les traitements de ces fractures sont bien connus, mais nous pouvons d'ores et déjà conclure à l'importance de la prévention des facteurs de risques, prévention qui semble cependant faire défaut au vu des données et des recommandations répétées de la HAS. Nous allons à présent nous intéresser aux données d'hospitalisations disponibles afin d'en comprendre la prise en charge particulièrement pour le sujet âgé alsacien.

Ce type de fracture chez l'adulte et surtout chez la personne âgée est incontestablement la lésion la plus fréquemment rencontrée en traumatologie.

EN FRANCE ET EN ALSACE

L'augmentation générale de la population âgée entre 1998 et 2007 amène une augmentation du nombre de séjours pour motif de fractures de l'extrémité supérieure du fémur notamment chez les hommes.

Quelques chiffres témoignent de l'importance de cette pathologie pour le milieu hospitalier. Par exemple, elle serait la troisième cause d'arrivée aux urgences. Les chutes entraînent 1 % de fracture du col du fémur, mais la plupart des chutes n'entraînent pas de traumatisme physique grave : 6 à 8 % des chutes entraînent des fractures dont une fois sur trois de l'extrémité supérieure du fémur⁷⁰.

En région, le taux de recours à l'hospitalisation est plus élevé pour les hommes en Alsace que dans les autres régions. Pour les femmes, le taux le plus élevé s'observe en Corse. De manière générale, les personnes âgées en Alsace ont un taux de recours aux soins hospitaliers élevé : *« les personnes de 75 ans et plus en Alsace représentent comme il a été indiqué 7,8 % de la population en 2010, mais :*

- 31 % de l'ensemble des séjours médicaux en hospitalisation complète (44 % des journées)
- 34 % des séjours médicaux DSO (séjours inférieurs à une journée)
- 11 % des passages aux urgences

⁷⁰ COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE. *Les chutes*. Université Médicale Virtuelle Francophone : 2008-2009. p.15. Consulté le 21/10/2014

<http://www.fascicules.fr/data/consulter/geriatrie-polycopie-chutes-du-sujet-age.pdf>

DARGENT-MOLINA, P., BREARD, G. “ Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. ”, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1995, n°43, p. 72-83

- 33 % des séjours d'hospitalisation à domicile (MCO) »⁷¹

Les données d'hospitalisation permettent de mieux comprendre l'enjeu pour les établissements hospitaliers de plus en plus confrontés d'une part à la population gériatrique et d'autre part à une forte proportion de personnes âgées avec cette fracture. Les seules données d'hospitalisation disponibles à l'échelon national pour la population âgée datent de 2003 (cf. [Tableau 14](#)) et nous permettent de placer l'Alsace au deuxième rang des régions françaises à présenter les plus forts taux.

Tableau 14 : Les taux d'hospitalisation en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur en 2003 pour 100 000 personnes âgées de 65 ans plus en France hexagonale

Régions France hexagonale	taux standardisé
Corse	81
Alsace	80
Rhône-Alpes	67
Languedoc-Roussillon	66
Midi-Pyrénées	66
Provence-Alpes-Côte d'Azur	66
Nord-Pas-de-Calais	65
Lorraine	64
Franche-Comté	63
Picardie	63
Bourgogne	61
Bretagne	61
Aquitaine	60
Auvergne	60
Champagne-Ardenne	60
Limousin	59
Poitou-Charentes	59
Pays de la Loire	58
Ile-de-France	57
Centre	56
Haute-Normandie	56
Basse-Normandie	54
France hexagonale	62

Source 37 : Fnors, Score santé

⁷¹ AGENCE REGIONALE DE LA SANTE ALSACE. *Projet Régional de Santé: état des lieux*. Décembre 2010, p.131

Pour affiner notre propos, les données du PMSI 2010 et 2011 Alsace ont été analysées pour témoigner de l'importance de cette fracture sur les hospitalisations.

Ainsi, dans les 25 établissements alsaciens de Soins de suite et de réadaptation (SSR), les données indiquent que le groupe de morbidité dominante (GMD) relatif aux fractures du col du fémur représente près de 30 % des journées⁷² :

- Fracture du col du fémur avec ostéosynthèse, âge supérieur à 18 ans (17A09), représente 15,9 % des 46 488 jours
- Fracture du col du fémur avec pose de prothèse de hanche, âge supérieur à 18 ans (17A08), représente 14,1 % des 46 488 jours.

En 2011, 2 204 personnes domiciliées en Alsace se sont faites hospitalisées dans la région pour diagnostic principal de fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Cela représente 0,3 % des patients domiciliés et hospitalisés dans la région (678 938 patients domiciliés et hospitalisés en Alsace).

Plus de la moitié des patients se sont faits hospitalisés dans un établissement bas-rhinois (60 %), plus particulièrement aux HUS (32,6 %). Les établissements haut-rhinois ont eu en moyenne 148 séjours pour ce diagnostic en 2011, les établissements bas-rhinois 157 en moyenne. Si l'on regarde la provenance des patients selon le code géographique, on constate que 57 % des séjours concernent des personnes résidant dans le Bas-Rhin. Cette répartition concorde effectivement avec celle des séjours par département de l'établissement.

⁷² CMC : catégories majeures cliniques n°17 : poursuite de soins médicaux post-traumatiques.

Tableau 15 : Répartition des séjours pour FESF en 2011 dans les principaux centres hospitaliers en Alsace

Etablissement	Nombre de FESCF	fréquence
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	719	32,6%
CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE	353	16,0%
CENTRE HOSPITALIER DE COLMAR	312	14,2%
CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	195	8,8%
CENTRE HOSPITALIER DE SELESTAT	152	6,9%
CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	102	4,6%

Source 38 : PMSI 2011

Les hospitalisations se font principalement dans des établissements publics, seuls 8 % des patients ont été pris en charge dans un établissement privé. Cela s'explique par la nature accidentelle de cette fracture nécessitant un passage aux urgences.

Les séjours pour ce diagnostic concernent pour plus de 70 % des femmes et à 78 % des personnes âgées de 75 ans ou plus. L'âge moyen des patients est de 79,8 ans sachant que le patient le plus jeune était âgé de 0 an et le plus vieux de 102 ans. L'âge moyen varie selon le sexe des patients puisqu'il est de 81,8 ans pour les femmes et de 74,7 ans pour les hommes.

En termes de classes d'âge, les patients se répartissent de cette manière :

Tableau 16 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon la classe d'âge du patient

Classe d'âge	Effectif	Fréquence
moins de 25 ans	14	1%
25-34 ans	6	0%
35-44 ans	24	1%
45-54 ans	69	3%
55-64 ans	137	6%
65-74 ans	237	11%
75 ans ou plus	1717	78%

Source 39 : PMSI 2011

⁷³ Note de lecture : les données PMSI concernent les séjours et non les patients. Ainsi, les résultats présentés ci-dessous ne concernent pas des personnes, mais des séjours.

Les hospitalisations pour ce diagnostic concernent principalement les personnes les plus âgées, celles de 75 ans et plus.

Cependant, en rapportant le nombre d'hospitalisations des 75 ans ou plus pour DP de FESF par commune à l'ensemble des hospitalisations des 75 ans ou plus ; on constate que les communes de Sélestat, de Thann et d'Altkirch sont bien plus concernées par la prise en charge des FESF des personnes âgées de 75 ans ou plus. Aucune explication à ces particularités n'a cependant pu être recensée.

Tableau 17 : Répartition des patients de 75 ans ou + par commune et par DP fesf

Commune	ensemble DP 75 +	DP FESCF 75 +	taux
Strasbourg	57292	647	1,1%
Colmar	27659	274	1,0%
Mulhouse	22696	277	1,2%
Haguenau	8524	164	1,9%
Saverne	6833	127	1,9%
Lutterbach	3779	39	1,0%
Selestat	2968	128	4,3%
Altkirch	1495	43	2,9%
Thann	1370	51	3,7%

Nous pouvons également détailler le type de fracture pour chaque patient.

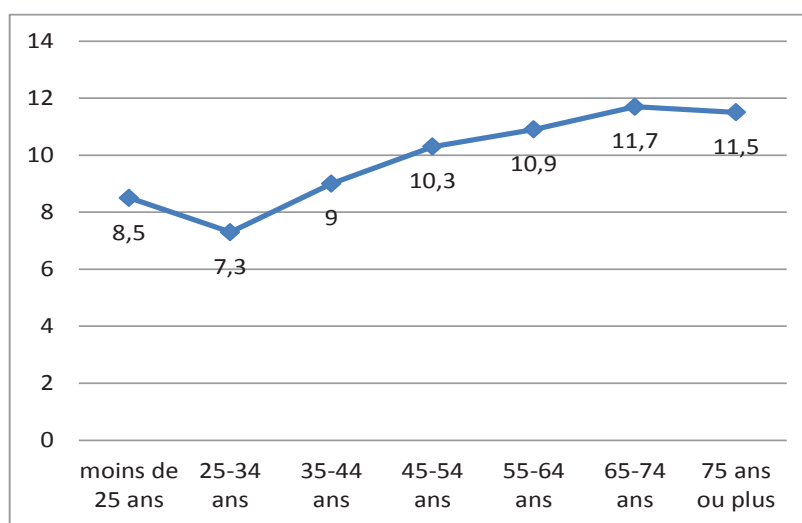
Tableau 18 : Répartition des séjours en Alsace selon le type de fracture

Libélé du code CIM 10	nombre de séjour	fréquence
FRAC. FERMEE DU TROCHANTER	1070	48,5%
FRAC. FERMEE DU COL DU FEMUR	969	44,0%
FRAC. DU COL DU FEMUR	98	4,4%
FRAC. DU TROCHANTER	63	2,9%
FRAC. OUV. DU COL DU FEMUR	2	0,1%
FRAC. OUV. DU TROCHANTER	2	0,1%
Total général	2204	100,0%

Source 40 : PMSI 2011

Les durées de séjour s'échelonnent entre 0 et 113 jours, en moyenne 11,4 jours. Une différence s'observe entre les hommes et les femmes, ces dernières restant hospitalisées en moyenne moins longtemps que les hommes : 11 jours pour les femmes contre 12,5 pour les hommes. De même, nous constatons clairement une augmentation de la durée moyenne de séjour plus l'âge du patient augmente avec un écart de près de 5 jours entre les patients de 25-34 ans et les plus de 75 ans. Les durées de séjours plus longues ont des conséquences économiques pour les établissements de santé et la Sécurité sociale. D'après P. Oberlin et M.C. Mouquet, « on peut estimer alors que la FESF a coûté au moins 475 millions d'euros en 2009 à l'Assurance maladie »⁷⁴. Une autre étude montre le surplus de coûts induits par la fracture de la hanche comparé à un groupe de femmes hospitalisées : « au-delà de 81 ans, le coût total était de 14 509 euros par patiente victime de fracture de hanche et de 7 738 euros par patiente-contrôle. En dessous de 81 ans, le coût total des soins pendant 12 mois suivi n'était que de 9 803 euros par patiente et de 3 548 euros par patiente-contrôle. »⁷⁵ Comme nous le verrons plus loin dans l'exploré, les durées de séjours longues pour les patients âgés entraînent des complications qu'il est indispensable de prévenir.

Figure 33 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon la classe d'âge du patient et la durée moyenne de séjour



Source 41 : PMSI 2011

⁷⁴ OBERLIN, P., MOUQUET, M.C. « Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009. », *Etudes et résultats*, 2011, n°774, p.2

⁷⁵ SCHEERLINCK, T., HAENTJENS, P. « Fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte. », *Encyclopédie médico-chirurgicale, appareil locomoteur*, 2003, n°14, p.4

Les patients viennent en grande majorité de leur domicile. La fracture a le plus souvent lieu en dehors d'un établissement hospitalier.

Tableau 19 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon le mode d'entrée

mode d'entrée	effectif	fréquence
mutation	12	1%
transfert définitif	37	2%
domicile	2155	98%
Total	2204	100%

Source 42 : PMSI 2011

L'entrée au sein de l'établissement se fait presque exclusivement par le service des urgences. Le caractère accidentel de ce type de fracture en est l'explication.

Tableau 20 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon la provenance

Provenance	effectif	fréquence
avec passage dans une structure d'accueil d'urgence de l'établissement	1960	89%
donnée manquante	195	9%
unité de MCO	26	1%
unité de SSR	18	1%
unité de soins longue durée	3	0%
unité psychiatrie	2	0%
total	2204	100%

Source 43 : PMSI 2011

En ce qui concerne la sortie d'hospitalisation, nous pouvons constater un faible taux de décès, 4 %. Près des deux tiers des patients continuent leur hospitalisation dans la même ou une autre entité juridique ; seuls 28 % des patients rentrent directement chez eux.

Le plus souvent, les patients entrent en unité de soins de suite et de réadaptation (57 %)

Tableau 21 : Répartition des séjours hospitalisés pour FESF en Alsace selon le mode de sortie

Mode de sortie	effectif	fréquence
transfert définitif	1160	53%
domicile	616	28%
mutation	337	15%
décès	91	4%
total	2204	100%

Source 44 : PMSI 2011

Tableau 22 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon la mode de sortie et la classe d'âge

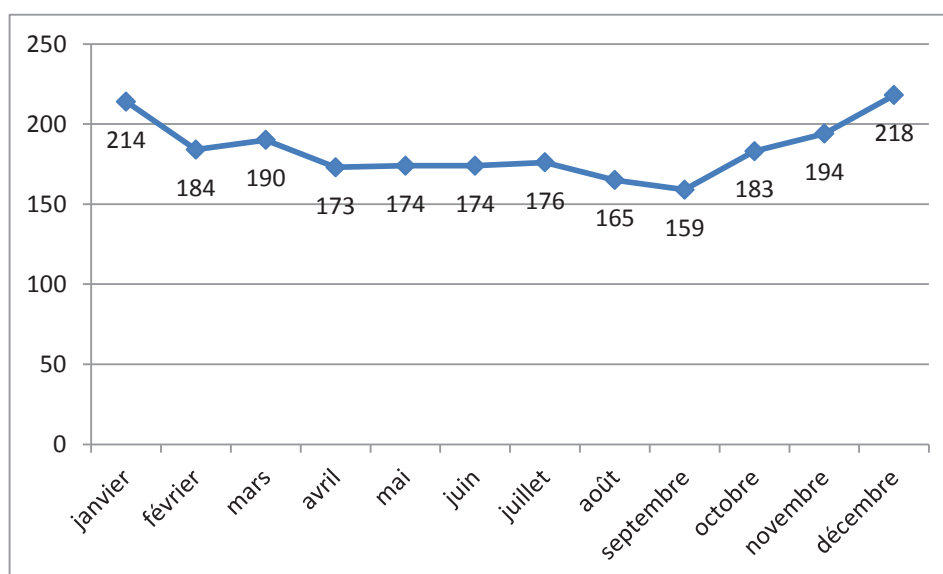
Classe d'âge	mutation	transfert définitif	domicile	décès	Total
moins de 25 ans			2%		1%
25-34 ans			1%		
35-44 ans			3%		1%
45-54 ans	1%	2%	8%		3%
55-64 ans	3%	5%	11%	2%	6%
65-74 ans	7%	10%	14%	11%	11%
75 ans ou plus	88%	83%	62%	87%	78%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Source 45 : PMSI 2011

On peut constater que plus les patients avancent en âge, plus le mode de sortie vers le domicile diminue au profit de la mutation ou du transfert normal. De même, les décès surviennent chez les patients âgés de 55 ans ou plus avec un pic pour les 75 ans ou plus (79 décès). À l'inverse, le retour à domicile est le principal mode sortie pour les patients sont jeunes.

Au vu des données sur le mois de sortie d'hospitalisation (cf. [Figure 34](#)), nous ne pouvons conclure à une saisonnalité de ce type de fracture. Néanmoins les chiffres sont plus importants en hivers, période de l'année où la luminosité est plus faible et les sols glissants, et où les personnes notamment âgées sont plus fragiles (grippes, fatigue).

Figure 34 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon le mois de sortie d'hospitalisation



Source 46 : PMSI 2011

Nous avons observé les caractéristiques de la pathologie dans les hôpitaux alsaciens. Il est possible d'affiner les données à l'échelon d'un hôpital : les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour voir s'il y a ou non des spécificités locales.

POUR LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

En 2011, 125 081 séjours ont été enregistrés aux HUS pour des patients domiciliés en Alsace.

Les séjours pour diagnostic principal de FESF représentent 0.6 % de l'ensemble des séjours cette même année en MCO, soit 719 séjours. Les principaux diagnostics concernent les séances de chimiothérapies ou ceux liés à la grossesse et aux accouchements.

Ces 719 séjours concernent à 79 % des femmes (495) et pour 78 % des patients âgés de 75 ans ou plus (jusqu'à 102 ans). L'âge moyen est de 80,0 ans.

Comme pour les hospitalisations en Alsace, on retrouve les mêmes caractéristiques à savoir :

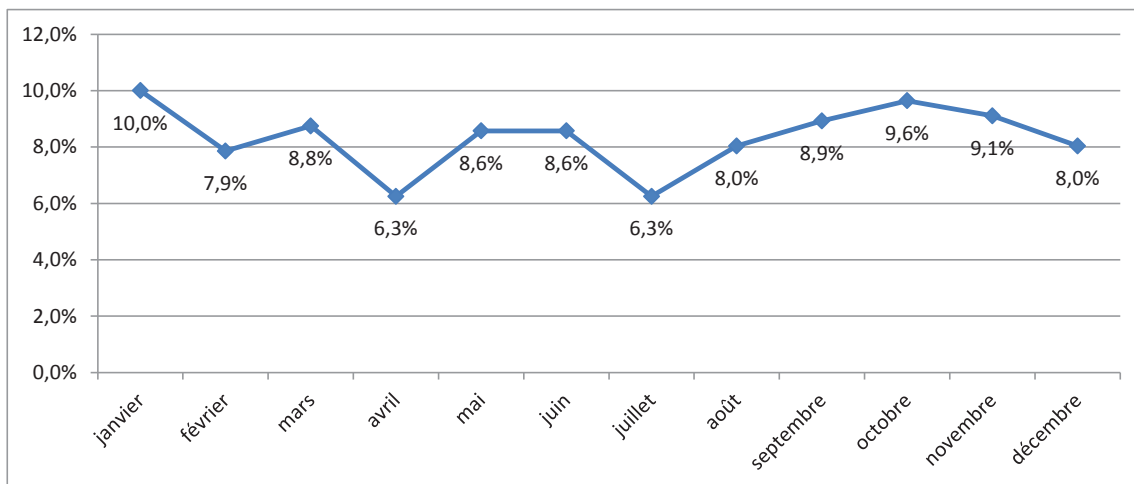
- des patients venant presque en totalité de leur domicile (98 %)
- en provenance des urgences (93 %)
- bénéficiant d'un transfert ou d'une mutation notamment vers une unité de soins de suite et de réadaptation (49 %)

Le mode de sortie principal pour les patients âgés de 75 ans ou plus reste le domicile ou le transfert vers une autre unité du même établissement. Ce résultat est à mettre en lien avec la polypathologie présente chez beaucoup de les personnes âgées.

Tableau 23 : Répartition des séjours pour les patients de 75 ans ou + hospitalisés aux HUS pour DP FESF selon le mode de sortie

mode de sortie	Effectif	fréquence
mutation	126	23%
transfert définitif	205	37%
domicile	208	37%
décès	21	4%
Total	560	100%

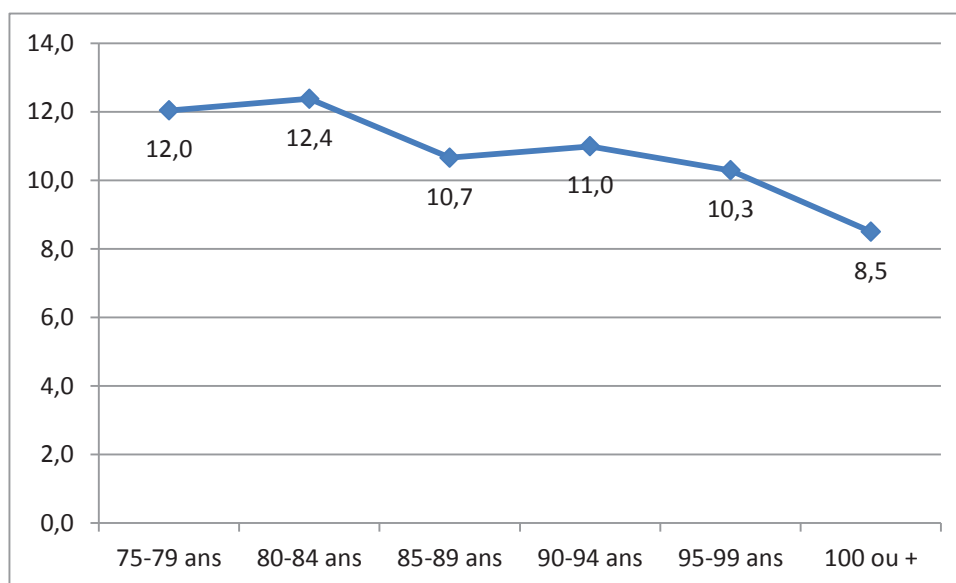
Figure 35 : Répartition des séjours pour les patients de 75 ans ou + hospitalisés aux HUS pour DP FESF selon le mois de sortie



Les durées de séjour s'échelonnent de 0 à 113 jours, avec une moyenne de 9,8 jours. La durée moyenne de séjour pour les femmes est inférieure à celle des hommes avec respectivement 10,8 jours contre 13,2 jours.

Les durées moyennes de séjours sont plus élevées pour les patients de 80 à 84 ans. Après cet âge les durées de séjours diminuent comme le nombre de patients, mais restent supérieures à celles pour les patients plus jeunes.

Figure 36 : Répartition des séjours de patients âgés de 75 ans ou + hospitalisés aux HUS pour DP FESF selon la durée moyenne de séjour



L'analyse des données du PMSI permet d'affirmer que les hospitalisations pour ce type de fracture sont particulièrement importantes à Strasbourg, seule ville abritant un CHU. La problématique pour les femmes âgées reste entière puisqu'elles sont les principales victimes de cette fracture. Les durées de séjours sont longues, mais le CHU de Strasbourg montre des durées moins élevées qu'en moyenne alsacienne. En dernier point, la saisonnalité des hospitalisations pour ce diagnostic est plus marquée en période hivernale, période marquée par un environnement froid et humide favorisant les chutes et les états de santé plus fragiles.

LE DEVENIR DES PERSONNES ÂGÉES APRÈS FRACTURES

Le parcours de soin est bien établi par les professionnels de santé. Ainsi, les patients ont principalement deux options à leur sortie d'hospitalisation : un séjour en SSR et le retour au lieu de vie précédant (domicile ou EHPA). En Alsace, la prise en charge est très gériatrique : « La prise en charge en soins de suite est très largement une prise en charge gériatrique. Le SROS 3 reconnaît toutefois un niveau spécialisé de soins de suite gériatrique pour la prise en charge de patients âgés souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques invalidantes et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensation. Huit structures ont été reconnues. (...). Les entrées en soins de suite et de réadaptation s'effectuent à 66 % à partir

*d'un court séjour et à 30 % du domicile. Les sorties se réalisent à 75 % vers le domicile et à 9 % vers un hôpital en court séjour »*⁷⁶

Cet état des lieux identifie deux points centraux sur le devenir des patients, à savoir que les personnes âgées ont des risques de complications importants après une hospitalisation, et que les retours à domicile après un séjour en SSR ne sont pas systématiques. Les changements de lieux de vie et de mode de vie sont donc dès à présent perceptibles.

FRACTURES ET MORTALITÉ

L'ensemble des études (principalement anglo-saxonnes) montre un taux de mortalité plus élevé dès trois mois après cette fracture. La mortalité est plus importante lors des premiers mois : « *Le taux de mortalité à 3 mois était de 37 %, et la survie actuarielle à un an était de 59 %. Une surmortalité 8 fois plus importante par rapport à la population de référence a été observée traduisant la gravité de la survenue de cette fracture chez le sujet âgé.* »⁷⁷

Le pronostic vital immédiat est connu grâce à Czernichow et coll.⁷⁸. Parmi 506 diagnostics de fracture de l'extrémité supérieure du fémur observaient 7,9 % de décès dans la période périopératoire, soit 2 semaines avant et 2 semaines après l'intervention. Le pronostic vital à moyen et long terme est étudié par de nombreux auteurs : Larsson et coll.⁷⁹ observaient 74 % de décès à 10 ans sur une série de 563 dossiers revus.

⁷⁶ AGENCE REGIONALE DE LA SANTE ALSACE. *Projet Régional de Santé: état des lieux*. Décembre 2010, p.132

⁷⁷ KESKES, H. et Al. “ Facteurs de pronostic des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez le sujet âgé (étude prospective à propos de 88 cas). ”, *J.I. M. Sfax*, juin-décembre 2006, n°11/12, pp. 21

⁷⁸ CZERNICHOW, P., THOMINE, J.M., ERTAUD, A., BIGA, N., FROMENT, L. “ Pronostic vital des fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Etude chez 506 patients âgés de 60 ans et plus. ”, *Revue de Chirurgie Orthopédique*, 1990, n°76, pp.161-169

⁷⁹ LARSSON, S., FRIBERG, S., HANSSON, LI. “ Trochanteric fractures. Mobility, complications, mortality in 607 cases treated with the sliding-screw technique. ”, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1990, n°260, pp.232-241.

Les facteurs prédictifs de survie à moyen et long terme ont été établis : le grand âge ainsi que l'autonomie du patient avant la fracture⁸⁰, le délai préopératoire supérieur à 1 semaine (White et coll.⁸¹). La comorbidité au moment de la fracture fournit des facteurs pronostiques majeurs d'après Dahl⁸² et White et coll.⁸³. Le Tableau 24 résume les différentes études réalisées sur le devenir des patients atteints de FESF. Nous pouvons en tirer plusieurs enseignements, le premier étant qu'il n'y a pas une seule et même méthodologie et une hétérogénéité des patients inclus dans chaque protocole. Le deuxième enseignement marque clairement la surmortalité de ces patients notamment en France dès trois mois après hospitalisation. Cela vient confirmer l'importance de cette pathologie dans les espaces sanitaire, médico-social et politique. Il semble donc impératif de cibler les efforts de prise en charge dès l'hospitalisation, mais également à postériori.

Les résultats sur la mortalité à un an sont les plus faibles dans les études réalisées en Suède, aux USA et au Canada. Dans le même temps, l'âge moyen des patients dans ces études sont également les plus faibles par rapport aux autres études. À l'inverse, la mortalité et l'âge moyen sont plus élevés chez les patients français, tunisiens et tchèques. Le lien entre l'avancée en âge et risque de mortalité après fracture peut être fait.

⁸⁰ IONS, GK., STEVENS, J. "Prediction of survival in patients with femoral neck fractures.", *Journal of Bone and Joint Surgery (Br)*, 1987, n°69, pp. 384-387.

⁸¹ WHITE, BL., FISHER, WD., LAURIN, CA. "Rate of mortality for elderly patients after fracture of the hip in the 1980's.", *Journal of Bone and Joint Surgery (Am)*, 1987, n°69, pp. 1335-1340

⁸² DAHL, E. "Mortality and life expectancy after hip fractures.", *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 1980, n°51, pp. 163-170

⁸³ WHITE, BL., FISHER, WD., LAURIN, CA. "Rate of mortality for elderly patients after fracture of the hip in the 1980's.", *Journal of Bone and Joint Surgery (Am)*, 1987, n°69, pp. 1335-1340

Tableau 24 : Étude du pronostic vital après fracture de l'extrémité supérieure du fémur

Auteurs	Nombre	Pays	Age moyen	Mortalité à 3 mois	Mortalité à 1 an	Durée de la surmortalité
Miller	360	USA	73	16,7%	27%	8mois
Dujardin	458	France	78	22,2%	42%	6ans
Holmberg	3002	Suède	-	4,4%	22%	<12mois
White	241	Canada	75,6		22%	2ans
Grimley-E	242	Angleterre	79,5	35,6%	-	6mois
Czemichow	506	France	80		35,4%	2ans
Dzupa (14)	244	R.Tchèque	77		35%	-
Notre étude	88	Tunisie	76,6	33%	41%	7mois

Source 47 : facteurs de pronostic des FESF chez le sujet âgé. Juin 2006.p.25

En France, trois études se sont penchées sur la mortalité après ce type de fracture et sont le plus souvent citées.

J. Tonetti et al.⁸⁴ se sont penchés sur le pronostic vital et fonctionnel à 2,5 ans pour une cohorte de 78 patients du même type que notre population d'enquête (les personnes âgées de 75 ans ou plus victimes de fractures de l'extrémité supérieure du fémur.) Ces résultats montrent 33 décès, dont près de la moitié, après un an. L'influence de l'âge sur la survie est un premier élément explicatif. Les patients âgés de moins de 85 ans ont un meilleur pronostic vital, entendu comme un plus faible risque de décès dû à la maladie ou à un accident.

Le deuxième élément explicatif est l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne : les personnes autonomes ont un meilleur pronostic vital.

⁸⁴ TONETTI, J., COUTURIER, P., REMY, A., NICOLAS, L., MERLOZ, P., FRANCO, A. " Fracture de l'extrémité supérieure du fémur après 75 ans. Pronostic vital et fonctionnel d'une cohorte de 78 patients suivie 2,5 ans. ", *Revue de chirurgie orthopédique et de traumatologie*, novembre 1997, n°7, p.636

Le type de fracture ainsi que le délai de prise en charge chirurgicale de la fracture ont également une influence puisque les patients victimes de fractures pathologiques et les patients opérés six jours après le traumatisme ont un pronostic vital diminué.

Le troisième à avoir étudié le phénomène est François-Xavier Raoux⁸⁵ pour sa thèse de médecine en 1990. Voici un tableau récapitulatif de l'incidence de la mortalité pour ce type de fracture pour les trois enquêtes :

Tableau 25 : Incidence de la mortalité après fracture de fémur proximal dans les séries françaises

Auteurs	Effectif	Age	Moyenne d'âge	mortalité		
				3 mois	6 mois	12 mois
Czernichow et al.	506	60 ans ou plus	80	14%		35%
Raoux et al.	100	70 ans ou plus	86	12%	27%	37%
Tonetti et al.	75	75 ans ou plus	85		14%	20%

Source 48 : symposium de la Société française de chirurgie orthopédique et de traumatologie, 2002

De même que pour les comparaisons internationales, les méthodologies et les populations diffèrent dans ces études nationales, mais les résultats sur la mortalité dès trois mois vont dans le même sens.

Une autre étude présentée par F.Jacquot⁸⁶ compare les données de survie à huit mois de patients âgés de plus de 80 ans hospitalisés pour fracture d'un membre, notamment celle du col du fémur. Les conclusions sur les taux de mortalité indiquent près de 17 % pour l'ensemble des patients à six mois ; et le taux de mortalité s'élève à 20,4 % pour les patients atteints de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur (13,6 % pour les fractures du poignet).

⁸⁵ RAOUX, FX., LAFONT, CH., VELLAS, B. “ Suivi a un an de 100 patients âges victimes d'une fracture de hanche. ”, *Année Gériatologique*, 1993, 7, pp. 267-268.

⁸⁶JACQUOT F., FERON JM., BONNEVALLE P. “ Présentation de la série du symposium des fractures des sujets âgés de plus de 80 ans. ”, *Revue Chirurgie Orthopédique*. 2003; n°89: pp.138- 142

Un dernier exemple témoignant de la surmortalité de la population âgée pour ce type de pathologie est l'étude de H. Keskes, et al⁸⁷. Une étude de la survie actuarielle sur un an ainsi qu'une étude des facteurs de pronostic a été effectuée pour 88 patients ayant 60 ans et plus et présentant une fracture du massif trochantérien. La conclusion est : « *une surmortalité 8 fois plus importante par rapport à la population de référence a été observée traduisant la gravité de la survenue de cette fracture chez le sujet âgé.* ».⁸⁸

Le **Tableau 26** expose cette surmortalité en fonction de la tranche d'âge. La classe 65-69 ans donne la surmortalité la plus importante par rapport à la population générale. Ce résultat peut paraître surprenant puisqu'il concerne la population la plus jeune. Aucune hypothèse n'est émise sur ces chiffres, mais l'on peut penser que les pathologies associées à la fracture ont pu les fragiliser davantage. Quoi qu'il en soit, ces chiffres témoignent bien à une surmortalité des patients atteints de fracture du col du fémur avec une augmentation allant de pair avec l'avancée en âge.

Tableau 26 : Surmortalité par tranche d'âge chez les fracturés du massif trochantérien

<i>Tranches d'âge</i>	<i>Décès attendus</i>	<i>Décès observés</i>	<i>surmortalité</i>
<i>60-64ans</i>	<i>0,9%</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>65-69ans</i>	<i>1,5%</i>	<i>27,3%</i>	<i>18 fois plus</i>
<i>70-74ans</i>	<i>2,9%</i>	<i>23,8%</i>	<i>8 fois plus</i>
<i>75-79ans</i>	<i>5%</i>	<i>40%</i>	<i>8 fois plus</i>
<i>80-99ans</i>	<i>11,6%</i>	<i>59,5%</i>	<i>5 fois plus</i>
<i>Total</i>	<i>4,73%</i>	<i>40,9%</i>	<i>8 fois plus</i>

Source 49 : Facteurs de pronostic des FESF chez le sujet âgé. Juin 2006.p.24

⁸⁷ KESKES, H. et Al. “ Facteurs de pronostic des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez le sujet âgé (étude prospective à propos de 88 cas). ”,b *J.I. M. Sfax*, juin-décembre 2006, n°11/12, pp. 21- 26

⁸⁸ Idem, p.21

En termes de surmortalité, les résultats issus de la bibliographie sont assez divers de par la durée prise en compte et les méthodes d'inclusion des patients, mais les résultats témoignent tous de l'importance du phénomène notamment par rapport aux autres pathologies.

Une autre conclusion de ces études est l'évolution de l'état fonctionnel de la personne et de la qualité de vie : le niveau d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, l'autonomie à la marche et la qualité de vie sont tous en baisse. « *Les répercussions fonctionnelles d'une fracture de hanche sont importantes. Un an après l'accident, 20 à 60 % des survivants retrouvent un niveau de mobilité ou d'indépendance comparable à leur état initial. La répercussion de la mobilité est meilleure chez les patients plus jeunes. Seuls 40 % des patients qui marchaient sans aide avant leur fracture font de même un an après, 25 % utilisent une canne, 25 % un déambulateur et dix ne marchent plus du tout. La diminution de la qualité de vie suite à une fracture peut s'expliquer par des douleurs importantes.* »⁸⁹ Ces données sont issues de deux études anglo-saxonnes⁹⁰ dont les méthodologies et populations diffèrent ce qui explique les forts écarts entre les résultats. L'étude britannique de G.S. Keene est de type prospective sur 12 mois et a suivi 972 patients dans deux centres de rééducation. L'étude de K.A. Egol et al. est également prospective sur 12 mois, mais a suivi 338 patients dans un centre hospitalier.

Ce tableau pourrait résumer ainsi les données disponibles :

⁸⁹ SCHEERLINCK, T., HAENTJENS, P. « Fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte. », *Encyclopédie médico-chirurgicale, appareil locomoteur*, 2003, n°14, p.18

⁹⁰ KEENE, G.S., PARKER, M.J., PRYOR, G.A. « Mortality and morbidity after hip fractures. », *British Medical Journal*, 13 novembre 1993; n°307, pp 1248-1250

EGOL, K.A., KOVAL, K.J., ZUCKERMAN, J.D. « Functional recovery following hip fracture in the elderly », *Journal of Orthopaedic Trauma*, Nov 1997, n°11, pp.594-599.

Figure 37 : Fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte

Nombre total de cas	environ 82 000 par an
Retentissement général	
■ surmortalité	15 à 20 %
■ mortalité	
→ à trois mois	13 %
→ à un an	20 à 25 %
Retentissement fonctionnel	
■ Perte d'autonomie	50 %
→ dépendance à domicile	25 à 35 %
→ institutionnalisation	15 à 25 %
■ marche autonome impossible	40 %
■ récupération au même niveau	30 %

Source 50 : La revue du praticien, Vol. 58, 31 mars 2008

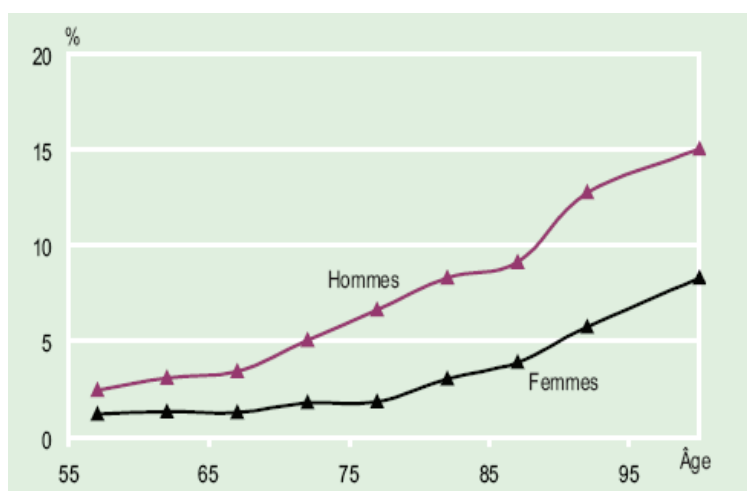
La mortalité à moyen et long terme ainsi que les conséquences fonctionnelles sont importantes. Nous allons voir qu'il existe un fort lien entre hospitalisation et mortalité.

HOSPITALISATION ET MORTALITÉ

D'après l'étude de la Drees de 2010⁹¹, le taux de mortalité pour FESF est plus élevé chez les hommes que chez les femmes en cours séjour MCO (7,7% VS 3,7 % en 2007) et le risque de décès augmente avec l'âge. Ces chiffres sont confirmés par les données d'hospitalisation observées en 2011 en Alsace.

⁹¹ OBERLIN, P., MOUQUET, M.C. " Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement? ", *Etudes et résultats*, 2010, n°723, p.5

Figure 38 : Taux de mortalité au cours des séjours pour FESF en 2007 selon l'âge et le sexe



Source 51 : Base nationale PMSI-MCO, exploitation Drees et estimations localisées de population Insee

Les décès sont principalement dus à l'immobilisation pendant et après l'hospitalisation qui entraîne des complications. Entre également en ligne de compte dans le taux de mortalité, la durée d'hospitalisation supérieure à deux semaines qui nécessite des soins de rééducation plus longs. Ce constat se confirme également au vu des données issues du PMSI en Alsace puisque les patients décédés sont restés hospitalisés plus longtemps que les patients rentrés au domicile :

Tableau 27 : Répartition des séjours

Mode de sortie	effectif	durée moyenne de séjour
domicile	616	9,5
transfert définitif	1160	11,9
mutation	337	12,7
décès	91	13,7
total	2204	11,4

Source 52 : PMSI 2011

Ce chapitre consacré aux chutes et à la fracture du col du fémur nous permet de comprendre l'importance de ces thématiques notamment en région Alsace.

Les personnes âgées sont bien victimes de cette fracture avec des conséquences sur leur devenir indéniables que ce soit en termes de mortalité ou de dépendance qu'en termes de qualité de vie. La population générale étant vieillissante, on peut s'attendre à un développement de cette pathologie. L'intérêt de cette recherche est de mieux la connaître pour mieux la traiter.

Un premier bilan nous amène à réfléchir sur la prévention des chutes, premier facteur explicatif de cette fracture. Il est reconnu que les actions de prévention ont eu un impact sur les hospitalisations pour ce diagnostic et que les facteurs de risques des chutes peuvent être limités sans l'intervention du médical. Or, actuellement, la prise en charge de ces fractures est exclusivement d'ordre médical avec un passage chirurgical en milieu hospitalier. Nous allons donc poursuivre notre commentaire sur cet espace particulier.

CHAPITRE 3 : L'ESPACE HOSPITALIER, PRINCIPAL LIEU D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE

PETIT HISTORIQUE : TROIS PHASES DE L'HÔPITAL ET SES FONCTIONS

Nous commencerons par retracer l'histoire de cette institution pour comprendre l'état des lieux actuel et ainsi voir comment les différents acteurs, qu'ils soient usagers ou professionnels, négocient dans ce type d'établissement.

Retracer l'histoire de cette institution est alors indispensable afin d'en comprendre les rouages actuels. L'hôpital s'est doté au fil des siècles de fonctions sociales. Les grandes religions monothéistes (Judaïsme, Christianisme, et Islam) ont toujours apporté assistance aux malades. Le grand principe de charité fait naître de nombreux hôpitaux dans le monde entier. L'influence des religions domine par rapport aux fonctions thérapeutiques : il n'y a pas de médecins, les soins consistent à nourrir et à héberger les malades et surtout les pauvres. Les conditions d'hygiène déplorable amènent à dire que « *l'hôpital est tout autant « créateur de maladies » qu'une institution destinée à guérir* ». ⁹² Cette première phase peut être alors qualifiée de traditionnelle. Les maisons dieu ou hôtels-Dieu, offerts par de riches croyants, fonctionnent sous l'autorité de l'évêque et sont généralement situés près de cathédrales : le religieux marque donc les premières fonctions sociales de l'institution. Dans le même cadre, on peut aussi citer les structures d'accueil le long des trajets de pèlerinages, appelées "hospitalia".

Les soins visent plus au salut de l'âme qu'au soin du corps malade. Au cours du XIII^e et du XIV^e siècle, l'organisation des hôtels-Dieu se dégrade, ce qui amène certaines municipalités comme Paris, Rouen, ou Angers à interférer dans la gestion des établissements. À la même époque, les pouvoirs locaux prennent en charge autoritairement les lépreux. En 1656, le jeune Louis XIV crée les Hôpitaux Généraux rassemblant les infirmes, indigents, orphelins, aliénés et mendiants. Ces institutions ont une double fonction : secourir les indigents et protéger la société de la contagion et du danger que représentaient ces populations stigmatisées. L'hôpital général a une fonction principalement sociale, car il contribue au maintien de l'ordre social.

⁹² STEUDLER, F. *L'hôpital en observation*. Paris: A. Colin, 1974, p.32.

La deuxième phase de l'hôpital est marquée par l'activité médicale qui se professionnalise. En effet, ce n'est qu'au XVIII^e siècle que l'hôpital prend une fonction thérapeutique, véritablement destinée aux soins. On repense les espaces afin de supprimer tous les facteurs nuisibles aux malades (circulation de l'air, changement des draps, hygiène...) et en mettant en place une présence continue de médecins. Ces derniers trouvent à l'hôpital une grande richesse de cas permettant l'observation, mais restent attachés à leurs clientèles dont ils tirent leur rémunération. Aussi, dans le prolongement de cette dynamique, qui tend à transformer les hôpitaux en machine à guérir, la fonction soignante devient progressivement prédominante avec la naissance de la médecine clinique, définie par M. Foucault dans son ouvrage : Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical (1963). Les hospitalisations ne se font plus sur motifs sociaux, mais sont justifiées par des critères médicaux. À partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, la vocation médicale de l'hôpital s'accroît encore avec les découvertes telles que l'anesthésie ou l'antisepsie. Les découvertes et les progrès scientifiques et techniques se développant encore au fil du temps viennent donner à l'hôpital son image actuelle : celle d'un lieu de haute technicité et d'innovation notamment avec la création des CHU dont nous verrons les spécificités à travers l'exemple de Strasbourg. La fonction sociale est aussi encore présente puisque l'hôpital soigne, guérit et informe toutes les populations. La création de la Sécurité sociale en 1945 en est un facteur.

Cette troisième étape est donc marquée par la technique et l'innovation depuis les années 1940. Les hôpitaux que nous connaissons actuellement sont bien différents de ceux des siècles précédents. En matière de qualité du système de santé, la France figure dans les tous premiers rangs mondiaux.

Ceci se traduit notamment par un faible taux de mortalité infantile (3,6 ‰ en 2006)⁹³ et par une espérance de vie élevée : 84,2 ans pour les femmes et 76,2 ans pour les hommes en 2006⁹⁴. À quoi sert l'hôpital aujourd'hui? Poser cette question peut paraître surprenante tant la réponse paraît logique :

⁹³ Tableau : Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile. Chiffre INSEE, <http://www.insee.fr>. Consulté le 27/03/2012

⁹⁴ idem

« il a pour vocation de soigner les malades, sa mission est donc thérapeutique. Pourtant s'interroger sur les fonctions sociales de l'hôpital n'est pas une vaine démarche et de nombreux travaux montrent que non seulement le soin aux malades n'a pas toujours été la priorité de cette institution, mais qu'au cours des cinquante dernières années, d'autres fonctions sont assumées par ce type d'établissement. »⁹⁵ L'hôpital joue un rôle essentiel au sein du système de santé et contribue largement à ces bons résultats. Par les emplois qu'il génère, au total, ce sont près de 876.858 personnes qui travaillent dans les hôpitaux, prenant en charge plus de 11 millions d'entrées chaque année. Il est aussi un acteur économique important. Globalement, ce sont 4.203 établissements, proposant 462.149 lits pour 62 millions d'habitants⁹⁶. « Si l'hôpital est un lieu familier de tous, son fonctionnement, les règles qui gouvernent cette institution sont mal connues. C'est parce que l'hôpital a de multiples missions et de nombreux visages : centre de référence des techniques médicales, lieu de recherche et d'enseignement ou encore espace de prévention et d'éducation à la santé, il est aussi un hôtel qui accueille les patients toute l'année, une entreprise au personnel nombreux dont les fonctions et les statuts sont variés, un bâtiment civil aux normes d'hygiène et de sécurité innombrables, une institution ouverte 24 heures sur 24, accueillant toutes les détreffes. »⁹⁷ Pour ce faire, le système hospitalier se compose d'établissements de santé publics et privés, distingués par le Code de la santé publique. Le secteur public représente 65 % des lits et le secteur privé 35 %. On retrouve ainsi les établissements publics de santé ou hôpitaux publics, qui sont des établissements publics, rattachés à une collectivité territoriale, la commune le plus souvent. Au nombre de 1 315, ils disposent de 303 420 lits. Les hôpitaux privés à but lucratif sont des sociétés commerciales. Les médecins y exercent à titre libéral. 1 442 établissements de ce type comportant 93 812 lits existent en France. Et les hôpitaux privés à but non lucratif sont des associations "loi 1901", des établissements gérés par des mutuelles et organismes de sécurité sociale ou des fondations. Ils sont 1 446 proposant 64 917 lits. Dans le cas d'établissements privés, on parle souvent de clinique.

⁹⁵ CARRICABURU, D., MENORET, M. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris: Editions Armand Colin, 2004, p. 13

⁹⁶ <http://www.hopital.fr>. Consulté le 26/01/2015

⁹⁷ DE KERVASDOUE, J. *L'hôpital*. Paris : PUF, 2004, quatrième de couverture

Le secteur public hospitalier sanitaire et social regroupe les établissements publics relevant des domaines sanitaire, social et médico-social (hôpitaux, centres hospitaliers spécialisés, maisons de retraite, maisons d'accueil spécialisé...). Sont regroupés sous l'appellation "hôpital public" les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux, incluant ou non des maisons de retraite.

Jean De Kervasdoué décrit les spécificités de chaque type d'établissement dans son ouvrage : L'hôpital⁹⁸. Les établissements de soins ont une multitude de statuts distincts et revêtent différents visages : les soins apportés ne sont pas forcément de la même nature dans le sens où le statut des médecins diffère, où les moyens techniques ne sont pas égaux et où les populations soignées ne sont pas les mêmes. Cependant, cette diversité d'établissements permet à la France de prendre en charge ses malades, quels que soient leur niveau de vie, leur profession, leur moyen financier, ou leur lieu de vie et même de prendre en charge les malades d'autres pays du Monde n'ayant pas les mêmes dispositifs de soins et les mêmes performances.

Cette brève présentation permet déjà de voir quelques aspects de notre système de soins et amène aussi à entrevoir toute sa complexité. Comme nous venons de le voir, le visage de l'institution s'est peu à peu modifié pour arriver à ce que nous connaissons actuellement. Mais les logiques ont aussi bien changé : l'hôpital doit aujourd'hui fonctionner comme une entreprise. Qu'est-ce que cela signifie ? Quelles sont les conséquences pour les malades et pour leurs familles ? À la fin du XIXe et au début du XXe siècle, les techniques de soins médicaux se sont développées très rapidement.

L'hôpital est alors devenu le lieu de prédilection pour l'exercice et l'enseignement d'une médecine de pointe qui a entraîné une demande de la part de la population. La loi du 21 décembre 1941 rend l'hôpital accessible à tous et amène une répartition de plusieurs classes de confort d'hébergement et donc l'instauration de prix de journées. Un décret du 17 avril 1943 oriente plus précisément la fonction hospitalière vers les soins aux malades, avec ou sans hébergement. Puis l'avènement de la Sécurité sociale interpose entre les patients non payants (indigents) et payants, une catégorie intermédiaire : les assurés sociaux.

⁹⁸ DE KERVASDOUE, J. *L'hôpital*. Paris : PUF, 2004, 127 p.

En 1951, la clause réservant l'hôpital aux démunis est officiellement abolie et en 1958 la création du plein temps pour les médecins hospitaliers consacre l'hôpital comme centre de soins d'une médecine de qualité. La loi de 1970 marque la distinction entre le médical et le social, excluant le rôle d'hébergement à des fins sociales. Dès les années 1970, l'idée d'alternatives à l'hospitalisation prend place dans le champ hospitalier notamment en psychiatrie. Les alternatives à l'hospitalisation comprennent :

- L'hospitalisation de jour qui permet la réalisation d'un bilan de santé ou de suivre une chimiothérapie sans que le patient soit hébergé durant la nuit. On pratique de plus en plus d'opérations en ambulatoire : pour de petites interventions (amygdalectomie, coloscopie...) le patient est hospitalisé le matin et retourne chez lui le soir. Ceci est envisageable uniquement pour des anesthésies régionales, péridurales ou générales de très courte durée.
- L'hospitalisation de nuit, utilisée pour certaines thérapies (dialyse ou traitement psychiatrique) afin que les patients conservent une vie sociale, car certains sont parfois scolarisés, ou exercent une profession.
- L'hospitalisation à domicile, qui permet de raccourcir la durée d'une hospitalisation. Le patient peut retourner chez lui avec l'accord de son médecin et après enquête sociale. Le traitement se poursuit au domicile avec toute l'aide nécessaire. Cette technique, encore peu développée, est envisageable pour des patients atteints de longue maladie comme le sida, ou les personnes âgées.
- Les foyers d'hébergement : cette technique peu développée permet à des malades valides d'être soignés quelques heures par jour en milieu hospitalier tout en étant hébergés le reste du temps à proximité, dans des conditions quasiment « normales ».

Ces alternatives ont trois grands objectifs différents selon les points de vue : celui des patients, des professionnels de santé, des financeurs ou des gestionnaires. Le premier objectif est la maîtrise des dépenses hospitalières et plus largement des dépenses de santé. Les financeurs que ce soit l'assurance maladie, l'Etat, les services sociaux, les gestionnaires des hôpitaux ou même le malade voient dans l'intérêt d'une alternative, la possibilité de diminuer leurs dépenses. L'idée première est que des soins pratiqués hors de la structure hospitalière et avec moins ou pas d'hébergement coûterait moins cher.

Les économies ainsi réalisées permettraient de réduire les déficits de la Sécurité sociale et des services de soins. Le deuxième objectif est l'intérêt du patient : l'objectif économique peut aussi servir le patient. Sa part de contribution continue d'augmenter en même temps que les dépenses de santé, par exemple l'instauration du forfait hospitalier en 1983. Cette loi instaure la participation des malades aux frais hôteliers prenant la forme d'un montant journalier forfaitaire lors d'une admission dans les établissements d'hospitalisation publics pour les hospitalisations supérieures à vingt-quatre heures. Mais surtout l'utilisation d'alternatives permet au patient d'éviter la cassure avec sa vie familiale et affective. Même si l'hôpital a l'image sécurisante d'un lieu surveillé par des professionnels 24 heures sur 24, le malade souhaite de plus en plus se prendre en charge et ne pas s'éloigner de son environnement. L'objectif premier est l'amélioration ou le maintien de l'état de santé du patient. Il est évident qu'une substitution à la fonction hospitalière doit se faire par un service assurant une qualité et une sécurité comparables des soins. Le développement des techniques de pointe, les progrès accomplis depuis l'après-guerre dans la mise au point d'appareils simples et fiables, le développement des systèmes de téléalarme et de la télé-médecine permettent d'assurer la même sécurité et la même efficacité d'un traitement hors des murs de l'hôpital. Le dernier objectif est le décloisonner de l'offre de soins. Une collaboration étroite entre la médecine de ville et la médecine hospitalière est obligatoire. La continuité des soins après un retour du malade à son domicile nécessite une prise en charge « relais » par son médecin traitant. De nombreuses initiatives se développent actuellement, pour mettre en place des réseaux ou de filières de soins entre la ville et l'hôpital. Les réformes hospitalières depuis 1991 vont dans ce sens : l'alternative devrait être la « *constitution d'un réseau gradué et coordonné de divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé implantés sur une même zone sanitaire, afin de doter chacun de missions non plus concurrentes, mais complémentaires.* ». ⁹⁹.

D'autres motivations à utiliser des alternatives peuvent se justifier par des facteurs sociaux et épidémiologiques. Le vieillissement de la population, l'épidémie du sida ou les soins palliatifs, ont aussi contribué et justifient le développement d'alternatives.

⁹⁹ Circulaire n°21 DH-EO (Direction des hôpitaux. Sous-direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalières) du 3 avril 1993 <http://www.sante.gouv.fr>

Tout cela montre bien que la fonction d'hébergement est remise en question. Malgré tout, c'est aussi en partie grâce à ces alternatives que l'on peut parler d'humanisation de l'hôpital.

Si l'hôpital est devenu un lieu technique, doté de spécialistes, d'une diversité d'activités et équipé de matériel de plus en plus perfectionné, ce n'est pas sans une politique rationnelle visant à le contrôler et essayer de le planifier. Nombreuses sont les réformes, lois et autres ordonnances dès l'après-guerre jusqu'aujourd'hui. Elles montrent d'abord cette volonté de contrôle rationnel : définitions des statuts des personnels, des activités et de leurs coûts, de la répartition optimum des soins sur le territoire national, calculs des prévisions des recettes et des dépenses. Tout ceci avec une préoccupation de rentabilité : pour continuer ses activités tout en pouvant innover, l'hôpital doit gérer son budget et faire des choix. D'où la fermeture d'hôpitaux de proximité, de services trop coûteux et moins productifs, de lits, le rassemblement des activités en "pôles", la standardisation des services et des soins, la diminution des durées d'hospitalisation ou le développement des alternatives à l'hospitalisation.

Nous venons de voir que la fonction séculaire d'hébergement était donc bien remise en cause, mais l'hôpital a su s'adapter en proposant de nouvelles perspectives s'inscrivant dans ce que l'on nomme « l'humanisation » des hôpitaux. Le constat que l'on peut dresser dès les années 1950 est le manque d'humanité des hôpitaux notamment par rapport à la situation du malade hospitalisé : l'hospitalisation est une rupture avec l'état jugé comme normal et la vie quotidienne et engendre la peur (souffrance, maladie, mort), la difficulté face à un lieu inconnu, la solitude d'un monde clos, l'anonymat et la dépersonnalisation. Aussi, le malade est dépendant du système et de l'équipe médicale. Tout ceci occasionne lors d'hospitalisation de durées très longues un comportement régressif du malade. La réduction des durées de séjours ainsi que les alternatives à l'hospitalisation permettent en partie de résoudre ce problème.

Dans ce même cadre d'humanisation, on retrouve des améliorations par rapport à l'accueil dans les « pôles » : facilités d'accès, meilleure signalisation, prise en charge plus personnelle et moins standardisée, accès des familles avec l'ouverture des horaires des visites et la possibilité d'accompagnement, et la création de la charte du patient hospitalisé en 1974. Ces nouvelles conceptions marquent donc des changements non négligeables, d'une part du côté des patients et de leurs entourages, et d'autre part du côté des soignants. Les malades trouvent une nouvelle place dans l'institution.

Les soignants doivent réévaluer leurs manières de traiter et d'aborder leurs pratiques en prenant en compte la singularité du patient et ne plus le considérer comme un simple cas physique ou symptomatique. Aussi, les familles entrent dans les pôles et commencent à être perçues comme aidantes. Ainsi, malgré les divergences entre les objectifs rationalistes des systèmes de soins et ceux des malades, l'humanisation et les alternatives à l'hospitalisation semblent répondre aux exigences de chacun. On entrevoit alors de nombreuses questions quant à la coordination des soins, aux conséquences pour le milieu familial, mais aussi par rapport aux structures d'hébergements.

UNE ORGANISATION COMPLEXE

L'hôpital tel que nous le connaissons actuellement est considéré comme une organisation complexe, et ce à plusieurs titres : c'est une organisation où se distinguent deux autorités, où les questions de financement restent primordiales et où une multitude de personnels interagissent au quotidien.

Les réflexions sur l'hôpital comme organisation se sont développées à partir des travaux de Max Weber sur les phénomènes bureaucratiques dans les sociétés modernes (Économie et sociétés, 1922). Pour lui la bureaucratie exprime un type de domination. L'autorité est fondée sur la compétence et non plus sur la tradition ou le charisme d'un chef.

Le pouvoir est hiérarchisé et la division du travail est effective, les buts sont prédéfinis et il y a un degré élevé de spécialisation des responsabilités, des droits et de l'autorité. Deux modèles d'interprétation se sont succédés pour comprendre la complexité croissante de l'hôpital et la dualité des lignes d'autorité. Le premier est le modèle proposé par H. L. Smith¹⁰⁰ qui a comparé les organigrammes officiels de différents hôpitaux américains, censés refléter leur fonctionnement, et les relations réelles des professionnels qui travaillent dans les services.

¹⁰⁰ SMITH, H.L. Un double système d'autorité, le dilemme de l'hôpital. In HERZLICH, C. *Médecine, maladie et société*. Paris : Ecole pratique des Hautes études-Mouton, 2005, p. 259-262.

Son idée principale est qu'« *il n'existe pratiquement aucune routine administrative instituée dans les hôpitaux qui ne puisse être, et ne soit en fait, souvent violée ou contrecarrée par un médecin pour cause d'urgence médicale, ou par quiconque agissant pour le médecin, qui fait état de la même nécessité médicale.* » Aussi, il montre que même si le personnel médical n'est pas présenté dans les organigrammes comme ayant le pouvoir hiérarchique : « *les médecins exercent leur autorité à tous les niveaux de la structure de l'hôpital, sur les infirmières, le personnel de service, les malades et même sur les directeurs eux-mêmes* ». On voit donc apparaître deux lignes d'autorité, l'une profane représentée par l'administration et l'autre professionnelle incarnée par les médecins. Ces deux lignes d'autorité cohabitent à l'hôpital, sachant qu'il y a des zones « hybrides » où les acteurs sont susceptibles d'être soumis aux deux lignes en même temps. Par exemple, la pharmacie, la radiologie, les services d'admission, le service d'urgence. La ligne d'autorité administrative s'impose à l'ensemble des personnels hospitaliers. L'autorité est de nature bureaucratique et fonctionne selon une hiérarchie clairement définie. La ligne d'autorité médicale, dont la nature même est de braver les règles administratives, est clairement plus charismatique.

Jusqu'à la fin des années 1970, l'hôpital en général est analysé grâce au modèle organisationnel de la bureaucratie professionnelle d' Henry Mintzberg¹⁰¹. Il s'appuie aussi sur une représentation de l'organisation hospitalière dans laquelle interviennent deux acteurs principaux : le corps médical et la direction de l'établissement, qui disposent chacun de compétences et de zones de pouvoir spécifiques. Ainsi, la nature du pouvoir est inégale puisqu'elle concerne des activités de nature différente. Le corps médical étant caractérisé par une complexité des tâches, une importance sociale de l'activité ; son pouvoir d'influence est bien plus important que celui de la direction. Le corps médical jouit aussi d'une autonomie réelle à l'égard de l'administration étant données les urgences, les pratiques moins routinières et donc moins contrôlables. La complexité de l'hôpital est aussi évidente si l'on se penche sur son financement. En 2004, la réforme de l'assurance maladie a modifié le mode de financement de l'hôpital, jusqu'alors assuré par une dotation globale forfaitaire versée à chaque établissement. Les modalités de financement des hôpitaux ont été profondément bouleversées pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

¹⁰¹ MINTZBERG, H. *Structures et dynamique des organisations*. Paris : Organisation, 1998, 440 p.

La grande majorité des ressources hospitalières dépend désormais du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés. Certaines d'entre elles - comme les missions d'intérêt général, les activités d'urgence ou les prélèvements d'organes - continuent cependant de bénéficier d'un financement forfaitaire. Les coûts sont détaillés, afin d'identifier les différentes activités de l'hôpital. Ce mode de financement des hôpitaux s'appelle la "tarification à l'activité" (T2A), car il s'appuie sur l'activité réalisée. La notion de budget est remplacée par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, car ce sont les produits de l'activité qui déterminent les ressources de l'hôpital. Les établissements (hôpital ou maison de retraite) sont autonomes dans leur gestion, mais soumis aux contrôles exercés par les pouvoirs publics (Agence régionale de santé, Chambre régionale des comptes.). Le budget hospitalier est, en moyenne, consacré pour 67% aux dépenses de personnel ; pour 15% aux achats de médicaments et de dispositifs médicaux, pour 9% aux autres achats, pour 9% aux amortissements et aux frais financiers (bâtiments, matériels)¹⁰². Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS (groupe homogène de séjours)/ GHM (groupe homogène de malade). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie. Depuis le 1er janvier 2008, la T2A est passée à 100 % dans les établissements publics.

Si l'hôpital est une institution complexe, c'est également parce qu'il emploie une diversité de professionnels. Pour illustrer l'activité professionnelle intense, rappelons que 70 % et 80 % du budget sont consacrés aux frais de personnels, les hôpitaux publics sont l'un des premiers employeurs de France avec près d'un million de personnes (992 773 en 2010). Plus de 201 métiers ont été répertoriés à l'hôpital allant des domaines de l'information, la maintenance logistique, l'hygiène, la recherche clinique, le social, le sanitaire et les systèmes d'information. L'hôpital peut donc être le premier employeur d'une commune, car autour du lieu gravitent de nombreux intervenants et sous-traitants (service de restauration,

¹⁰² <http://www.hopital.fr/Nos-missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/Le-financement-de-l-hopital>. Consulté le 26/01/2015

blanchisserie, taxi, ambulance, service à la personne, pompes funèbres...). Le maintien de services hospitaliers est aussi un enjeu de dynamisme local.

La profession de santé la plus nombreuse est - de très loin - celle des infirmiers. Il serait d'ailleurs plus juste de parler d'infirmières, puisque cette profession est féminisée à 87 %. La France compte ainsi près de 500.000 infirmiers (très précisément 495 834 au 1er janvier 2009). À titre de comparaison, l'effectif des médecins est d'environ 213.000, toutes formes d'exercice confondues. Les infirmiers se répartissent en 85 % de salariés et 15 % de libéraux. Les hôpitaux sont le principal employeur, avec 265 547 infirmiers, auxquels s'ajoutent 30 067 infirmiers exerçant dans des établissements privés participants au service public hospitalier (PSPH). Everett Cherrington Hugues est le premier à étudier le « travail » d'infirmière en 1951 à partir du constat que pour qu'un hôpital fonctionne, il faut faire l'inventaire des tâches et se demander pourquoi telle tâche est accomplie par l'infirmière plutôt que par quelqu'un d'autre, ou par quelqu'un d'autre plutôt que par l'infirmière ? La réponse se trouve dans l'importance des nouvelles technologies dans la distribution des tâches : « *tout changement de technologie médicale soulève la question du savoir qui, du médecin ou de l'infirmière, assurera dans les différentes circonstances qui peuvent se présenter, ces nouvelles tâches* »¹⁰³. L'arrivée des nouvelles technologies est susceptible de modifier le faisceau des tâches caractéristiques du travail infirmier, de la délégation des tâches et du « sale boulot ». Aussi se posait la question de la délégation du sale boulot ou « dirty work ». Par « dirty work », Hughes entend les tâches qui se situent en bas de l'échelle des valeurs sociales parmi toutes les tâches à accomplir dans un métier donné, qui sont jugées serviles, fastidieuses, voire dégradantes, et ne procurent aucun prestige social, exposant ceux qui les réalisent au mépris des autres. Car tout métier comporte sa part de « sale boulot » que l'on cherche en règle générale à déléguer à plus subalterne que soi. Corvées harassantes, travail répétitif, tâches pénibles moralement, comme celles qui impliquent de contraindre un autre en limitant sa liberté, contacts physiques répugnants, relations avec des humains « extra-ordinaires », car jugés inquiétants, déviants, hors-normes. De tout cela, on cherche si possible à se débarrasser et à n'en rien savoir. Cette notion de « dirty-work », c'est la sociologue AM Arborio qui l'a reprise en France en s'intéressant de près au travail des aides-soignants dans les hôpitaux.

¹⁰³ HUGHES, E.C. *Le regard sociologique*. Essais choisis, textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulie. Paris : éditions de l'EHESS. 1996. p.70

Dans sa thèse, elle reprend l'exemple de la température qu'avait déjà expliqué Hughes en son temps. En effet, selon Hughes, le développement constant des technologies médicales ne pouvait qu'accentuer le phénomène de « glissement de tâches ». Le thermomètre, instrument considéré comme sacré par la médecine au début du XXème siècle, a par la suite été délégué aux infirmières puis aujourd'hui aux aides-soignants. Il en est de même pour la prise de tension artérielle qui est depuis peu autorisée aux aides-soignants par la création du diplôme d'État d'aide-soignant. Finalement, par le jeu des délégations d'actes, les aides-soignants sont de plus en plus investis dans le champ des soins infirmiers. Pourquoi ne les appellerions-nous pas infirmiers finalement ? Des infirmiers de 1er niveau par exemple. Ce serait tellement plus simple et cela les valoriserait ainsi que les soins qu'ils font. Et surtout, cela permettrait de contrebalancer cette idée du « dirty-work » que l'on se délègue au fur et à mesure de l'évolution des métiers de soins. À moins qu'un jour, les aides-soignants ne se mettent à déléguer des actes aux agents de services hospitaliers et les appellent « Aides ASH ». Cette vision est peut-être caricaturale, certes, mais elle correspond à une certaine réalité. Cette notion de « travail sale » pose aussi le problème des catégories socioprofessionnelles à l'hôpital. Nous nous accordons à affirmer avec Jean Peneff que le contact avec la saleté est un critère essentiel pour évaluer la position hiérarchique et les différences de statut puisque dans nos établissements de soins, « *le degré de souillure auquel on est exposé dépend exactement de la position hiérarchique : docteurs qui sont relativement protégés, infirmières qui sont concernées, mais délèguent aux aides-soignants, lesquels à leur tour tendent à abandonner ces tâches aux agents de service* »¹⁰⁴. Seulement, si chaque profession comporte une part de « sale boulot », selon AM Arborio, celle d'aide-soignante constitue le « *sale boulot absolu* » puisque ces tâches de contact avec les déchets corporels constituent des tâches totalement dévalorisées par la société et « *reconnues comme dégradantes et laissées aux catégories sociales les plus basses* »¹⁰⁵.

¹⁰⁴ PENEFF, J. L'hôpital en urgence, étude et observation participante. Paris : Métailié, 1992, p.60

¹⁰⁵ ARBORIO, A.-M. Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital. Paris : Economica, 2012, p.123.

Comme nous l'avons vu, l'hôpital est une organisation complexe où l'humanisation est une demande croissante notamment en ce qui concerne les relations. Il devient intéressant de regarder de plus près ce qui se joue dans la relation singulière du médecin/malade. Nous allons pour cela retracer quelques modèles élaborés par des sociologues.

Cette rencontre, déjà explicitée par Hippocrate, est celle entre une personne souffrante et un professionnel devant lui porter assistance. Cette relation a été envisagée selon différents points de vue au XXe siècle notamment sociologique avec les théories de T. Parsons, T. Szasz et M. Hollander, E. Friedson et enfin le modèle d'A. Strauss.

C'est dans l'ouvrage de 1951 *The Social System*¹⁰⁶ que le sociologue Talcott Parsons analyse la place de la médecine et de la maladie dans la société américaine de son époque. C'est le premier à établir un modèle de relation entre médecin et malade basé sur les maladies aiguës (les maladies infectieuses étant guéries par les antibiotiques). Parsons part du constat selon lequel la santé est nécessaire au bon fonctionnement de la société où chaque individu se doit d'être en bonne santé afin d'être productif. La santé devient une norme, représente l'ordre quand, à l'inverse, la maladie est perçue comme désordre social, une menace pour le développement, une déviance. Le malade a des obligations : il est irresponsable de son état. Il est exempté de ces responsabilités habituelles : travailler et s'occuper de sa famille. Aussi, il attend des secours. Le malade ne peut rien contre sa maladie et doit accepter l'aide d'autrui pour aller mieux. Il a le droit à l'assistance du fait de son irresponsabilité, de son état de malade. La maladie est indésirable, ce qui rend inquiet le malade pour sa situation actuelle et future. Il n'a pas les compétences pour s'aider lui-même, mais doit souhaiter guérir et tout faire dans ce but. Le malade doit coopérer avec le médecin qui est la personne la plus compétente pour l'aider et dans le but de la guérison. La maladie provoque un bouleversement émotionnel chez le malade et dans sa famille. Elle apporte une frustration par rapport aux projets à court terme et remet en cause l'avenir : elle entraîne donc incertitude et angoisse.

¹⁰⁶ PARSONS, T. *Eléments pour une sociologie de l'action*. Paris, Plon, 1955, 353 p. - *The social system*, New-York : Free Press, 1951, p. 116

Toutes les réactions sont alors possibles face à la maladie : certaines personnes vont avoir tendance à minimiser leur état, parfois jusqu'au déni, alors que d'autres vont s'apitoyer sur leur sort. Le médecin quant à lui, régule la déviance engendrée par la maladie, et est donc au service de la collectivité et orienté vers l'intérêt général. Il se doit de fournir à tous le même service : c'est l'universalisme de la profession médicale. Il doit aussi faire preuve d'objectivité et de neutralité affective. Il ne cherche pas le profit, ce qui le distingue des autres professions : sa priorité est le bien-être des malades et non son propre intérêt.

La relation médecin malade est donc asymétrique : le médecin est actif et responsable, il détient le savoir alors que le malade est passif et irresponsable. Cette relation est aussi consensuelle, car basée sur la réciprocité. Le malade se doit de coopérer et de reconnaître le pouvoir du médecin. Ils ont des rôles complémentaires dans un but commun : la guérison.

Deux psychiatres, Thomas Szasz et Mark Hollander¹⁰⁷ reprennent en 1956 certains concepts de Parsons notamment l'idée de réciprocité, mais considèrent trois modèles de relations thérapeutiques directement liées à l'état du malade.

- Activité/passivité. Dans ce modèle, le malade est entièrement passif tel un objet, le médecin agit seul. C'est le cas pour les patients dans le coma ou anesthésiés pendant un acte chirurgical. Le médecin prend seul le pouvoir en pensant que le patient est incapable de décider pour lui-même
- Coopération guidée : l'accord du malade est nécessaire pour que le médecin puisse agir. Le patient doit comprendre afin de coopérer et suivre le traitement et doit être reconnu comme un être souffrant qui cherche de l'aide.
- La participation mutuelle pour les maladies chroniques. Le but recherché n'est plus la guérison, mais l'équilibre de la maladie et le maintien du patient dans son milieu social.

¹⁰⁷ SZASZ, T., HOLLANDER, M. "A contribution to the philosophy of medicine.", *Archives of International Medicine*, XCVII, 1956, pp. 585-592

Le pouvoir de persuasion du médecin est important, car le malade doit se rendre responsable des soins et doit être capable de se les administrer (diabète, rééducation, psychothérapies...)

Inspiré par les travaux de l'École de Chicago, Eliot Freidson publie en 1984 *La profession médicale*¹⁰⁸ où le conflit et les intérêts sont pris en compte. Le conflit est d'abord présent entre cette profession et l'État : les médecins persuadent les représentants de l'État du caractère irremplaçable de leurs compétences et de leurs services. Ce qui distingue aussi les médecins des autres professions est l'autocontrôle ce qui leur donne une certaine autonomie. Selon WJ. Goode, cinq caractéristiques sont relatives à l'autonomie des professionnels : la profession définit ses propres normes d'études et de formations, la pratique professionnelle reçoit souvent sa reconnaissance légale sous la forme d'un permis d'exercer, les commissions d'admission et d'habilitation sont composées par les membres de la profession, la législation relative à la profession est en majeure partie l'œuvre de la profession elle-même, et le praticien est relativement indépendant du jugement et du contrôle des profanes. Cette notion de profane fait référence au patient qui ne dispose pas des connaissances spécialisées et du statut d'expert du médecin. Le médecin et le patient sont dans un conflit de perspective : le médecin doit respecter certaines normes imposées par la société (dépenses de santé, gestion des lits...), les codes éthiques et les lois viennent aussi réguler l'exercice médical en protégeant les profanes et en défendant les professionnels. Aussi Freidson distingue des relations particulières entre médecin et patient. Celle du médecin généraliste, isolé dans son milieu professionnel, qui est dépendant de sa clientèle, est obligé de prendre en compte son avis et de prendre en compte son langage et ses façons de voir les choses. La clientèle reste dans son milieu social et est libre de choisir son médecin. Dans le cas de la médecine spécialisée, les professionnels sont sous la dépendance de leurs confrères. Le patient n'a plus vraiment le choix de son médecin et de son traitement. De plus, quand le patient est pris en charge en institution comme l'hôpital ou la clinique, il est soumis à l'organisation de celle-ci et au traitement. Il peut alors se sentir dépouillé de son identité et peut être plus faible pour exprimer sa volonté. D'autant plus que pour fonctionner correctement, l'institution fait appel à une certaine routine, à une organisation standardisée du traitement et isole le patient de son milieu.

¹⁰⁸ FREIDSON, E. *La profession médicale*. Paris : Payot, 1984, 369 p.

Le dernier modèle de l'ordre négocié est celui Anselm Strauss. Ce modèle, décrit dans La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme¹⁰⁹ en 1992, se base davantage sur les modes d'interaction notamment dans les maladies chroniques où le patient doit participer activement à sa prise en charge et où s'opère un transfert de compétence entre le médecin et le patient. L'ordre négocié montre l'importance du débat entre tous les groupes d'une institution. Chaque acteur a son propre point de vue, mais aucun n'a la suprématie. Aucun accord n'est définitif et il peut à tout moment être remis en cause. Le dialogue est indispensable afin de stabiliser les règles sans les figer. Dans la relation médecin malade, le médecin a un rôle important, car il structure et oriente la relation, mais le patient négocie pour obtenir un traitement et des informations.

En conclusion, les types de relations sont divers et l'on assiste actuellement à de nouvelles formes où le médecin n'a plus un rôle thérapeutique comme dans les expertises médicales ou la médecine préventive. Aussi, avec la loi du 4 mars 2002 qui affirme les droits du malade (accès aux soins, droits à la santé, respect et dignité, secret médical...), une nouvelle relation plus équilibrée et plus transparente s'amorce. Enfin le malade est aujourd'hui moins passif par rapport aux soins : il s'informe, a accès à de nombreuses informations, à de nouvelles formes de médecine (acupuncture, aromathérapie, phytothérapie, homéopathie), il revendique son autonomie et se comporte plus comme un consommateur.

Une lecture plus pragmatique des transformations de ces relations fait apparaître un paradoxe. Un paradoxe apparaît quant à l'image et les représentations sociales du médecin : nous sommes aujourd'hui dans une société où la preuve médicale est systématique, la technicité n'a jamais été aussi développée et maîtrisée, les professionnels de santé sont très performants dans le sens où ils dépistent et guérissent un grand nombre de symptômes et de pathologies. Or ils sont de plus en plus suspectés, mis en question, en concurrence. L'image du médecin « paternaliste » des années 1950 œuvrant pour le bien commun est mise à mal par un patient revendiquant son autonomie au sens d'une reconnaissance de son état individuel.

¹⁰⁹ STRAUSS, A. La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme, Paris : L'Harmattan, 1992, 319 p.

Nous pouvons découper l'Histoire en trois périodes pour montrer l'évolution de la relation médecin/malade. La première pourrait être qualifiée d'ancienne ou de traditionnelle s'étalant de la naissance des lieux de soins à 1800. Le médecin est un savant, mais c'est le patient qui grâce à ce qu'il laisse montrer et au récit de l'histoire de sa maladie est au centre de ce savoir. Les analyses des humeurs constituent les seuls examens corporels.

La seconde période, qualifiée de moderne s'étale de 1800 à 1945. Le corps médical est une catégorie reconnue de tous, auquel les méthodes anatomocliniques en développement confèrent un pouvoir presque charismatique. L'histoire de la maladie est encore importante et la thérapie encore problématique. Le patient a une grande confiance en son médecin et s'en remet à son jugement et thérapie.

La dernière période qualifiée de post-moderne, court de 1945 à nos jours. Le malade est considéré comme une somme d'éléments biologiques. Les manifestations organiques sont recherchées, on constate une augmentation des examens cliniques et les thérapeutiques sont efficaces.

Le patient n'est qu'une somme de pathologies et de symptômes observables et objectivables au travers des examens. Or c'est dans cette même période que les malades perdent de la confiance envers le corps médical fragilisant l'estime qui leur est portée, alors que l'efficacité des traitements est en croissance de même que le savoir et la technologie.

Comme nous allons le voir grâce à l'enquête réalisée, il y aurait une spécificité de la relation médecin/personne âgée, dans notre cas le médecin étant le chirurgien.

L'exemple de la fracture du col du fémur met particulièrement en lumière les ordres négociés, peu importe le mode de prise en charge en collectivité ou à domicile ; elle permet d'illustrer grâce aux résultats du terrain les faits déjà connus et surtout faire ressortir les inconnus. Le parcours de soin des personnes et notamment âgées reste principalement lié à l'offre de soin disponible sur le territoire. Nous verrons que d'autres éléments viennent influencer sur ce parcours.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Les éléments présentés tout au long de cette partie permettent de donner un cadre conceptuel à la recherche. En partant d'une démonstration du vieillissement de la population et des spécificités de la population âgée en Alsace, nous pouvons conclure à l'intérêt de l'analyse des chutes et des fractures du col du fémur. Cette pathologie est prioritairement l'apanage de l'hôpital, d'où le développement d'un chapitre consacré à cette institution.

Les faits les plus marquants concernent l'état de santé plus dégradé et le niveau de dépendance plus élevé des personnes âgées en Alsace avec des conséquences sur l'organisation sanitaire et le risque de chute accru. La fracture du col du fémur qui résulte des chutes a une importance sanitaire étant données ses conséquences en termes de qualité de vie et de morbi-mortalité. Cette fracture revêt une double signification. Elle est aussi bien physique que symbolique avec une prise de conscience d'une possible dépendance et d'un besoin d'aide technique et humain. À l'heure actuelle, la prise en charge hospitalière est la seule réponse au traitement de la fracture et c'est dans cet espace particulier que des ordres négociés se créent de par son organisation, la présence de différents acteurs dont les objectifs ne sont pas les mêmes et les relations entre soignants et patients.

Pour conclure, les fractures du col du fémur constituent un large sujet d'étude sociologique, demandant d'intégrer les connaissances de plusieurs disciplines telles la démographie, la médecine ou la politique locale, et des niveaux d'analyses micro et macrosociologiques.

DEUXIÈME PARTIE

LES PARCOURS DE SOIN ET LES PRISES EN CHARGE : DES RÉPERCUSSIONS COLLECTIVES ET DES RÉALITÉS INDIVIDUELLES NÉGOCIÉES

Cette deuxième partie permettra de nous éclairer sur des situations concrètes de personnes âgées victimes de fractures du col du fémur grâce à un travail de terrain dont voici la méthodologie.

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE. LE SUIVI DES PATIENTS DE L'HOSPITALISATION A LA SORTIE D'HOSPITALISATION

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la fracture du col du fémur mérite largement notre attention. Aucune étude n'ayant été réalisée en Alsace jusqu'ici, et ce à un niveau microsociologique, l'intérêt de cette recherche ne fait aucun doute.

Pour rappel, l'objectif de l'enquête de terrain était d'analyser le parcours de prise en charge et l'évolution des modes de vie, qualité de vie et état de santé avant et après l'hospitalisation de tous les patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour cette pathologie entre janvier et février 2012.

Quatre phases d'enquête ont été nécessaires afin d'obtenir des éléments sur l'état de santé et la qualité avant et après la fracture : trois passations de questionnaires, une recherche d'informations dans les dossiers médicaux archivés, des entretiens qualitatifs et des contacts auprès des médecins traitants.

LES QUATRE PHASES D'ENQUÊTE

PREMIÈRE PHASE : DES QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Un premier questionnaire à destination des personnes âgées a été passé au moment de l'hospitalisation (cf. Annexes) dans le service de traumatologie et de chirurgie orthopédique des HUS à Hôpital de Hautepierre, unité 6411, secteur 1 et 2 et unité 6412 secteurs 1 et 2.

Le terrain s'est déroulé du 1^{er} janvier 2012 au 27 février 2012, soit deux mois. Au total 16 demi-journées ont été passées sur le terrain (cf. [Tableau 28](#)).

Les après-midis ont été privilégiés, d'une part pour ne pas perturber les équipes soignantes du matin et parce que les patients sont plus disponibles les après-midi ; d'autre part les chances d'apercevoir l'entourage des patients sont plus grandes à ces moments. Ces derniers pouvant intervenir lors du remplissage du questionnaire et apporter d'autres éléments.

L'arrivée de l'enquêteur se faisait dès 14h, à la fin des transmissions entre les deux équipes. La présence sur le terrain variait de 2h à 3h30 ; suivant le nombre de personnes interrogées et suivant le temps que pouvaient prendre certaines entrevues (entre 10 et 35 minutes).

Aussi, il a été décidé avec l'équipe des cadres de santé de venir dans les services deux à trois jours par semaine : les lundis et/ou mardis et les jeudis. Cette répartition dans la semaine m'a permis de voir une grande part des patients admis et d'être plus facilement identifiée par les équipes présentes.

Tableau 28 : Dates de présence de l'enquêteur sur le terrain

Demi-journée	Jour d'enquête janvier
1	02/01/2012
2	03/01/2012
3	09/01/2012
4	12/01/2012
5	17/01/2012
6	19/01/2012
7	23/01/2012
8	26/01/2012
9	30/01/2012

Demi-journée	Jour d'enquête février
10	02/02/2012
11	06/02/2012
12	13/02/2012
13	17/02/2012
14	20/02/2012
15	23/02/2012
16	27/02/2012

L'enquêteur arrive dans les unités et demande la liste des admissions dans les secteurs concernés au bureau des infirmières. Les patients de 75 ans ou plus dont le diagnostic de fracture du col fémur et de fracture pertrochantérienne sont ciblés dans cette liste. L'enquêteur accède en premier lieu au cardex du patient afin de renseigner les informations suivantes : le sexe, la date de naissance, le diagnostic, le score de Parker, les informations sur la présence ou non d'un entourage, l'adresse postale, les informations sur les aides disponibles et les informations sur la fracture notamment sur les chutes.

Une fois ces éléments consignés sur le document « informations patient » (cf. Annexes), l'enquêteur va voir les patients en chambre afin de passer le questionnaire 1. L'enquêteur en blouse blanche a un badge mentionnant son nom et la fonction d'étudiante sociologue. Il se présente comme tel au patient et demande s'il est possible de le déranger entre cinq et dix minutes. S'il y a accord du patient, l'enquêteur explique sa démarche et attend le consentement du patient avant de commencer à poser les questions. Le questionnaire est rempli au fur et à mesure sur papier, les éléments plus qualitatifs sont également retranscrits sous forme de notes directement sur le questionnaire papier.

Notre population d'enquête rassemble l'ensemble des patients de 75 ans ou plus victimes de fractures du col du fémur et hospitalisés aux HUS entre 01/01/2012 et le 31/02/2012. Au total, 107 patients entrent dans la population d'enquête.

Tableau 29 : Répartition des patients selon leur participation à l'enquête

Enquêtés	Nb de patients	Fréquence
Questionnaires passés	66	62%
Impossibilité	19	18%
Refus	6	6%
Non vus	16	15%
ensemble	107	100%

91 patients ont été vus par l'enquêteur, soit 85 %. 16 patients n'ont pas été vus, soit parce que le jour d'enquête le patient n'était pas disponible pour répondre (endormi, en soin), soit parce qu'il était déjà parti lors du retour de l'enquêteur.

Impossibilité signifie que l'état de santé physique et/ou psychique du patient ne permettait de passer le questionnaire. Il s'agissait principalement de patients déments, atteints d'Alzheimer, confus ou ayant été opérés il y a peu et donc le plus souvent endormis et gémissant.

Six patients ont émis le souhait de ne pas être interrogés ne voyant pas quoi dire sur leur situation et pour deux personnes parce qu'elles n'entendaient pas bien.

Un deuxième questionnaire a été envoyé 6 mois après la fracture aux 66 répondants du premier questionnaire. Au final, nous avons reçu :

- 6 retours courriers
- 23 répondants
- 1 refus
- 2 annonces de décès

Le même questionnaire a été envoyé un an après l'hospitalisation pour lequel nous avons eu :

- 19 répondants
- 3 annonces de décès
- 3 retours courriers (dont deux personnes décédées)

LA DEUXIÈME PHASE : RECHERCHES DANS LES DOSSIERS MÉDICAUX

Étant donné le faible de taux de retour aux deuxième et troisième questionnaires, il a été décidé d'un commun accord entre le directeur de thèse, le doctorant et le chef de service d'avoir accès aux informations contenues dans le dossier médical des 107 patients de la population initiale. Une demande a alors été faite auprès des archives des Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Les objectifs étaient d'une part de vérifier les éléments récoltés par le chercheur à son passage dans le service et d'autre part d'obtenir de nouvelles informations sur les patients non-répondants (vérifier les adresses postales, changement de lieux de vie, durée d'hospitalisation, compte rendu d'hospitalisation et de rendez-vous postopératoire) (cf. Annexes)

Au final, 101 dossiers ont été consultés sur les 107 prévus. Il a été impossible de retrouver six dossiers, car le numéro d'identification permanent (NIP) n'était pas bon ou que le dossier n'était pas encore archivé.

LA TROISIÈME PHASE : LES ENTRETIENS QUALITATIFS AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Afin d'avoir plus d'éléments qualitatifs sur le parcours de soin et le devenir des patients, les personnes âgées ayant répondu aux questionnaires 1 et 2 ont été recontactées par téléphone afin de participer à un entretien. Parmi elles :

- 2 ont accepté et les entretiens ont été réalisés en face à face
- 3 entretiens ont eu lieu par téléphone
- 4 ont émis un refus
- 5 personnes ne répondant pas (essai d'appel 4 fois en moyenne à des jours et horaires différents pendant un mois)
- 1 personne ayant déménagé en EHPA pour laquelle aucun contact n'a été possible

Le passage dans le service pour le premier questionnaire était également l'occasion d'obtenir des éléments qualitatifs directement de la bouche des intéressés. Le premier questionnaire étant semi-directif laissait la possibilité aux personnes de s'exprimer librement et plus longuement lorsqu'ils le souhaitaient.

LA QUATRIÈME PHASE : LES APPELS AUX MÉDECINS TRAITANTS

38 médecins traitants ont été contactés dans un premier temps par courrier explicatif de l'étude puis par téléphone. L'objectif était d'avoir des éléments sur le devenir de 42 patients¹¹⁰ pour lesquelles un manque d'informations s'est fait ressentir pour déterminer le parcours et le devenir.

¹¹⁰ Un seul médecin pouvait suivre plusieurs patients.

- Pas d'informations pour cause de non-réponse du médecin ou parce que ce n'est pas le bon médecin ou que le médecin est à la retraite: 6
- Patients perdus de vue par le médecin : 6
- Patients décédés : 13
- Patients pour lesquels le médecin a pu donner des informations : 15
- Patients ayant renvoyé le questionnaire 3 entre temps : 2

Au final, au 01/06/2013, sur les 107 patients vus en première phase d'enquête,

- la comparaison avant /après est possible pour 91 patients dont 32 décédés
- 16 pour lesquels aucune information n'a pu être trouvée.

Sur une période d'enquête longue : de janvier 2012 à juin 2013, 85 % des patients ont pu être suivis directement et/ou indirectement.

AUTRES ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

DES TEMPS D'OBSERVATIONS À CHAQUE PASSAGE

L'enquêteur a pu à chaque passage observer l'organisation du service et assister aux scènes de la vie quotidienne des après-midi principalement que ce soit en salle de travail des soignants, ou dans les couloirs et les chambres.

Il a également été proposé par le chef de service d'assister à une réunion de service (staff) lors de laquelle les résultats d'une étude menée dans le cadre de suivi des patients du service atteints d'ostéoporose ont été présentés.

DES TEMPS D'ÉCHANGES AVEC LES PERSONNELS HOSPITALIERS

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec neuf professionnels intervenant dans le service : personnel soignant, non soignant et administratif. L'objectif était d'avoir leur point de vue sur l'organisation du service, les relations avec le public âgé et les patients atteints de fractures du col du fémur. Les entretiens qualitatifs n'ont pas été possibles avec les chirurgiens au vu de l'imprévisibilité de leur emploi du temps et d'une forte charge de travail à cette période ; il a été décidé d'avoir leur point de vue par questionnaire. Ainsi, sur les dix chirurgiens du service, trois ont répondu.

Plusieurs échanges plus libres ont également eu lieu entre l'enquêteur et l'infirmière en charge des patients atteints d'ostéoporose.

LES ANALYSES STATISTIQUES

L'ORS Alsace est détentrice de la base de données issue du PMSI MCO 2011. Une analyse des données d'hospitalisations a pu être réalisée pour les personnes âgées et celles atteintes de fracture du col du fémur.

La méthodologie présentée ici permet d'avoir un état des lieux complet de la prise en charge des fractures de l'extrémité supérieure du fémur à Strasbourg, préhospitalière, hospitalière et post-hospitalière. Le point de vue sur cette prise en charge a été recueilli pour un grand nombre de personnes âgées et les membres de l'équipe hospitalière.

L'imbrication de méthode qualitative et quantitative permet de dessiner en détail le parcours de soin des patients âgés hospitalisés à Strasbourg.

CHAPITRE 5 : DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ENQUÊTE

AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION

Les informations collectées lors du premier, du troisième questionnaire et de la recherche d'informations ont été combinées pour avoir le plus d'éléments possibles sur la situation pendant l'hospitalisation. Ces éléments présentés ici correspondent aux 107 patients, soit l'ensemble de la population étudiée.

La population d'enquête se compose à 76 % de femmes (81 individus) et 24 % d'hommes (26 individus). Les patients sont âgés entre 75 et 101 ans, l'âge moyen atteint 85,4 ans. Il est à noter une légère différence d'âge entre les hommes et les femmes : l'âge moyen des patients est de 85,0 ans et celui des patientes de 85,6 ans. L'âge moyen de ces patients est plus élevé que celui observé en Alsace et aux HUS en 2011 qui atteignait 80 ans.

Les patients vivent pour la plus grande part dans leur domicile ou celui de proches (70 %), 27 % vivent en EHPA. Enfin, un patient réside en foyer social. Le lieu de vie varie en fonction du niveau de dépendance. Comme cela peut paraître logique, plus le niveau de dépendance s'élève, moins les patients vivent à domicile et plus ils vivent en EHPA. La situation de ces patients met à jour le rôle des aidants puisque 3 % des patients moyennement dépendants vivent au domicile de proches ainsi que 4 % des patients fortement dépendants.

Tableau 30 : Répartition des patients selon leur niveau de dépendance et leur lieu de vie

niveau de dépendance	faible	moyen	élevé
domicile	92%	76%	52%
EHPA	4%	21%	44%
domicile de proche	0	3%	4%

La moitié des patients vivent seuls, 28 % en couple et 13 % en famille. Les situations sont bien différentes selon le sexe des patients : les hommes vivent moins seuls que les femmes (38 % vs. 65 %) et plus en couple (58 % vs. 19 %). On retrouve les mêmes caractéristiques que dans la population âgée en général en Alsace.

Tableau 31 : Répartition des patients selon le sexe et la situation familiale

	homme	femme
seul	38%	65%
en couple	58%	19%
en famille	4%	16%
total	100%	100%

En termes de dépendance, un niveau moyen a été calculé par l'équipe soignante à l'arrivée du patient dans l'unité. Ce niveau de dépendance est apprécié grâce au score de Parker¹¹¹ variant de 0 (dépendance totale, les patients ne se déplacent plus) à 9 (aucune dépendance, les déplacements se font sans aide). Les patients se répartissent de cette manière :

Tableau 32 : Répartition des patients selon le niveau de dépendance

	effectif	fréquence
dépendance élevée	51	48%
dépendance moyenne	27	25%
dépendance faible	29	27%
total	107	100%

On constate que la majorité des patients sont concernés par un état de dépendance élevé ou total pour se déplacer. La majorité des patients vus ne se déplacent plus du tout seul ou accompagné ou sont limités dans leur déplacement à domicile et utilisent un fauteuil roulant.

Le degré de dépendance est également apprécié par les soignants par la présence ou non de troubles cognitifs marqueurs de démence. Ainsi, 69 % des patients ne présentent pas de signes de ce type (vs. 31 % de patients atteints de démence).

Si l'on analyse le niveau de dépendance et le sexe des patients, on s'aperçoit que les hommes présentent des niveaux plus faibles que les femmes. En effet, 35 % des hommes contre 22 % des femmes ont un niveau de dépendance faible. À l'inverse, 48 % des femmes sont très dépendantes contre 46 % des hommes.

¹¹¹ Le score de Parker est utilisé dans l'évaluation de l'autonomie à la marche.

Tableau 33 : Répartition des patients selon le sexe et le niveau de dépendance

niveau de dépendance	homme	femme	total
faible	33%	67%	100%
moyenne	17%	83%	100%
élevée	24%	76%	100%
total	24%	76%	100%

niveau de dépendance	homme	femme	total
faible	35%	22%	25%
moyenne	19%	30%	27%
élevée	46%	48%	48%
total	100%	100%	100%

Enfin, il apparaît que le niveau de dépendance n'est pas forcément lié à l'âge. L'âge moyen des patients fortement dépendant est de 85,5 ans, celui des patients moyennement dépendants 86,5 ans et celui des patients faiblement dépendants est de 83,5 ans.

Les patients ont été admis pour diagnostic de fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Il s'agit pour moitié de fracture du col du fémur et pour l'autre moitié de fracture pertrochantérienne. Les localisations sont presque équivalentes : 52 % de fracture droite et 45 % à gauche¹¹².

Le type d'intervention dépend entre autres du type de fracture : pour les fractures du col du fémur, la méthode chirurgicale la plus couramment utilisée est la pose de prothèse intermédiaire et totale de hanche (arthroplastie). Pour les fractures pertrochantériennes, la pose de clou est plus fréquente (ostéosynthèse).

Tableau 34 : Répartition des patients selon le type de fracture et le traitement chirurgical

traitement	ostéosynthèse	arthroplastie totale	arthroplastie partielle
	60%	8%	31%
col du fémur	19%	89%	100%
perthrochanterienne	81%	11%	0%

¹¹² Pour trois fractures, la localisation n'a pas été retranscrite.

Quelques données ont pu être recensées sur l'hospitalisation. La quasi-totalité des patients a d'abord transité vers un service d'urgence, seule une poignée a été transférée d'autres unités ou d'autres établissements.

La durée de séjour a pu être calculée pour 101 patients, soit pour 94 % des patients. Il apparaît une durée moyenne de séjour de 11 jours (de deux à 56 jours). 10 % de ces séjours ont duré moins de sept jours, 76 % entre sept et 14 jours et 14 % 15 jours et plus. Les opérations ont eu lieu pour 9 % le jour même de l'admission et pour les trois quarts le lendemain ou le surlendemain de l'entrée dans le service. 17 % des opérations ont eu lieu entre trois et huit jours après l'admission et pour une personne au bout de 29 jours.

Pour les destinations après l'hospitalisation, la plupart des patients ont poursuivi leur parcours de soin en SSR. Les patients vivant déjà en EHPA y sont retournés. Les durées moyennes de séjour dans le service varient fortement selon la destination : les durées les plus longues concernent les retours à domicile et les moins longues les retours en EHPA.

Tableau 35 : Répartition des patients selon la destination et la durée moyenne de séjour

destination	effectif	fréquence	durée moyenne de séjour
domicile	13	13%	13,8 j
ehpa	21	21%	8 j
SSR	63	62%	11,5 j
transfert	3	3%	13 j
décès	1	1%	7 j
Ensemble	101	100%	11 j

Les durées de séjour ont été moins longues pour les personnes âgées présentant un niveau de dépendance élevé : 10,1 jours que celle présentant un niveau moyen : 11 jours et un niveau faible : 12,7 jours. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les personnes âgées les plus dépendantes résident en EHPAD.

Les durées de séjour pour notre population correspondent à celles observées en Alsace (11.4 jours), mais sont plus élevées que celles des HUS en 2011 (9.8 jours).

Cette différence peut s'expliquer par l'âge moyen de nos patients plus élevé et par la durée du recueil des données pour nos patients sur une courte période.

Des différences apparaissent quant à la destination de nos patients. Ils se dirigent moins vers le domicile après l'hospitalisation par rapport aux patients Alsaciens et à ceux des HUS. Pour rappel, 28% des patients an Alsace retournent au domicile, 37 % des patients des HUS et 13 % de notre population. Là encore, les différences s'expliquent par la durée d'enquête dans le service hospitalier.

Un dernier élément à noter, 14 % des patients ont été réhospitalisés après ce passage dans le service dans le même établissement ou un autre. Les causes de ces réhospitalisations n'ont pas pu être collectées et donc analysées.

Les patients vus pendant cette étude sont comparables à ceux de 2011 en Alsace et aux HUS en termes de sexe et de durée de séjour. Néanmoins, ils sont plus âgés et retournent moins au domicile après l'hospitalisation.

Une dernière particularité de notre population est qu'ils proviennent moins du domicile (70 % vs. 98 %) et plus souvent d'un EHPAD que les patients Alsaciens. Cet écart trouve une réponse sur la durée d'enquête ne courant pas sur une année.

Il est donc intéressant de voir si la prise en charge et la trajectoire de nos patients est spécifique ou s'il est possible de dégager des similitudes.

COMPARAISON DES SITUATIONS DES PATIENTS AVANT ET APRÈS LA FRACTURE

Les informations décrivant la situation des patients avant la fracture proviennent du questionnaire 1 passé lors de l'hospitalisation, du dossier médical et du questionnaire 3. Aucune information n'a été recensée pour un patient, car il n'a répondu à aucun questionnaire et que le dossier médical n'a pas pu être consulté (le NIP ne correspondait pas et les archives n'ont pu les retrouver).

Comme vu précédemment, les patients sont principalement des femmes, ils vivent en majorité à leur domicile et pour un tiers en EHPA. Ces patients vivent principalement seuls et avec un niveau de dépendance élevé.

Les données recueillies lors des deuxièmes et troisièmes questionnaires ont été compilées pour avoir les informations sur le devenir des patients. 32 patients sont décédés un an après l'hospitalisation. Le mode de vie et l'état de santé ont pu être comparés avant et après l'hospitalisation pour 86 patients.

LA FRACTURE ET LES CIRCONSTANCES DE LA FRACTURE

Les patients ont été interrogés sur les causes et les circonstances de leur fracture. Plus des trois quarts se souviennent de l'évènement et ont pu relater plus ou moins longuement et avec plus ou moins de détails les circonstances de leur fracture.

Ainsi, pour 72 % des patients, la fracture est due à une chute (heurt d'obstacle ou glissade) ; les autres causes concernent les fractures spontanées, les malaises, et un accident. 84 % des fractures ont eu lieu à l'intérieur du domicile principalement dans la chambre, la cuisine, le couloir et les escaliers ainsi que dans la cour de la maison.

Plusieurs personnes ont plus particulièrement raconté cet évènement. Le caractère soudain et inévitable de la chute a été cité « *je n'ai rien pu faire* »¹¹³, « *c'est venu d'un coup* »¹¹⁴. Une seule personne a évoqué le terme de mort « *j'ai cru que j'allais mourir* »¹¹⁵. Ces propos témoignent bien du choc psychologique que peut avoir la chute de par son imprévisibilité. On peut dès lors entrevoir les premiers signes du syndrome post-chute marquée par la peur de vivre cet accident.

Cinq personnes ont mentionné spontanément le fait d'avoir déjà chuté auparavant, mais n'ayant pas nécessité d'hospitalisation.

Certaines ont relaté être restées par terre un long moment et avoir crié pour que quelqu'un vienne à leur secours. Généralement il s'agissait d'un membre de la famille, d'un voisin ou d'une aide professionnelle. Très peu de personnes âgées ont elles-mêmes appelé les secours.

¹¹³ Mireille, 82 ans

¹¹⁴ Joséphine, 86 ans

¹¹⁵ Laurette, 88 ans

Les premiers secours cités restent les pompiers et le SAMU. Une seule personne a cité son médecin traitant comme premier interlocuteur. Les premiers acteurs de la prise en charge ont donc une qualification médicale. La plupart des personnes âgées étaient seules au moment de l'accident, mais avaient des visites quotidiennes. Ces présences ont limité le temps d'attente au sol des victimes et ont eu le rôle d'alerte. On peut s'interroger sur les chutes de personnes âgées isolées géographiquement et socialement ne recevant de visites quotidiennes.

Les rares personnes déjà équipées de la téléalarme ne l'ont pas utilisée à ce moment-là, car ne l'ayant pas sur eux. De même, les rares personnes à avoir participé aux ateliers de prévention des chutes n'ont pas réussi à reproduire les exercices pour se relever dans les meilleures conditions ayant trop mal à la jambe pour y arriver ou n'ayant pas la place pour le faire. Ce fut le cas pour Aliette, 79 ans, tombée dans le couloir étroit de son entrée. Ces éléments interrogent largement l'utilisation et l'utilité des outils de prévention des chutes puisqu'aucune des victimes n'a pu les mettre en œuvre.

De manière générale, les répondants ne se sont pas attardés sur des détails ou le contexte dans lequel s'est passée la fracture. Nous ne pouvons rien déduire de ces silences, mais pouvons faire des hypothèses : soit l'évènement n'est pas traumatique et est considéré comme non significatif par la personne âgée ; soit c'est l'inverse : l'évènement est si traumatique que la personne tente de minimiser et d'oublier en ne revenant pas dessus.

Un autre point commun est que ces personnes décrivent toutes la chute et la fracture comme un évènement traumatique impliquant une peur de rechuter. Elles affirment donc faire beaucoup plus attention et se concentrer davantage pour se déplacer. C'est ce qu'explique Paulette, 89 ans « *Il faut que je fasse très attention parce que quelquefois j'ai des vertiges et il faut bien réfléchir à mon âge à ce qu'on fait. Ça, pour moi c'est comme ça pour toutes les personnes âgées (...) ont toutes des soucis. Mais moi je dois toujours bien réfléchir à ce que je fais. Si on pense à autre chose, ce n'est pas bien. Il faut se concentrer sur ce qu'on fait.* » Lors d'un entretien, Anna, 91 ans, répond à la question sur une peur de rechuter « *Oui j'ai le vertige et je ne suis pas sûre du tout. Je vais retomber un jour, ça, c'est sûr. Les tapis on me les a enlevés.* » Ces deux femmes parlent de leurs vertiges notamment dus à la prise de médicament qui semble les fragiliser dans leur déplacement. Les réponses proposées pour limiter le risque de rechute diffèrent entre les deux femmes ; Paulette se pose davantage en actrice responsable de ses actions ; Anna semble plus passive devant s'adapter aux changements imposés.

Les manières de continuer son existence après une chute sont aussi diverses qu'il y a de victimes, chacun réagissant à sa façon dans un contexte précis. Nous ne pouvons pas généraliser sur cet aspect de la chute.

Pour ce qui est du parcours de soin, le balisage est globalement identique : une hospitalisation au service, un temps de rééducation et un retour à domicile avec des séances de kinésithérapie. La majorité des patients ont pu et su retracer ce parcours après coup. Le plus souvent des interrogations ou des doutes se font sentir pendant leur séjour sur la sortie d'hospitalisation comme l'exprime Lise, 84 ans « *je crois que je vais aller là-bas* », et Jacqueline, 86 ans, « *si j'ai bien compris* ».

Elles ont toutes compris en quoi consistait l'opération : « *on m'a mis une visse* »¹¹⁶, « *le docteur il m'a mis un clou là (montre la hanche).* »¹¹⁷

La prise en charge hospitalière a été bien « notée » malgré quelques revendications comme le manque de chambres individuelles. Martina, 90 ans, vit difficilement son séjour à cause de sa voisine de chambre. Elle nous dit « *je crois que ma voisine a un souci dans la tête... elle crie, elle crie même la nuit. Je n'ai pas pu me reposer vraiment* ». Une autre demande des patients concerne la disponibilité des soignants et non soignants qui semble avoir fait défaut à quelque moment. Constance, 89 ans, se plaint des non-réponses après avoir sonné « *J'appelle avec la sonnette et ils ne viennent pas* », comme Maïté, 87 ans « *j'ai demandé à une fille qui faisait le tour de la chambre pour le ménage si je pouvais avoir un verre d'eau fraîche. Elle a dit qu'elle allait demander et que quelqu'un viendrait, j'ai attendu longtemps.* »

¹¹⁶ Fabienne, 88 ans

¹¹⁷ Marie-Paule, 92 ans.

L'ÉTAT DE SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

Les patients ont été interrogés sur l'appréciation de leur état de santé général. Dans la majorité des cas, l'état de santé est jugé bon ou moyen (cf. **Tableau 36**). Les répondants semblent satisfaits de leur sort alors que pour un bon nombre d'entre eux des pathologies associées ont été signalées notamment des cas de cancers ou de maladie de Parkinson.

Outre l'état de santé, c'est la qualité de vie qui a été également appréciée. La qualité de vie a été décrite comme l'environnement familial, amical, matériel et immatériel (si les patients considéraient vivre bien, s'ils ne manquaient de rien, etc.). Une note sur 10 devait être donnée, 10 étant la meilleure vie possible, 0 la pire ou la moins bonne.

Là encore, les répondants sont en majorité satisfaits puisque 18 % des répondants ont donné une note inférieure ou égale à 5 sur 10 ; et 82 % une note supérieure à 5 sur 10 sur la qualité de vie avant la fracture.

Tableau 36 : Répartition des enquêtés selon la qualification de leur état de santé et qualité de vie

état de santé	effectif	fréquence	note moyenne sur la qualité de vie*
bon	40	54%	7,8
moyen	23	31%	7,3
mauvais	8	11%	7
très bon	2	3%	9
très mauvais	1	1%	3
Total général	74	100%	7,5

Si l'état de santé et la qualité de vie semblent corrélés, l'état de santé ressenti et le niveau de dépendance ne sont pas forcément liés. C'est surtout le cas pour les personnes âgées fortement dépendantes : elles estiment plus fréquemment avoir un bon état de santé qu'un mauvais. Les personnes moyennement dépendantes estiment, quant à elles, un bon état de santé avant la fracture. Nous pouvons mettre ces résultats en lien avec de nombreux travaux qui marquent un décalage entre les critères médicaux utilisés et les activités effectuées pour qualifier un état de santé.

Tableau 37 : Répartition des patients selon le niveau de dépendance et le ressenti sur l'état de santé

dépendance	etat de santé	effectif	fréquence
élevée	bon	13	25%
	mauvais	4	8%
	moyen	11	22%
	nsp	23	45%
Total élevée		51	48%
faible	bon	14	52%
	mauvais	1	4%
	moyen	6	22%
	très bon	2	7%
	nsp	4	15%
Total faible		27	25%
moyenne	bon	13	45%
	mauvais	3	10%
	moyen	6	21%
	très mauvais	1	3%
	nsp	6	21%
Total moyenne		29	27%
Total général		107	100%

Le tableau ci-dessus met en lumière l'importance des réponses « ne sais pas » sur le ressenti de l'état de santé. Plusieurs pistes peuvent être avancées avec en premier lieu le moment de l'enquête, pendant l'hospitalisation, après une opération chirurgicale et après une fracture. Les patients, n'étant pas dans leur cadre habituel, ont eu certainement plus de difficultés à se replacer dans une situation antérieure. Une autre piste pencherait sur la non-habitude des patients à être interrogés directement et à participer à une étude.

Il est également remarquable que les répondants estiment principalement leur état de santé comme bon, ce, peu importe leur niveau de dépendance. Un seul patient juge son état de santé comme très mauvais, et moins de huit patients le jugent mauvais. Ces réponses plus négatives peuvent s'expliquer par le moment du recueil de l'information pendant l'hospitalisation.

Outre le ressenti sur l'état de santé, les personnes âgées ont été interrogées sur les aides aux déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement. Les patients se déplaçaient principalement avec une aide notamment une canne. Plus d'un tiers se déplaçaient sans aide avant la fracture. Les patients ont déclaré se déplacer moins fréquemment sans aide et beaucoup plus en déambulateur et en fauteuil roulant après la chute (cf. Tableau ci-dessous).

Tableau 38 : Répartition des enquêtés selon l'aide à la marche avant et après l'hospitalisation

aide à la marche	effectif avant	fréquence avant	effectif après	fréquence après
aucune aide	28	33%	8	16%
canne(s)	34	40%	15	29%
déambulateur	17	20%	14	27%
fauteuil	5	6%	14	27%
total	84	100%	51	100%

Après la fracture, la majorité des patients estiment que leur état de santé est moyen alors qu'ils étaient plus nombreux à le déclarer bon avant la fracture. Ceci dit, 17 personnes n'ont pas remarqué de changement de leur état de santé, mais un déclin s'est fait ressentir pour 21 patients.

Tableau 39 : Répartition des enquêtés selon le ressenti sur l'état de santé avant et après l'hospitalisation

Etat de santé jugé	avant	fréquence avant	après	fréquence après
très bon	2	3%	0	0%
bon	40	54%	8	11%
moyen	23	31%	19	27%
mauvais	8	11%	10	14%
très mauvais	1	1%	1	1%
décès	0	0%	32	46%
Total	74	100%	70	100%

L'étude du niveau de dépendance met en évidence une baisse globale : le nombre de patients ne présentant pas de dépendance ou un faible niveau de dépendance chute de moitié et celui présentant un niveau moyen et élevé augmente comme le montre le [Tableau 41](#).

Tableau 40 : Répartition des enquêtés selon le niveau de dépendance avant et après l'hospitalisation

niveau de dépendance	avant	fréquence avant	après	fréquence après
faible	27	25%	10	12%
moyen	29	27%	17	20%
élevé	51	48%	24	29%
décès	0	0%	32	39%
Total	107	100%	83	100%

Si l'on regarde patient par patient, on constate cependant que la majorité des patients (29) ne changent pas de niveau de dépendance, 17 connaissent une baisse et cinq une hausse.

Tableau 41 : Changement dans le niveau de dépendance des patients vus avant et après l'hospitalisation

niveau de dépendance avant/après	faible	moyen	élevé	décès
faible	9	5	5	5
moyen	1	7	6	9
élevé	0	5	13	18

La prise en charge de la fracture a donc eu un effet positif sur le niveau de dépendance pour cinq patients, soit 5 % des enquêtés. En extrapolant, si l'enquête avait duré une année entière, cet effet s'observerait chez 36 patients hospitalisés aux HUS et 110 patients hospitalisés en Alsace pour ce diagnostic.

À l'inverse, les effets négatifs sur le niveau de dépendance et les décès coïncident avec les résultats des études sur le devenir des patients atteints de cette pathologie (cf. p.86)

Pour la qualité de vie, on observe une baisse de la note moyenne attribuée par les répondants après la fracture. En ce qui concerne les changements, cinq personnes déclarent un déclin de leur qualité de vie (noter plus faible après), 27 n'ont pas vu de changement et quatre ont noté plus favorablement leur qualité de vie après.

Sur ce dernier point, plusieurs hypothèses peuvent se décliner : la note attribuée au moment du premier questionnaire pouvait être biaisée du fait de l'hospitalisation et de la situation postopératoire : les patients n'étant pas dans leur environnement et encore sous le choc de la fracture ont pu sous noter leur qualité de vie. Une autre hypothèse est que l'opération a eu des effets favorables : beaucoup de patients arrivent avec de fortes douleurs, les limitant dans leurs activités quotidiennes. Un point intéressant est à signaler : les décès sont plus importants pour les patients ayant donné une bonne note à leur qualité de vie que les autres. On peut conclure à certain déni de l'état de santé et du degré d'autonomie dégradés pour ces patients.

Tableau 42 : Répartition des enquêtés selon l'appréciation de la qualité de vie avant et après l'hospitalisation

note sur la qualité de vie	avant	fréquence avant	après	fréquence après
moins de 5/10	5	7%	3	4%
5/10	6	8%	7	10%
6 et +	51	68%	26	37%
nsp	13	17%	3	4%
décès	0	0%	32	45%
note moyenne	7,5		6,6	
Total	75	100%	71	100%

Tableau 43 : Changement dans l'appréciation de la qualité de vie des patients vus avant et après l'hospitalisation

note sur la qualité de vie	moins de 5/10	5/10	6 et +	nsp	décès
moins de 5/10	2	1	1	0	1
5/10	0	2	2	0	1
6 et +	1	4	23	1	11
nsp	0	0	0	2	4

La qualité de vie dépendant souvent de la possibilité de se déplacer librement à l'intérieur ou à l'extérieur du lieu de vie, la baisse de la note moyenne attribuée à la qualité de vie après l'hospitalisation peut s'expliquer par la baisse des déplacements à l'extérieur avec ou sans aide.

En effet, on observe que la majorité des patients ne sortent plus de chez eux et que seules 10 personnes se déplacent librement sans aides. Ces résultats sont à mettre en lien avec le syndrome post chute.

Le ressenti de l'état de santé est globalement moyen avec une limitation des activités quotidiennes par rapport à avant la fracture. Une seule personne n'a pas constaté de changements et continue ses activités quotidiennes comme avant. Pour les autres les changements sont perceptibles de manière plus ou moins explicite. Par exemple, Gisèle, 87 ans dit « *Globalement ça va* » sans entrer dans les détails, Yvonne, 88 ans, reconnaît une baisse de son état général « *il y a quand même cette grande fatigue, ces douleurs* ». Maria, 88 ans, admet également une perte, mais relativise « *mais finalement j'ai 89 ans alors on ne peut pas faire de miracle ! Et après ce qu'on a perdu, on peut être content de ce qu'on a gardé. Au moins, j'ai encore...il y a beaucoup de gens plus jeunes que moi qui ont déjà des pertes de mémoire. Autrement j'ai de bons contacts dans la maison* ». Enfin, Anna, 91 ans, semble souffrir plus fortement de sa perte d'autonomie et compare volontiers l'avant et l'après : « *Je ne peux plus sortir, je ne peux plus rien faire. Avant de tomber, je pouvais encore sortir, faire mes courses, faire à manger, lentement mais sûrement. Le ménage, je n'avais pas besoin de femme de ménage.* ».

Le niveau de dépendance des patients a augmenté après l'hospitalisation. Ce déclin de l'autonomie se traduit par l'aide croissante pour les actes de la vie quotidienne comme l'habillage, la toilette, les déplacements dans le logement et les courses. Le nombre de personnes pouvant effectuer seules ces activités diminue par rapport à avant la fracture. Le tableau ci-dessous compare les situations avant et après l'hospitalisation. Le fait le plus significatif est la limitation des déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du domicile avec un besoin d'aide à la marche. On retrouve ici un des effets du syndrome post-chute, mais l'on peut s'interroger sur la prescription de cette limitation : est-ce de la propre initiative de la personne âgée ou une injonction de professionnels ou de l'entourage ?

Tableau 44 : Répartition des enquêtés selon le degré d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne avant et après l'hospitalisation

autonomie		avant	fréquence avant	après	fréquence après
sortie de chez soi	oui seul	32	43%	10	20%
	oui avec une aide	25	33%	18	36%
	non	18	24%	22	44%
déplacements dans le logement	sans aide	68	91%	32	64%
	oui avec une aide	2	3%	6	12%
	non, je reste au lit ou au fauteuil	5	7%	12	24%
toilette	sans aide	53	57%	19	39%
	oui avec une aide	23	25%	20	41%
	non	17	18%	10	20%
habilage	sans aide	57	62%	22	44%
	oui avec une aide	19	21%	17	34%
	non	16	17%	11	22%
courses	sans aide	20	27%	5	11%
	oui avec une aide	15	20%	7	15%
	non	40	53%	34	74%
décès		0	0%	32	34%

La limitation des déplacements influe sur la sociabilité des personnes âgées. Faire ses courses, notamment dans un commerce de proximité, est l'occasion de rencontres, d'échanges, de discussions. Ne plus sortir de chez soi est donc synonyme de rupture. Le sentiment de solitude n'a pas été abordé dans le cadre de cette étude, mais on peut s'imaginer qu'il grandit en lien avec la limitation des déplacements.

Nous venons de voir que le niveau de dépendance augmente après l'hospitalisation et que les actes de la vie quotidienne se limitent. Le besoin d'aide humaine, technique et financière doit donc également évoluer.

LES AIDES DISPONIBLES

Plus de la moitié des répondants bénéficiaient d'une aide à domicile (67 %, soit 62 personnes, dont 22 vivant en EHPAD) avant la fracture. Cette aide à domicile concerne pour tous le ménage et pour 61 % le portage de repas. Pour ceux qui ne bénéficiaient pas d'aide à domicile, l'aide des proches notamment de la belle fille a été citée par les répondants à plusieurs reprises.

Un tiers des répondants se déclarent bénéficiaires de l'Aide personnalisée pour l'autonomie (APA), la moitié n'est pas bénéficiaire et estiment ne pas en avoir besoin.

Concernant les équipements disponibles pour le logement, plus des deux tiers des répondants déclarent ne pas en avoir, que ce soit un lit médicalisé, un rehausseur de toilettes ou des barres d'appui dans les sanitaires. Pour la téléalarme, certains répondants n'étant pas équipés ont déclaré vouloir prendre les mesures nécessaires à sa mise en place une fois le retour à domicile. L'évènement de la fracture semble avoir un effet sur la mise en place de ce genre de dispositif.

Tableau 45 : Répartition des enquêtés selon les dispositifs d'aides disponibles

aides et équipements		effectif	fréquence
bénéficiaire de l'APA	non et pas l'utilité	40	53%
	oui	24	32%
	non mais en aurait besoin	11	15%
téléalarme	non et pas l'utilité	42	57%
	oui	17	23%
	non mais en aurait besoin	15	20%
lit médicalisé	non	60	80%
	oui	15	20%
réhausseur de toilette	non	62	83%
	oui	13	17%
barre d'appui dans les sanitaires	non	50	67%
	oui	25	33%

La comparaison des aides disponibles peut être biaisée par le nombre de non-réponses aux questionnaires après hospitalisation. De plus, les personnes âgées ne savent pas forcément si elles sont ou non bénéficiaires de l'APA.

On peut cependant constater que les aides techniques telles que le lit médicalisé, le rehausseur de toilette et les barres d'appui dans les sanitaires sont plus fréquemment utilisés après la fracture.

Tableau 46 : Répartition des enquêtés selon les aides et équipements disponibles avant et après l'hospitalisation

aides et équipements		avant	fréquence avant	après	fréquence après
bénéficiaire de l'APA	oui	24	34%	30	51%
	non et pas l'utilité	36	51%	22	37%
	non mais en aurait besoin	11	15%	2	3%
	nsp	0	0%	5	8%
téléalarme	oui	17	24%	11	24%
	non et pas l'utilité	38	54%	28	62%
	non mais en aurait besoin	15	21%	0	0%
	nsp	0	0%	6	13%
lit médicalisé	oui	15	21%	18	40%
	non	56	79%	26	58%
	nsp	0	0%	1	2%
réhausseur de toilette	oui	13	18%	25	58%
	non	58	82%	17	40%
	nsp	0	0%	1	2%
barre d'appui dans les sanitaires	oui	24	34%	26	60%
	non	47	66%	16	37%
	nsp	0	0%	1	2%

La mise en place d'aide ou d'aménagement du logement n'est pas toujours facile et bien souvent c'est l'entourage et le médecin traitant qui amènent à l'acceptation. Les recommandations médicales viennent le plus souvent légitimer les injonctions proposées. Comme l'explique B.Leider : « *cet article s'intéresse aux périodes critiques que peuvent traverser les familles lorsque l'avancée en âge d'un parent vieillissant s'accompagne d'une diminution progressive de son indépendance. Durant ces périodes, les enfants souhaitent introduire certains changements dans la vie de leur parent (aides techniques ou professionnelles, aménagement du domicile, abandon de certaines pratiques comme la conduite...) sans pour autant disposer d'un argument légitime pour le faire* »¹¹⁸

Il semble qu'enlever des tapis ou avoir un bip autour du coup soit ressenti comme contrainte par les personnes interrogées. En parlant du bip tranquille, Anna, 91 ans témoigne :

¹¹⁸ LEIDER, B. "Les recommandations médicales au secours des familles en période critique.", *Retraite et société*, n° 67, 2004, p. 44-63

« Mais je ne suis pas satisfaite avec (...) C'est bien quand on est assis dans le fauteuil et qu'on tombe, mais pour se balader autour, ce n'est pas bien. Vous voyez ça balance et dès que vous heurtez quelque part, ça s'accroche ».

Le refus et la crainte de demander de l'aide sont également à l'origine de l'absence de dispositifs techniques et humains à domicile. Plusieurs témoignages mettent l'accent sur la présence du conjoint *« je ne sais pas comment je ferais sans mon mari »*¹¹⁹, ou d'enfant pour légitimer ce refus *« je n'ose pas demander... ils font déjà beaucoup. Je ne veux pas les déranger encore »*¹²⁰

LES CONSEILS ET LA PRÉVENTION

De manière générale, les patients enquêtés n'ont pas été conseillés et ne suivaient que les conseils de prévention fournis par leur médecin et/ou leur entourage avant la fracture. Les messages véhiculés sur le « bien manger »¹²¹ semblent avoir eu un impact ou un écho auprès de cette population.

Certains patients ont également mentionné que les conseils nutritionnels ont été donnés au vu de leur pathologie notamment pour les patients ostéoporotiques et les diabétiques.

Les déclarations des enquêtés font référence à la qualité de leur alimentation : *« je mange de tout »*¹²², *« je ne me prive pas »*¹²³, *« je mange équilibré »*¹²⁴.

¹¹⁹ Catherine, 79 ans

¹²⁰ Lucienne, 85 ans

¹²¹ Lancé en janvier 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le programme a été prolongé en 2006 puis en 2011.

¹²² Fernande, 83 ans

¹²³ Marie-Louise, 85 ans

¹²⁴ Hélène, 83 ans

En revanche, pour ce qui est de l'activité physique, des aides disponibles concernant l'amélioration de l'habitat et les ateliers de prévention des chutes, les conseils et les connaissances ne sont pas aussi développés. Aucun des répondants n'a bénéficié d'aide pour l'adaptation du son logement et 76 % n'ont pas entendu parler des ateliers de prévention des chutes. Des conseils sur la prévention pour le maintien d'une activité physique, l'aide à l'adaptation du logement et les ateliers de prévention des chutes ont été plus transmis après la fracture qu'avant, contrairement aux conseils nutritionnels.

Tableau 47 : Répartition des enquêtés selon les conseils en prévention et sur les aides disponibles reçus avant et après l'hospitalisation

conseils en prévention et aides disponibles		avant	fréquence avant	après	fréquence après
conseils nutritionnels	non	19	27%	17	44%
	oui et suis les conseils	47	66%	16	41%
	oui mais ne suis pas ces conseils	4	6%	3	8%
	nsp	1	1%	3	8%
conseils sur activité physique	non	39	55%	15	38%
	oui et suis les conseils	25	35%	9	23%
	oui mais ne suis pas ces conseils	6	8%	13	33%
	nsp	1	1%	2	5%
association d'aide à l'adaptation du logement	non	64	90%	24	62%
	oui mais n'en ai pas bénéficié	7	10%	10	26%
	oui et en a bénéficié	0	-	1	3%
	nsp	0	-	4	10%
atelier chute	non	54	77%	25	64%
	oui et y ai participé	9	13%	5	13%
	oui mais n'y ai pas participé	7	10%	7	18%
	nsp	0	-	2	5%

QUELQUES CONSÉQUENCES APRÈS HOSPITALISATION

Quatre changements ont été particulièrement notoires dans ces parcours de soin. Le premier est le changement de lieu de vie et de situation familiale. Le domicile reste le lieu de vie principal des personnes âgées après la fracture (34 personnes sur 93). Les personnes résidant déjà en EHPA y demeurent toujours tout comme une personne vivant en famille.

Tableau 48 : Répartition des enquêtés selon le lieu de vie avant et après l'hospitalisation

lieu de vie	avant	après
domicile	69	34
EHPA	32	26
logement de proche	4	1
autre	1	0
décès	0	32
Total	106	93

En termes de trajectoire, nous avons:

Tableau 49 : Changement de lieu de vie des patients vus avant et après l'hospitalisation

avant/apres	décès	ehpa	domicile personnel	logement de proche
autre	0	1	0	0
ehpa	13	17	0	0
domicile personnel	17	8	34	0
logement de proche	2	0	0	1

Neuf personnes sont entrées en EHPAD un an après la fracture, mais globalement le lieu de vie ne change pas avant et après l'hospitalisation pour les personnes non décédées. Après la fracture, le niveau de dépendance pour les personnes entrées en EHPA s'est avéré élevé dans la majorité des cas. La personne vivant dans le cercle familial observe un niveau moyen de dépendance. À l'inverse, les seules personnes observant un niveau faible de dépendance résident toutes encore à domicile. La moitié des personnes vivant à domicile ont un niveau de dépendance moyen et un quart un niveau élevé. En ce qui concerne la situation familiale, on observe la même répartition avant et après l'hospitalisation : la plus grande part des patients vivent seuls (43 %).

Tableau 50 : Répartition des enquêtés selon la situation familiale avant et après l'hospitalisation

situation familiale	situation avant	fréquence avant	situation après	fréquence après
en couple	29	27%	14	15%
en famille	14	13%	6	7%
seul	64	60%	40	43%
décès	0	0%	32	35%
Total	107	100%	92	100%

En termes de trajectoire, les patients ne connaissent pas de changements notables dans leur situation familiale, c'est-à-dire que les personnes vivant seules continuent de vivre seules comme les personnes vivant en couple vivent toujours en couple. Nous pouvons toutefois noter deux cas de veuvage et trois personnes qui vivaient en famille vivent seules après l'hospitalisation.

Tableau 51 : Changement de la situation familiale des patients vus avant et après l'hospitalisation

avant/apres	décès	seul	en couple	en famille
seul	21	35	0	0
en couple	7	2	14	0
en famille	4	3	0	6

Le deuxième changement s'observe sur la peur de rechuter. 74 % des répondants déclarent avoir peur de rechuter. Des éléments sur d'éventuelles autres chutes avant et après l'hospitalisation ont été recensés pour 24 personnes, soit près de 22 % de la population globale. Nous pouvons mettre ces résultats en lien avec la limitation des déplacements à l'extérieur comme à l'intérieur du logement (cf. [Tableau 44](#)) et les changements dans les aides aux déplacements. Les patients interrogés déclarent se déplacer moins fréquemment sans aide et beaucoup plus en déambulateur et en fauteuil roulant après la chute (cf. [Tableau 38](#)). La fracture, même si elle est synonyme de perte d'autonomie, ne signifie pas entrée en institution. Sur les 29 répondants à la question sur leur statut par rapport à une inscription, 22 ne sont pas inscrits en liste d'attente d'un EHPA et ne l'envisagent pas, cinq ont entamé les démarches d'inscription après la fracture, et deux étaient déjà inscrits avant la fracture.

On entrevoit déjà le décalage qu'il peut y avoir entre offre de prise de charge et volonté des patients âgés. Cette question sera débattue dans la troisième partie de ce document.

Enfin, la conséquence de décès est présente dans cette enquête puisque 32 patients sur 107 sont décédés un an après leur hospitalisation. Il s'agit de 21 femmes et 11 hommes. Leur moyenne d'âge en 2013 était de 86.9 ans (76 ans pour le plus jeune et 102 ans pour le plus âgé). 62 % d'entre eux ne souffraient pas de démence et leur niveau de dépendance est en moyenne élevé. 11 personnes résidaient en EHPA, les autres à domicile. L'ensemble des causes de décès n'a pu être trouvé ou justifié médicalement.

Cependant grâce aux dossiers médicaux et aux appels aux médecins, des éléments ont fait ressortir qu'une grande part de ces décès n'était pas consécutive à la chute, mais à des pathologies antérieures à la fracture. Ainsi, certains patients sont décédés des suites de maladie rénale chronique, de maladie pulmonaire ou un cas de lymphome.

Notre étude permet de mieux connaître l'état de santé, le niveau de dépendance, la qualité de vie et les aides disponibles pour les patients âgés hospitalisés avant et après une fracture du col du fémur. Nos résultats sur la mortalité, la perte d'autonomie et la dégradation du ressenti de l'état de santé sont en accord avec les résultats d'autres études déjà citées. Les besoins croissants d'aides humaines et techniques vont de pair avec la baisse du niveau de dépendance.

Des points critiques sont à soulever avec en premier lieu les conseils de prévention et sur les aides disponibles. Très peu de nos patients y ont recours que ce soit avant comme après la fracture. La problématique est la même sur les utilisateurs de la téléalarme et des ateliers de prévention des chutes. Les patients qui en bénéficiaient ont eu la même prise en charge et la même trajectoire que les non-bénéficiaires. Ces mêmes patients ont même admis leur impossibilité de les utiliser après avoir chuté. Un deuxième point critique concerne le syndrome post-chute. Les personnes âgées rencontrées semblent avoir été choquées par leur chute et limitent manifestement leurs déplacements intérieurs et extérieurs après l'hospitalisation. Nous verrons comment le personnel hospitalier prend en charge ce syndrome bien connu.

CHAPITRE 6 : LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DU SERVICE HOSPITALIER

La prise en charge des fractures du col du fémur est principalement d'ordre médical. La réparation physique passe par un traitement chirurgical. Il est donc nécessaire à cette étude de prendre en compte les points de vue des personnels hospitaliers qui participent au parcours de soin des victimes âgées. Ces professionnels sont les seuls à pouvoir décrire de manière globale les prises en charge possibles, leurs pratiques quotidiennes et l'organisation générale du service.

LES PERSONNES ÂGÉES VICTIMES DE FRACTURES DU COL DU FÉMUR DANS LE SERVICE

Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur sont la première cause de venue en traumatologie pour les personnes âgées. Elles représentent 50 % des 60 % de traumatologie. Brigitte, un des cadres de santé du service, exprime le grand nombre de personnes âgées victimes de cette fracture en ces termes : « *C'est une bonne partie de l'activité et quel que soit l'âge aussi, mais le traitement ne sera pas le même* ». Les femmes sont bien plus victimes que les hommes comme le souligne une aide-soignante. Cela vient confirmer les données déjà présentées dans les chapitres précédents.

LES CHUTES, PRINCIPALE CAUSE DE FRACTURE

La cause et les circonstances des fractures sont des informations notifiées dans la fiche d'accueil du patient. Les chutes sont donc la principale cause de la fracture même si des fractures « spontanées ou pathologiques » arrivent. La plupart des professionnels ont spontanément cité cette cause : « *Très souvent il arrive que les gens tombent en institution, c'est tout à fait normal. Mais très souvent les gens sont à domicile.* »¹²⁵

Ces chutes peuvent être liées à de nombreux facteurs :

¹²⁵ Nadia, IDE

- une inadaptation du logement : « *liées aux conditions de vie, un tapi, le jardinage, les escaliers.* »¹²⁶

- des problèmes médicaux sous-jacents : « *mais c'est aussi souvent lié à un problème médical sous-jacent. Souvent on part vers des évaluations de la fonction cardiaque (...) ce que j'ai souvent aussi remarqué c'est qu'on tombe sur des cancers. C'est-à-dire qu'il y a une altération de l'état général qui fait qu'un moment donné la personne chute et là on découvre tout ça et où on tombe sur une tumeur déjà invasive.* »¹²⁷ On retrouve ici les pathologies comme facteurs intrinsèques des chutes, c'est-à-dire les pathologies favorisant les chutes. Brigitte affirme bien l'état de santé plus dégradé de ces patients âgés, mais également l'image de la chute comme révélateur d'un moins bon état de santé.

- un malaise notamment à travers une mauvaise médication. Une multitude de points de vue ont soulevé ce problème comme l'exprime Brigitte : « *Et puis tout ce qui est médication, hypertenseurs, somnifères où la personne gère son traitement (...) Mauvaise prise des médicaments par les personnes âgées : parfois elles ne se rappellent pas avoir pris un cachet et vont en reprendre un pour être sûre* »¹²⁸, et les chirurgiens « *interaction médicamenteuse* »¹²⁹ « *elles ne connaissent pas leur traitement* »¹³⁰. Une des explications trouvées à la mauvaise médication pour une cadre de santé est le passage aux médicaments génériques :

« *Ce qui est aussi pas terrible maintenant ce sont les médicaments et tous les génériques où parfois pour se médicurer c'est une source supplémentaire d'erreur.* »¹³¹

Comme expliqué plus loin (cf. p.152), la chute est un évènement traumatique et traumatisant pour les personnes âgées qui peuvent s'interroger sur leur devenir.

¹²⁶ Nadia, IDE

¹²⁷ Brigitte, cadre de santé

¹²⁸ Idem

¹²⁹ Citation chirurgien

¹³⁰ Idem

¹³¹ Brigitte, cadre de santé

C'est ce que confirme Denise, une aide-soignante en disant que « *les personnes sont souvent assez embêtées et disent « mais pourquoi ça m'arrive ? » ça les perturbe. Ça les questionne souvent « comment je vais faire ? Comment je vais être ? »»*

Après ces éléments sur les chutes, nous allons comprendre comment ces professionnels vont intervenir pour prendre en charge cette pathologie.

LES TRAITEMENTS ET LES SOINS NÉCESSAIRES

La principale particularité des FESF est son caractère invalidant par rapport à d'autres fractures comme l'affirme Denise, aide-soignante : « *Elle touche à l'autonomie, aux déplacements, et semble plus invalidante qu'une fracture du poignet par exemple* », et Brigitte, cadre de santé : « *la seule différence avec une autre fracture, c'est que ce sera plus invalidant et ça dépendra de comment était la personne avant la chute* ».

Il n'y a pas de protocole dans la prise en charge spécifique pour les personnes âgées, mais un pour l'ensemble des fractures du col du fémur même chez les plus jeunes. La prise en charge se fait au cas par cas même si la procédure est en général la même selon les pathologies.

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, les patients arrivent à l'hôpital par le service des urgences du fait du traumatisme et donc du caractère imprévu de la fracture. Une fois le diagnostic posé aux urgences, les patients sont transférés dans l'unité de traumatologie pour y être opérés le lendemain ou le surlendemain. Le lendemain de l'opération le plus généralement, les patients sont levés et transférés du lit au fauteuil. Le surlendemain de l'opération, la rééducation à la marche peut commencer.

Une aide-soignante explique « *La trajectoire classique du patient c'est chute, urgences, service.* »¹³² Une fois opérés, « *il faut mobiliser, en général le lendemain* ». Les transferts du lit au fauteuil sont effectués, l'objectif étant de les laisser un peu au fauteuil puis de les recoucher. Cela dépend aussi de l'état de la personne avant l'opération, par exemple, si la personne était grabataire « *on n'espère pas trop la refaire marcher* ». Si la personne était dynamique, ils essaient au maximum de la refaire marcher.

¹³² Denise, aide-soignante

De même une infirmière explique: « *En général, les victimes arrivent en urgence, opération au bloc pour une prothèse totale de hanche ou une PIH et un post op habituel. (...)Les jours suivants, surveillance des pansements, de la cicatrice, et les remettre debout ou au fauteuil pour éviter toute perte d'autonomie.* » La levée postopératoire des patients se fait le plus tôt possible, mais dépend des situations, ce n'est pas toujours le lendemain. L'objectif est de limiter la perte d'autonomie, les escarres, le risque du décubitus. L'intervention du kinésithérapeute est nécessaire pour tous les premiers levés des patients opérés avec mise en place de prothèse totale de hanche, puis tous les jours pour les faire marcher. Un kinésithérapeute est en première ligne pour les levés : « *A J1, au premier jour de l'intervention, c'est le lever du malade sauf contre-indications comme le malade perturbé par l'anesthésie ou nauséux, les patients opérés de tumeurs où là, c'est plus lent, mais sinon pour une personne âgée qui chute et qui fait une fracture du col du fémur, c'est en général le lever précoce pour éviter les risques du décubitus (...) Le 1^{er} jour, c'est le lever et le deuxième en fonction des possibilités c'est de redonner la marche avec un déambulateur, un rollator, des cannes.(...) Ils peuvent retrouver très vite une autonomie surtout s'il y a prothèse.* » L'objectif est qu'ils retrouvent la marche au plus vite et qu'ils retournent chez eux « *tant que cela est possible* »¹³³.

Le parcours hospitalier peut être perturbant pour les personnes âgées avec deux moments jugés critiques par les professionnels : le passage aux urgences et l'admission dans le service de traumatologie.

Les patients âgés sont souvent perturbés par leur passage au service d'urgence et l'entrée dans l'unité: « *Aux urgences ce n'est pas facile non plus, elles sont sur le brancard. Ce n'est pas facile. On les transbahute. (...) C'est traumatisant* »¹³⁴. Le changement d'environnement, l'arrivée dans un lieu inconnu et médicalisé, avec de nouvelles personnes, l'attente, etc. perturbent aussi bien les patients âgés que plus jeunes. Une cadre de santé explique très bien que le plus difficile à gérer pendant le parcours hospitalier reste l'admission « *parce qu'en traumato c'est de l'urgence. Donc la personne âgée a chuté chez elle ou à l'extérieur, elle est complètement perturbée, elle est transbahutée par les pompiers ou le SAMU.* » *Qu'est-ce*

¹³³ Laurence, kinésithérapeute

¹³⁴ Denise, aide-soignante

qu'ils ont pris dans ma maison ? Qui a fermé la maison ? Ils arrivent aux urgences, on les passe d'un truc à l'autre, on va faire une radio, on revient, on lui donne des infos, on contredit ces infos. Elle attend 4, 5 heures sur un brancard, elle ne peut pas manger, faire pipi, etc. Et après on la monte dans un service où elle ne connaît personne et où il faut encore attendre. L'admission est une grosse phase très stressante. »¹³⁵ Les patients âgés sont donc agités et confus. Cet état se calme au bout de quatre, cinq jours quand la personne est habituée au service, à son l'organisation « qu'elle voit que les choses se répètent, le déroulement d'une journée et bien on arrive à rassurer les personnes, qu'ils connaissent les gens et qui à ce moment-là deviennent compliantes et coopérantes. »¹³⁶ Le plus souvent également, c'est en répondant à des interrogations purement pratiques et non médicales que les soignants arrivent à calmer les patients : « Ce sont des choses très matérielles, mais qui il faut le dire, pour la personne âgée, c'est hyper important » exemple de qui va nourrir mon chat ? On a prévenu ma famille ? Ma maison ? Parfois les soignants, en réglant ces côtés matériels soignent aussi »¹³⁷

Il faut rappeler également que pendant l'hospitalisation, deux temporalités s'opposent : celle des patients et celles des soignants.

Le temps et la gestion du temps diffèrent évidemment entre les patients et les soignants. Cette différence peut engendrer des difficultés aussi bien d'un côté que de l'autre. Nous avons déjà évoqué auparavant les difficultés des soignants à la gestion des urgences. Pour les patients, l'attente est souvent génératrice de stress : l'attente d'être opéré, l'attente des visites, l'attente lorsqu'elles ont sonné et ont besoin de l'aide d'un soignant, l'attente de sortir de l'unité. De même, les rythmes hospitaliers ne sont pas les mêmes que dans leur lieu de vie : les levés, les heures de repas, les soins, les toilettes. Une aide-soignante témoigne de l'incompréhension

¹³⁵ Brigitte, cadre de santé

¹³⁶ Tania, IDE

¹³⁷ Brigitte, cadre de santé

des patients lors des soins parce qu'ils ont l'impression que les soignants vont vite, qu'ils ne prennent pas le temps « *On peut nous traiter de brutes, c'est déjà arrivé* »¹³⁸.

L'attente de l'opération est également perturbante notamment lorsque les délais sont repoussés du fait des urgences à traiter prioritairement.

Certaines personnes attendent deux trois jours avant d'être opérées. Enfin, les délais et les modalités de sortie envisagés par les patients et l'équipe ne sont pas les mêmes : « *Et aussi souvent quand elles partent, elles ont besoin d'être rassurées. Où elles vont, comment va se passer le transfert, qui s'occupe des papiers* »¹³⁹ et, parfois les malades ne sont pas pressés de rentrer chez eux et « *ne comprennent pas qu'on ne les mette pas en cure entre guillemets. Et c'est à nous de leur expliquer qu'ils sont capables, qu'on n'a pas de place pour tous.* »¹⁴⁰ En ce qui concerne le parcours hospitalier, de manière générale, les patients âgés victimes de FESF sortent au bout d'une semaine d'hospitalisation : « *à j6, niveau soin, y'a plus que les pansements. Une fois qu'on a géré le post op. immédiat et que le patient remarque, qu'on a fait une radio de contrôle, etc. Pour nous ils sont transférables à partir de j6 s'il n'y a pas de problèmes particuliers.* »¹⁴¹

Les durées de séjour dépendent bien évidemment de l'état de santé du patient et de sa bonne reprise fonctionnelle, mais surtout du plan de sortie prévu. En effet, les sorties sont plus rapides pour les personnes déjà en institution puisque le suivi médical est assuré.

Pour les personnes vivant à domicile, deux options sont principalement envisagées : le retour à domicile avec mise en place d'aides ou la rééducation fonctionnelle dans un centre puis le retour à domicile ou dans un autre lieu de vie. Dans ce cas, les durées sont très aléatoires et dépendent des places disponibles en SSR. C'est ce qu'explique Nadia, une infirmière : « *Ils peuvent rentrer très vite, en moins d'une semaine parce qu'ils sont opérés, ils ont le premier levé avec la kiné chez nous, marcher, déambulateurs, béquilles si possible les escaliers (...)* Et

¹³⁸ Denise, aide-soignante

¹³⁹ Brigitte, cadre de santé

¹⁴⁰ Laurence, kinésithérapeute

¹⁴¹ Brigitte, cadre de santé

après ils peuvent rentrer au domicile, mais avec de la kiné, des aides à domicile, peut-être la mise en place de portage de repas ou d'aide-ménagère. » Les durées de séjour sont jugées trop longues lorsqu'elles dépassent une semaine d'hospitalisation. Pour ce type de fracture et particulièrement chez les personnes âgées, les durées de séjour sont jugées plus longues et le syndrome de glissement qui en découle est fréquent. Le personnel en est parfaitement conscient et essaie de l'éviter ou d'en limiter les conséquences.

La prise en charge dans un SSR est aussi privilégiée; « *Et quand on quitte un service, il y a un projet, il y a une évolution. Les personnes âgées chez qui ça traîne, qu'on n'a pas de réponses, on ne sait s'ils vont partir, pas partir ; eux se laissent glisser parce qu'ils n'ont pas d'objectif et ça, c'est très mauvais.* »¹⁴² Le changement de lieu et d'équipe « *ça a un effet boostant, ça donne un objectif qui est un projet* »¹⁴³

LE CHOC DE LA FRACTURE, ÉVÉNEMENT RÉVÉLATEUR

Comme nous venons de le voir, la fracture nécessite des soins et des traitements physiques, mais pas uniquement. Conscients de l'impact psychologique que peuvent avoir une hospitalisation et les conséquences de ce type de fracture, les soignants s'adaptent. Quatre éléments peuvent survenir après la fracture et font l'objet de surveillance particulière. Le premier concerne la perte d'autonomie, synonyme de dépendance.

La majorité des professionnels s'accordent sur ce fait : la FESF est un révélateur de l'état de dépendance ou de perte d'autonomie pour les patients âgés, mais aussi pour l'entourage. C'est un déclencheur d'une prise de conscience de la dépendance ou du degré d'autonomie plus que pour d'autres fractures. Le degré d'autonomie est touché puisque les patients ne peuvent plus se déplacer seuls, aller aux toilettes, se laver, faire la cuisine. Les suites opératoires de FESF sont comparées à celles d'autres pathologies comme le fait un médecin « *c'est qu'il y a souvent une invalidité derrière (...) par rapport à une appendicite* », et une cadre de santé « *Souvent les personnes âgées, quand elles arrivent, elles se doutent que les choses vont*

¹⁴² Brigitte, cadre de santé

¹⁴³ Idem

changer radicalement à partir ce moment-là (...). Je pense qu'on le sait et je pense qu'eux s'en rendent compte aussi. Au quotidien je suis confrontée à des gens qui me disent que c'est la fin ; ils se rendent compte qu'ils ne vont plus pouvoir rentrer chez eux, qu'il y a des choses qui vont changer. Il y a la séparation aussi souvent avec le conjoint »¹⁴⁴.

Cette prise de conscience d'une dépendance est double puisqu'elle s'opère chez les patients et chez l'entourage des patients : *« Alors c'est souvent le constat pour la personne âgée et la famille, qu'ils sont âgés et que ça entraîne vers la dépendance et on peut avoir ce qu'on appelle des phénomènes de glissement, c'est-à-dire des gens qui étaient super autonomes, etc., mais surtout chez la personne très âgée où psychologiquement ils se disent qu'ils n'arriveront plus à remarcher (...) C'est vrai que souvent après une chute, ça peut faire basculer beaucoup de choses. C'est une prise de conscience pour les enfants aussi qu'à ce moment-là il faut qu'ils interviennent et que les parents ne sont plus aussi autonomes que ça »¹⁴⁵.* Ce sentiment est d'autant plus fort que les personnes âgées ont un degré de récupération moindre que les patients plus jeunes comme l'expliquent Claire, IDE, *« c'est là qu'on se rend compte qu'on est dépendant, qu'on n'est plus autonome. (...) et c'est le déclic pour beaucoup de personnes qui se disent « mince ça devient grave (...) Il y en a qui se laissent aller. Et c'est vrai que pour une personne âgée, c'est difficile de se voir vulnérable, de se voir dépendant et aussi de voir que c'est difficile de récupérer ; ils n'ont plus la même forme physique »*, et Agnès, médecin : *« Le traumatisme c'est quand même souvent quelque chose qui fait dégringoler (...) c'est vrai qu'une fracture n'est pas en soi un facteur de létalité immédiate, mais c'est tout ce qui va autour. Autour de la fracture, il y a un cœur, des poumons et un cerveau et des reins. Et tout ça, ça peut décompenser à cause d'un traumatisme. Et surtout chez la personne âgée »*.

Il y a un effet boule de neige *« c'est un palier qu'ils franchissent »*¹⁴⁶. Les propos de ce médecin viennent nuancer les résultats des différentes études sur la mortalité des patients atteints de cette pathologie.

¹⁴⁴ Nadia, IDE

¹⁴⁵ Brigitte, cadre de santé

¹⁴⁶ Agnès, médecin

Il est nécessaire de distinguer la mortalité de la chute entraînant la fracture et la mortalité des conséquences de la fracture. Dans ces propos, c'est bien les conséquences de la fracture qui sont problématiques. Enfin, une infirmière précise que la fracture peut être le déclencheur d'une prise de conscience que la personne a besoin d'aide et aurait besoin d'être plus entourée. D'où la naissance du sentiment d'isolement et de cas de dépression pour certains.

Le deuxième élément est le syndrome de glissement. Ce syndrome est décrit dans la littérature¹⁴⁷ comme un lâcher-prise de la personne, une inévolution voire une dégradation de l'état physique et psychique du patient. Dans le service, ce syndrome est rare, mais existe bel et bien et est souvent lié à cette prise de conscience d'une dépendance : « *Le fait de se voir diminuer c'est une fatalité, le fait d'être opéré à leur âge leur fait souvent penser qu'ils vont mourir, que c'est la fin. Ces personnes-là sont à surveiller pour ne pas qu'elles tombent dans un syndrome de glissement* »¹⁴⁸, « *Mais souvent la personne a le temps de cogiter et de se dire « j'ai 90 ans, pour qui, pourquoi je dois me battre ? » (...) Alors c'est souvent le constat pour la personne âgée et la famille, qu'ils sont âgés et que ça entraîne vers la dépendance et on peut avoir ce qu'on appelle des phénomènes de glissement, c'est-à-dire des gens qui étaient super autonomes, etc., mais surtout chez la personne très âgée où psychologiquement ils se disent qu'ils n'arriveront plus à remarcher* ».¹⁴⁹

¹⁴⁷ CNOCKAERT, X. “ Le syndrome de glissement. ”, *La Revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, 2005, n°117, pp.345-347

DELOMIER, Y. “Les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement. ”, *Psychologie Médicale*, 1985; n°17, pp. 1111-1115.

DUBOIS, M., et al. “ Syndrome De glissement : ce n'est plus une fatalité ! ”, *Le Concours médical*, 2007, Tome 129, pp.1057-1059.

WEIMANN-PERU, N., PELLERIN, J. “ Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. ”, *L'Encéphale*, juin 2010, vol 36, Supplément 2, pp D1-D6.

¹⁴⁸ Tania, IDE

¹⁴⁹ Brigitte, cadre de santé

Une fois la chute arrivée, les personnes auraient « *tendance à régresser surtout s'il n'y a personne derrière notamment la famille.* »¹⁵⁰ Deux idées fortes se dégagent de ces propos : celle de finitude et de mort associée au choc de la fracture et celle du rôle de l'entourage dans le quotidien de la personne âgée. En outre, ces syndromes dépendent de l'état psychologique de la personne avant son hospitalisation. Une kinésithérapeute relate le cas d'un patient âgé « *un monsieur d'ailleurs qui avait de la famille, mais qui se rendait compte qu'il n'arriverait plus à s'en sortir ou alors ça serait très, très peu et que son échéance était faible (...) il s'est pendu avec son fil du téléphone* ». Ce cas de suicide est rare, mais il confirme bien le lien entre cette prise de conscience et la mort. Enfin une aide-soignante spécifie que ces syndromes surviennent si la personne a des complications médicales, que le séjour dure longtemps et que le plan de sortie est compliqué. Plusieurs professionnels ont souligné l'hypothèse d'une entrée en institution induite par cet évènement et la prise de conscience que le maintien à domicile n'est plus possible : « *Il arrive aussi souvent que ce sont des gens qui refusaient le placement apparemment alors que c'était déjà discuté en famille. Et malheureusement c'est cet évènement-là qui va les obliger à quitter. Mais bien souvent ils n'avaient pas du tout, du tout envisagé de partir. Souvent c'est des gens pour qui il a fallu cet évènement malheureux pour se dire « voilà c'est fini »* »¹⁵¹.

La chute semble être un déclencheur d'une inscription en maison de retraite. Des professionnels constatent que les procédures d'inscription en maison de retraite sont rarement entamées avant l'hospitalisation. Ces inscriptions préventives, c'est-à-dire réalisées avant l'apparition de signes d'une baisse de l'autonomie, sont donc rares. Ceci, dit, le mode de sortie principal après ce type de fracture est le centre de rééducation puis le retour à domicile.

Le dernier élément relevé par les professionnels est le syndrome post-chute. Après une chute, les personnes âgées ont très souvent peur de rechuter : c'est le syndrome post-chute décrit par la quasi-totalité des professionnels : « *La chute est un élément traumatisant. Certains vont en parler et savent que ce ne sera plus comme avant et d'autres vont angoisser* »,¹⁵² « *la peur de*

¹⁵⁰ Denise, aide-soignante

¹⁵¹ Nadia, IDE

¹⁵² Denise, aide-soignante

rechuter »¹⁵³, « peur de retomber +++ »¹⁵⁴, « il y a des gens qui ont très peur ou qui ont peur de refaire des vertiges et qui sont marqués par ce qu'ils ont vécu. il y a des gens qui sont traumatisés pendant quelques jours. »¹⁵⁵ Et « c'est que les gens ont besoin de plus de temps pour réapprendre à marcher, car il y a cette peur de rechuter. »¹⁵⁶

La prise en charge des personnes âgées victimes de FESF décrite par les professionnels du service révèle son caractère spécifique par rapport à d'autres pathologies et par rapport aux patients plus jeunes. Cette spécificité s'explique par la cause de la fracture, la chute, dont le caractère soudain fragilise la personne âgée. Le caractère invalidant de cette fracture est largement reconnu par les professionnels et en fait une autre spécificité. Enfin, les conséquences de cette fracture et pour ce public sont identifiées comme le syndrome de glissement ou le syndrome post-chute et font l'objet d'une attention particulière : la fracture est révélatrice d'une dépendance et d'un besoin d'aide plus grand.

LES MODALITÉS DE SORTIE D'HOSPITALISATION ET LE DEVENIR POST HOSPITALIER DES PATIENTS AGES

LE MODE DE SORTIE : ACTEURS DE LA DÉCISION ET LES CRITÈRES

Selon les professionnels interrogés, le choix de la sortie dépend toujours de la volonté du patient et/ou de celle de l'entourage. L'équipe ne peut en aucun cas interférer dans cette décision surtout si elle va à l'encontre de sa préconisation : « *il faut aussi respecter le souhait du patient parce qu'il y en a qui ne veulent pas aller en SSR* »¹⁵⁷.

L'assistante sociale intervient le plus souvent pour organiser les retours à domicile des personnes âgées, mais elle nuance en disant « *en traumatologie c'est très varié, on va*

¹⁵³ Brigitte, cadre de santé

¹⁵⁴ Citation chirurgien

¹⁵⁵ Laurence, kinésithérapeute

¹⁵⁶ Lucie, assistante sociale

¹⁵⁷ Brigitte, cadre de santé

intervenir pour des sans domicile fixe, des problèmes de couverture sociale, des gens qui ont fait des tentatives de suicide, pour des gens qui vont être sous tutelle ». Son intervention auprès des patients dépend principalement de la manière dont les signalements lui sont faits

« C'est-à-dire que la première des choses, c'est soit un médecin qui me signale c'est plus rare, mais il arrive pendant un entretien, il va en parler à l'infirmière. Donc en règle générale énormément de personnels soignants, la cadre du service ou alors les familles, il y a très peu de gens qui me sollicitent d'eux-mêmes (...) ce qui est important c'est que je demande à la personne si elle veut me recevoir ». Elle demande à ce que les personnes soient informées de sa venue et s'ils sont d'accord et s'ils souhaitent rencontrer l'assistante sociale pour qu'une relation puisse se créer *« c'est la base de la relation parce qu'après on ne va pas pouvoir travailler* ». Le mode de présentation est essentiel pour le reste de la relation. Elle souligne le fait que ces préconisations soient entendues par l'équipe et surtout suivies. C'est en étant présente quotidiennement sur le terrain et en contact direct avec l'équipe qu'elle a pu *« s'imposer* ». L'assistante sociale qui est le plus souvent en première ligne pour les sorties des patients explique que la demande qui sera émise lors de son appel ne sera pas forcément celle qui sera mise en place :

« Le projet social est souvent bien différent de ce pour quoi on m'a appelé pour la première fois. Ma priorité à moi c'est de faire un état des lieux sur le mode de vie, le contexte à domicile : comment vivent les gens, dans quelles conditions, le logement, les aides en place, comment ils sentaient ce maintien à domicile, s'ils sont entourés, comment ils voient les choses au jour d'aujourd'hui, comment ils se sentent. Et il y a vraiment trois phases, l'avant, le pendant et l'après parce que souvent même dès le départ, vous savez que le retour à domicile ça va être compliqué, les gens se rendent compte que ça va être difficile. Pendant, l'hospitalisation peut être compliquée, ils auront plus de mal à récupérer ou même si c'était des gens autonomes avant, la question du retour à domicile n'est pas envisageable le jour où on vous le demande. » Et il arrive parfois que *« je n'ai pas le choix parce que ce n'est pas la décision de l'assistante sociale de faire sortir les gens. Moi j'ai une prescription médicale. Le médecin me dit « cette personne, elle sort. Point barre* ». Donc soit je vais pouvoir le négocier et dire que ça n'ira pas et il va m'écouter, mais il y a des situations où c'est comme ça, point à la ligne. »

De même un kinésithérapeute témoigne de la prise en compte des préconisations de l'équipe : *« Le suivi de la sortie est pas mal fait parce qu'il y a l'assistante sociale, parce que nous en*

tant que soignants, on peut dire si le retour à domicile est possible ou pas. Donc il y a quand même une concertation entre le reste de l'équipe et nous. Parce qu'on voit bien comment se comporte un malade et on peut même anticiper, savoir comment il va récupérer »

L'assistante sociale résume les possibilités de sortie de ces patients de cette manière : *« Donc en fonction des situations on ne va pas proposer les mêmes prises en charge. C'est-à-dire que pour une même pathologie on peut partir sur deux chemins totalement différents et pas forcément qu'en fonction d'une récupération fonctionnelle, mais aussi en fonction d'un contexte à domicile, de moyen financier, etc. Alors du coup, c'est vrai que pour les équipes c'est difficile à comprendre que financièrement ce n'est pas possible ».*

Un des critères de choix de sortie est le score de Parker qui détermine un degré de dépendance de la personne et en prenant en compte les capacités cognitives et physiques de la personne. Ce score observé à l'entrée et à la sortie du patient permet à l'équipe de choisir telle ou telle option pour la sortie du patient.

Ainsi, « en fonction de ce score, on va décider du devenir du patient. C'est un de nos critères aussi. (...) la gestion de la sortie du patient se fait à l'admission du patient. Avec l'élaboration d'une fiche d'accueil où apparaissent les conditions de vie de la personne (...) de façon très détaillée et avec le Parker (...) donc on évalue vraiment l'état du patient avant la chute et en fonction de ça, ça va définir sur le devenir. (...) Une dame de 75 ans qui a une fracture du col du fémur, qui va avoir une prothèse totale de hanche, qui est entourée et qui a un Parker à 9, elle rentre à la maison. Par contre une personne âgée de 85 ans, qui marchait déjà avec un déambulateur à la maison, qui se fait à la fois une fracture du poignet et une FESF, qui n'a pas un Parker à 9, elle aura besoin d'un SSR. Et après, les demandes de SSR se font très rapidement avec trajectoire¹⁵⁸, souvent le jour même ou le lendemain. Et une fois que l'intervention est faite, on connaît les consignes de rééducation parce qu'il faut savoir si c'est avec appui, sans appui, etc. donc on fait les demandes en fonction »¹⁵⁹. Les critères cités ici concernent donc l'âge du patient ou plutôt l'avancée dans l'âge qui augmente le risque de présenter plusieurs pathologies et un niveau de dépendance plus fort ; les conditions de vie

¹⁵⁸ Trajectoire est le logiciel régional de gestion des demandes pour les places en SSR

¹⁵⁹ Brigitte, cadre de santé

avant la fracture avec les aides humaines et techniques existantes ; le degré d'autonomie à la marche calculé par le score de Parker ; et l'état de santé général avec la présence de comorbidités.

Une infirmière explique également que l'assistante sociale fait le point sur l'autonomie retrouvée avant la sortie grâce à un questionnaire, à l'analyse du dossier médical et aux échanges avec l'équipe soignante et « *évalue le besoin de la personne à domicile et si la personne peut rentrer à domicile après la convalescence.* »

Comme nous l'avons vu, les chutes, premières causes de FESF chez ces personnes âgées, sont dues à l'inadaptation du logement : escalier, étage, ascenseur, sanitaires, équipements, tapis, etc. L'accessibilité et l'adaptation du logement est donc un critère qui déterminera ou non un retour possible à domicile : pour les FESF : « Généralement, il n'y a pas besoin de rééducation si ce n'est la marche.

L'admission en SSR dépendait justement du domicile inaccessible et de l'état de dépendance de la personne. »¹⁶⁰ Les patients les plus dépendants à la sortie d'hospitalisation et ceux dont le logement ne seraient pas aménagés pour diminuer les risques de rechutes sont plus concernés par la prise en charge en SSR. Les séjours dans ces établissements ont une double vocation : la rééducation fonctionnelle du patient et le temps d'un aménagement du logement. De même l'aspect social est pris en compte : « *Dans (le logiciel) Trajectoire, il y a une partie médicale remplie par le médecin et l'infirmière et une partie sociale. On va faire appel à l'assistante sociale quand on sent qu'une situation va être plus difficile notamment en termes de ressources, de revenus, d'environnement. On sait pertinemment qu'il y a des gens qui vivent à domicile de manière limite, limite et qu'on voit mal y retourner. Dans ces cas-là, on sollicite l'assistante sociale et on travaille également avec elle.* »¹⁶¹ L'assistance sociale différencie les retours à domicile impossibles à long terme et les retours à domicile impossibles provisoirement : « *Il faut mettre en lumière la complexité du retour à domicile parce que des fois des choses toutes bêtes, des choses qui vont sembler banales pour le corps médical, la dame rentre elle marche avec son déambulateur. OK la dame marche avec son*

¹⁶⁰ Claire, IDE

¹⁶¹ Brigitte, cadre de santé

déambulateur, elle fait trois pas il faut qu'elle s'assoie parce qu'elle a des vertiges (...) ça veut dire qu'à domicile vous n'avez pas du tout l'environnement qu'on a à l'hôpital (...) L'environnement est une chose très importante dans l'analyse de la situation. Après vous allez avoir tout ce qui est organisation du quotidien. »

Elle dénonce aussi le fait que pour la population la mise en place d'aide semble facile et allant de soi sans prendre les mesures des coûts et donne cet exemple « *pour moi, on peut toujours mettre en place des aides, c'est possible, mais qui paie, comment ?* » Par exemple, la mise en place du portage de repas coûte 10 € le repas, soit 300 € par mois et donc pour quelqu'un qui touche 700 € « *ce n'est pas possible* ».

Une des difficultés pour les professionnels en première ligne lors des sorties reste que les informations sont recueillies oralement auprès des patients eux-mêmes et/ ou de l'entourage : « *L'interrogatoire se fait avec le patient, avec la famille si elle est présente* ». ¹⁶² Il peut s'avérer que ces informations soient fausses, mais l'équipe n'a pas les moyens de vérifier : « *après là où il faut être méfiant et où parfois on se fait avoir, c'est quand vous avez des personnes qui vous disent « oui, oui, y'a pas de soucis, j'ai tout à la maison, y'a l'Abrapa qui apporte le repas, qui fait le ménage et quand vous annoncez la date de départ à la maison (...) vous avez les enfants qui arrivent et qui vous disent « ah non, non, ce n'est pas possible, elle n'a pas d'aide (...) Il y a des personnes âgées qui refusent l'Abrapa, qui n'ouvrent jamais la porte et qui ont zéro aide et qui nous disent qu'ils ont des aides. Donc c'est à nous parfois d'aller vérifier les informations si elles sont fiables (...) et c'est assez fréquent beaucoup de personnes âgées ne veulent pas laisser entrer des étrangers chez eux* ». ¹⁶³ L'idée principale de cette citation est l'importance apportée au déclaratif et à sa subjectivité. L'équipe est consciente des décalages possibles entre le déclaratif des patients et de leur entourage et la réalité quotidienne. Il peut y avoir des soupçons dissipés par la comparaison des différents discours, les données disponibles dans les dossiers d'accueil hospitalier existants, ou les vérifications auprès d'autres organismes comme l'Abrapa, le Conseil Général et les centres sociaux de secteurs. La théorie des ordres négociés est ici bien représentée puisque chaque acteur montre ses capacités pour influencer sur un parcours de soin, sur la trajectoire d'un patient.

¹⁶² Brigitte, cadre de santé

¹⁶³ Idem

Le patient lui-même, conscient que ses conditions de vie et son état de santé ne vont pas de pair avec un retour à domicile peut mentir pour éviter un changement de lieu de vie. L'entourage du patient, souhaitant un changement de lieu de vie et une prise en charge par des professionnels peut également mentir sur les conditions de vie et l'état de santé objectif de la personne âgée. Les professionnels hospitaliers sont, quant à eux, pris dans leur fonction d'organisation des soins dont les impératifs divergent notamment lorsqu'il est question de la sortie d'un patient.

Les sorties des patients âgés sont simplifiées lorsqu'ils sont déjà institutionnalisés :

« *Les personnes vivant en maison de retraite vont rapidement y retourner. (...) Si la personne âgée est en maison de retraite, souvent il y a un kiné qui suit* »¹⁶⁴ et « *Les personnes qui sont en maison de retraite y retournent et (...) et sont parfois contentes d'y retourner parce qu'elles retrouvent leurs habitudes.* »¹⁶⁵ Les retours dans les établissements pour personnes âgées sont plus faciles à organiser, car le suivi médical y est opérationnel et que la rééducation y est assurée. La dernière remarque de Denise est ambiguë et peut être interprétée de deux manières, l'une positive et l'autre péjorative. Pour l'interprétation positive, il semble que les établissements pour personnes âgées soient considérés comme de vrais lieux de vie où les personnes âgées créent leur environnement sécurisant. L'interprétation péjorative est signifiée par le terme « *parfois* » qui peut faire douter sur la bonne qualité de vie des personnes âgées dans ces lieux. Quoiqu'il en soit, les patients hospitalisés vivant en institution ne font pas de séjour en SSR et y retournent de manière organisée.

L'IMPORTANCE DU LOGICIEL TRAJECTOIRE

Ce logiciel gère les demandes des établissements de santé pour les places en SSR dans l'ensemble de la région. L'ensemble des professionnels a fait la promotion de cet outil qui leur facilite les démarches administratives et donc fait gagner un temps précieux lors des préparations de sortie.

¹⁶⁴ Laurence, kinésithérapeute

¹⁶⁵ Denise, aide-soignante

Il y a un avant et un après la création de ce logiciel que les professionnels semblaient plébisciter: « *c'est ce qu'on attendait* ». ¹⁶⁶

Avant l'arrivée du logiciel trajectoire « *le problème c'était qu'il fallait faxer au centre. Chaque centre avait sa propre demande donc ça faisait faire aux médecins des papiers... mais une horreur. On remplissait trois fois des papiers, les infirmières aussi pour l'autonomie du patient. Ensuite il fallait faxer la demande. On n'était jamais sûre que la demande soit arrivée* ». Devant ce souci dans les réceptions des dossiers « *ça nous obligeait à rappeler les centres pour voir où en étaient ces demandes. Le problème c'est qu'on savait que dans certains centres, il y avait la pile « urgent », la pile « bof on ne sait pas trop » et la pile « je ne prendrais pas, mais je n'ai pas le droit de dire non* ». Donc on savait très bien qu'il y avait un tri qui s'effectuait et on avait des patients qui attendaient trois semaines soi-disant pour pas de place, mais quand on envoyait une demande pour une personne plus autonome ou mieux et tout d'un coup il y a une place pour cette personne ». Quand une place avait été trouvée dans un centre, il fallait rappeler les autres pour annuler, « *et ça pour un patient, donc quand vous en avez une vingtaine. Moi je ne savais plus en j'en étais. C'était extrêmement difficile.* » ¹⁶⁷ On peut ici soulever la question des patients que l'on peut qualifier d' « inclassables » dans le sens où leur fort niveau de dépendance, leur état de santé dégradé, leurs conditions de vie antérieures ne permettant pas un retour à domicile immédiat et sans entourage, se retrouvent sans solutions de sortie post-hospitalière et dont la présence dans le service de traumatologie n'est plus justifiée médicalement et chirurgicalement. C'est l'institution hospitalière qui s'organise en trouvant un lit dans tel ou tel service jusqu'à trouver une place à l'extérieure.

Les professionnels interrogés voient donc plusieurs avantages à cet outil de gestion du parcours de soin des patients : l'utilisation régionale permet une amélioration de la coordination des services hospitaliers avec les structures de prises en charge post-hospitalières. L'amélioration est marquée par le remplacement des demandes et des réponses en version papier par l'informatique. Les démarches nécessaires pour trouver une place et le temps pris pour chaque patient sont donc limités.

¹⁶⁶ Brigitte, cadre de santé

¹⁶⁷ Claire, IDE

Ce logiciel est « *facilitateur par rapport au dossier papier (...) Ce qui est difficile maintenant, c'est que le médecin doit remplir sa partie, se connecter à l'ordinateur, etc., mais au niveau du fonctionnement ça n'a rien à voir, c'est plus lisible, vous savez si les demandes ont été envoyées, si elles ont bien été reçues, si elles ont été lues. C'est vraiment un outil facilitateur (...) Au début c'était surtout l'infirmière de bureau qui s'en occupait. Et là, il a fallu s'organiser de manière comment on sait que le médecin a rempli la demande, à quel moment on peut l'envoyer, quand l'infirmière remplit sa partie. Ça a été un peu une inquiétude pour nous* »¹⁶⁸. Le fait que les médecins soient investis est également facilitateur. La traumatologie a été un des services pilotes puisque c'est « *le service qui fait le plus de demandes.* »¹⁶⁹

Les membres de l'équipe ont contribué au perfectionnement du système au fur et à mesure. « *L'outil évolue en fonction des demandes et des retours aussi.* »¹⁷⁰ Deux infirmières précisent également que Trajectoire recherche des centres en fonction de la pathologie de la personne, de l'âge et du lieu de résidence. Il y a des difficultés supplémentaires lorsque les familles ne veulent pas que leur proche aille dans tel ou tel centre parce qu'ils ont entendu dire que la prise en charge y était moins bien et exigent un centre en particulier. Les proches veulent que la personne vienne faire sa rééducation au plus près de chez eux « *pour les arranger eux* »¹⁷¹

Les professionnels estiment que les délais d'attente de réponses des centres facilitent leur organisation, que ce soient des réponses positives ou négatives en fonction des critères de sélection des SSR de leur patient comme le lieu d'habitation, l'âge, et la ou les pathologies ; et en fonction des places disponibles dans chaque établissement.

¹⁶⁸ Lucie, assistante sociale

¹⁶⁹ Idem

¹⁷⁰ Idem

¹⁷¹ Claire, IDE

LES RETOURS À DOMICILE COMME SOLUTION PRIVILÉGIÉE MAIS AVEC DES AIDES PROFESSIONNELLES ET NON PROFESSIONNELLES

Il est affirmé par tous que la personne âgée vit mieux chez elle. Les retours à domicile sont donc privilégiés lorsque cela est possible et que tout est mis en œuvre pour assurer la sécurité du patient : « *Le maintien à domicile, ça veut aussi dire que la personne est en sécurité chez elle* »¹⁷² Il faut garder à l'esprit qu'« *il y a des retours qui ne se passent pas bien, des gens qui décompensent à domicile au bout d'une semaine, il y a des choses qu'on ne maîtrise pas non plus.* »¹⁷³ C'est pourquoi en fonction des éléments déjà cités précédemment (cf. p.156), les aides seront mises en place : « *infirmière, kiné, aide-ménagère, portage des repas. (...) Certains patients arrivent avec un Parker à 2 ou 3 et n'ont aucune aide chez eux. Le retour à domicile n'est pas envisageable avant la mise en place de ces aides par l'assistante sociale du service* »¹⁷⁴ ou « *le retour est envisageable avec un bon entourage d'aide : les infirmières, les gens qui viennent pour la toilette, l'aide-ménagère, etc.* »¹⁷⁵. Comme nous le verrons plus loin (Chapitre 7 : L'entourage des patients, leur place dans le service) l'entourage des patients est en lien avec leur devenir. La présence de proches serait un facteur favorisant le retour à domicile, ou autrement dit, une personne âgée seule aurait plus de difficultés à retourner dans son lieu de vie. C'est ce qu'affirme Lucie, assistante sociale : « *les personnes qui vivent seules et pour qui il faut mettre des choses en place, ce n'est pas toujours évident. Il semble que plus la famille est présente, plus ça se passe bien.* »¹⁷⁶ et un chirurgien « *Les patients vivant souvent seuls à domicile, retour à domicile plus compliqué* »¹⁷⁷.

Le retour à domicile est la solution de sortie la plus envisagée avec un questionnement des professionnels sur le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

¹⁷² Lucie, assistante sociale

¹⁷³ Idem

¹⁷⁴ Tania, IDE

¹⁷⁵ Nadia, IDE

¹⁷⁶ Denise, aide-soignante

¹⁷⁷ Citation chirurgien

Une de ces conditions est la présence d'aide professionnelle et non professionnelle auprès de la personne âgée. Ces aides sont perçues comme les garants du suivi des prescriptions médicales comme les déplacements avec aide, la prise de médicaments ou le suivi d'un régime alimentaire ; de l'aménagement du logement pour prévenir les risques de chute et de surveillance de l'état de santé physique et psychique de la personne âgée.

LE SUIVI MÉDICAL ET LA RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Le suivi des patients passe par des consultations postopératoires chez un chirurgien du service.

Les personnes âgées opérées de FESF reviennent en consultation « *pour enlever les fils ou les agrafes. Elles sont revues en général 6 semaines après l'opération. Certains sont encore en centres six semaines après, et d'autres sont rentrés chez eux. Tout dépend.* »¹⁷⁸ Une infirmière intervenant aux consultations constate que le niveau d'autonomie avant et après l'hospitalisation n'est pas forcément le même « *les ¾ récupèrent leur autonomie surtout pour des clous. Après il y en a certains qui s'enfoncent.* », « *Les patients sont revus en consultation (...) Si les patients marchent en partant du service, il n'y a pas de raison que ça ne continue pas.* »¹⁷⁹

La rééducation fonctionnelle est un temps de transition pour une bonne récupération et un retour à domicile facilité. Le temps de récupération physique pour une personne âgée peut aller jusqu'à trois semaines « *c'est les durées moyennes d'hospitalisation en centres* »,¹⁸⁰ mais parfois plusieurs mois. La récupération peut aller moins vite souvent à cause d'autres pathologies, ou des complications. Le temps de la rééducation permet aux patients de retrouver leur autonomie ou du moins de gérer la perte potentielle de leur autonomie, mais aussi d'organiser un retour à domicile avec la mise en place d'aides professionnelles et matérielles.

¹⁷⁸ Claire, IDE

¹⁷⁹ Laurence, kinésithérapeute

¹⁸⁰ Claire, IDE

C'est ce que constate Laurence, kinésithérapeute « *Les personnes âgées qui vivent seules ou pratiquement seules, on trouvera plus une possibilité en SSR pour leur redonner l'autonomie quand on estime qu'il y a une autonomie antérieure suffisante (...) En général, les personnes ont encore le temps de la rééducation pour progresser.* », et Denise, aide-soignante : « *Il y a aussi généralement un séjour en SSR qui laisse passer du temps entre l'hospitalisation et la mise en place d'aide à domicile.* »

Lucie, assistante sociale, pense « *qu'il y a de nombreuses personnes âgées qu'on fait rentrer à domicile et qui devraient passer par un centre de réadaptation deux, trois semaines avant de rentrer et du coup on aurait beaucoup moins de problématiques de retour à domicile* ». Ces problématiques concernent principalement les risques de décompensation et de rechute ainsi que les délais de mise en place des aides humaines et matérielles. Des partenariats ont été créés avec trois centres de rééducation fonctionnelle, ce qui permet une meilleure gestion des sorties : « *On a des réponses plus ou moins rapides, c'est un peu ça le souci. Néanmoins sur la CUS on a des établissements avec qui on travaille (...) On essaie d'avoir des réseaux comme avec Schutzenberger, la clinique du Ried, ou Sainte Odile (...) On a un peu nos filières on va dire, sachant que maintenant aussi les SSR sont spécialisés dans tel ou tel domaine, c'est assez spécialisé.* »¹⁸¹ Le pavillon Schutzenberger à Strasbourg est spécialisé en gériatrie, les deux autres établissements cités sont polyvalents et prennent en charge des patients présentant diverses affections.

Les établissements de soin de suite et de réadaptation peuvent se spécialiser depuis les décrets de santé publique d'avril 2008. À titre d'exemple local le centre de réadaptation fonctionnelle de Schirmeck s'est spécialisé en cardiovasculaire ou la maison de santé Bethel à Oberhausbergen est spécialisée en oncologie. Pour les retours à domicile, c'est l'assistante qui a ses réseaux « *Il y a des secteurs avec qui on travaille bien et on est en réseau* ». Elle va travailler avec les assistantes sociales de secteur, avec les maisons des aînés, les espaces seniors pour essayer « *de vérifier comment se passe ce maintien à domicile* ». Elle précise tout de même « *On va avoir quelques situations comme ça ponctuelle qu'on va suivre pendant des mois voire des années, mais on ne peut pas faire ce suivi pour tout le monde* » par manque de temps et parce que toutes les situations ne sont critiques.

¹⁸¹ Brigitte, cadre de santé

D'où l'importance du travail en réseau. Elle illustre par l'exemple d'une dame qui est retournée à domicile sans eau, sans électricité, dans un logement insalubre. L'assistante de secteur avait signalé que le retour était possible parce que cette dame vivait déjà depuis cinq ans dans ces conditions. La situation de cette patiente à domicile était jugée comme non problématique, car il n'y avait pas eu d'autre incident avant la fracture. On peut supposer une subjectivité des professionnels dans leur définition de conditions de retour à domicile problématiques. Lucie reçoit des retours de situations seulement lorsqu'il y a un problème « *quand tout va bien, on n'en a pas et on suppose que tout va bien. Quand tout va mal, on vous appelle tout de suite.* » Il y a des secteurs qui font le suivi quasi systématique par mail, d'autres ne font aucun retours, et d'autres seulement lorsqu'il y a un problème.

Pour les fractures du col du fémur, les aides à domicile sont ponctuelles et concernent les sorties d'hospitalisation, c'est pourquoi elle a créé « *des partenariats efficaces, c'est-à-dire que pour un lit médicalisé on peut vous le faire livrer dans la journée, voire le lendemain* ». Pour les infirmières, le plus souvent les gens en ont déjà une ou en connaissent. Elle essaie de créer des partenariats avec des cabinets infirmiers qui s'ouvrent ou qui se développent. Pour les aides à domicile, « *vous allez avoir des services qui vont intervenir plus rapidement, d'autres non* », mais cela dépend aussi de la partie financière. Donc, elle travaille aussi avec des caisses de retraite qui « *sont conventionnées avec certaines associations* » pour les avances de frais. Par exemple la CRAV a quatre ou cinq partenariats. Enfin, l'assistante sociale souligne « *C'est plus compliqué pour trouver une place en maison de retraite (...) et ça nous arrive de plus en plus* ».

On comprend, grâce à ces éléments, que le parcours de soin notamment post-hospitalier dépend largement de logiques partenariales créées et maintenues par une personne clé : l'assistante sociale du service. Cependant, cette dernière est contrainte à plusieurs niveaux dans la création de partenariats notamment économique puisqu'il faut trouver des structures de remboursement des frais pour les personnes âgées. Dans ce cadre, on peut se demander comment les personnes âgées peuvent négocier leur trajectoire et quels impacts aurait le départ de cette professionnelle dans l'organisation du service et dans l'organisation extérieure des sorties d'hospitalisation.

L'ADAPTATION D'UN SERVICE A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES URGENCES

De manière générale et comme dans n'importe quel autre service hospitalier, le vieillissement de la population se fait remarquer. La problématique « gériatrie » est bien ancrée dans le service, puisque les patients sont de plus en plus vieillissants et l'adaptation a été nécessaire.

C'est ce qu'affirme Brigitte, cadre de santé : « 60 % de l'activité de traumatologie concerne les personnes âgées. La moyenne d'âge des patients accueillis est très élevée. » et Claire, IDE, « La proportion de personnes âgées vues dépend du chirurgien et de leur spécialité. Mais on a quand même beaucoup, beaucoup de personnes âgées. ».

Plusieurs professionnels ont d'ailleurs noté une idée fautive sur les patients accueillis en traumatologie. Dans l'imaginaire d'un grand nombre de personnes et même de professionnels de santé, « la traumato c'est des jeunes accidentés »¹⁸² or c'est bien l'inverse : le service accueille principalement des patients âgés à très âgés :

« Souvent quand on arrive dans le service, on est persuadé qu'il n'y a pas de personnes âgées (...) ben non, 60 % de la traumato c'est quand même des personnes âgées. »¹⁸³.

Les actes chirurgicaux sur les personnes de 75 ans ou plus représenteraient plus de la moitié des interventions dans l'année.¹⁸⁴

Du fait de l'accueil de la population âgée, l'ensemble de l'équipe doit s'adapter. Des groupes de travail se sont mis en place de manière volontaire afin de former et d'informer les personnels et d'améliorer les pratiques et les prises en charge. Des référents sont ainsi nommés et identifiés. Il existe donc des référents « personnes âgées » pour les soignants, un référent « douleur », un référent « alimentation », un référent « médecine », un référent « logiciel trajectoire », un référent « hygiène ». Du fait du turn-over important des personnels, il est nécessaire de toujours informer et former les équipes.

¹⁸² Claire, IDE

¹⁸³ Brigitte, cadre de santé

¹⁸⁴ Citation chirurgiens

Les avantages de ces référents est bien la transmission des savoirs et des bonnes pratiques auprès d'un grand nombre professionnels. Ces thématiques étant en lien avec les problématiques quotidiennes d'un service. L'inconvénient serait qu'une multiplication de ces référents pourrait interférer dans l'activité principale pour chaque professionnel. Cela étant dit, aucun professionnel interrogé n'a exprimé d'inconvénient à ces référents. Un groupe « personne âgée » s'est constitué avec essentiellement des infirmières et des aides-soignantes : « *généralement ce sont des agents qui ont une expérience des personnes âgées, qui connaissent.* »¹⁸⁵ Des formations sur les pathologies et les spécificités de la prise en charge des personnes âgées ont été mises en place avec la vacance du gériatre.

Un autre travail sur les risques liés à l'état cutané avec un aspect prévention des escarres a été initié tout comme un travail sur la bientraitance avec ce qui est devenu l'unité mobile gériatrique et un médecin gériatre une fois par semaine dans le service.

Aussi, une diététicienne informe sur les risques nutritionnels de la personne âgée et une kinésithérapeute sur les bonnes installations des patients : « *Ce sont des choses qui étaient indispensables dans la prise en charge des personnes âgées, donc c'est pour ça qu'on a constitué des groupes de travail* »¹⁸⁶ L'ensemble de l'équipe a spontanément évoqué le travail d'équipe primordial au bon fonctionnement du service et surtout à la bonne prise en charge des patients : « *la culture d'équipe est un moteur* »¹⁸⁷. Des collaborations spécifiques se créent entre les soignants et non soignants. Par exemple, les infirmières et les aides-soignantes travaillent en binômes auprès des patients quand les chirurgiens collaborent davantage avec les infirmières et les secrétaires. D'autre part, les différentes professions interagissent si nécessaire :

- une aide-soignante et un kinésithérapeute « *lorsqu'il faut lever la personne notamment s'il y a eu prothèse de hanche. En général c'est le kiné qui fait le premier lever. Pour les clous*

¹⁸⁵ Brigitte, cadre de santé

¹⁸⁶ Brigitte, cadre de santé

¹⁸⁷ Nadia, IDE

gamma, tout ça, c'est nous qui pouvons les lever, à moins qu'il y ait une difficulté avec une personne très raide »¹⁸⁸.

- une aide-soignante et l'assistante sociale : *« L'assistante sociale peut passer à la demande du soignant ou du patient ou de la famille et mettre en place des aides, voire les différentes options. »¹⁸⁹*

- une infirmière et les médecins : *« Après on est aussi en relation directe avec les médecins, parce qu'il faut savoir que le médecin de garde on peut l'appeler à n'importe quel moment du jour et de la nuit pour un problème ou pour un avis. Le matin, on ne les voit pas trop parce que les chirurgiens sont au bloc opératoire, mais on a toujours l'interne de garde, un médecin, un interne dans le coin. L'après-midi, ils sont un peu plus présents et il y a les anesthésistes qui sont là ou qui sont disponibles (...) et j'ai envie de dire que c'est surtout nous qui sommes disponibles pour eux ».¹⁹⁰*

- une kinésithérapeute avec les chirurgiens : elle est en relation *« tous les jours avec les chirurgiens. Il y a une visite les après-midi où les échanges sont possibles. »* et elle peut aiguiller si besoin sur la prise en charge du patient et demander un avis. Elle a aussi de *« nombreux échanges avec l'équipe soignante et l'assistante sociale (...) à tout moment de la journée ».*

- une diététicienne avec les soignants en général : *« On s'est rendu compte qu'il fallait être plusieurs pour optimiser la prise en charge nutritionnelle. Que ce n'était pas seulement un problème de diététique et de repas parce qu'il y a plein de choses autour, la stimulation (...) J'ai toujours eu de la chance, parce que dans ce service il y a des personnels sensibles à tout ça et en plus un chef de service à l'époque et ça continue maintenant encore (...) Assez souvent on me demande de faire une petite formation ».*

- une diététicienne et l'assistante sociale : elle travaille en *« étroite collaboration avec l'assistante sociale »* qui peut la solliciter suite à une entrevue avec un patient *« parce qu'elle*

¹⁸⁸ Denise, aide-soignante

¹⁸⁹ Idem

¹⁹⁰ Tania, IDE

est aussi souvent en contact avec la famille et elle est souvent mon lien avec la famille. Et c'est très important de travailler avec l'assistante sociale ».

- une diététicienne et les kinésithérapeutes : elle explique que lorsque les kinésithérapeutes font marcher la personne, ils discutent et demandent si elle mange bien. *« Et souvent, ça leur arrive de chercher un p'tit yaourt et de le donner à la dame ou au monsieur »*

- un médecin des soins continus travaille en collaboration avec le praticien qui a géré le problème chirurgical.

-l'assistante sociale et les soignants : elle estime être relativement bien identifiée par les soignants, mais doit organiser des réunions d'information notamment auprès des nouveaux agents :

« Avec les anciens, ça fonctionne bien parce qu'effectivement on a trouvé un mode de fonctionnement, elles savent quand m'appeler, comment repérer les situations. Quand ne pas m'appeler aussi parce qu'il y a des choses en tant que soignants qu'elles doivent être en capacité de faire et qui est important qu'elles fassent en tant que soignants parce qu'elles ont, pour nous en tout cas, un rôle qui est très important, pendant les soins, discuter avec les gens. Pour moi, elles ont rôle central dans ce cheminement. Après, avec les nouvelles c'est un peu plus compliqué, parce qu'il faut leur expliquer comment on fonctionne, même si elles viennent d'autres unités, ce n'est pas la même chose, ce n'est pas la même prise en charge. Si vous venez d'un service de médecine en chirurgie, ce n'est pas du tout la même chose. Donc on essaie de faire des formations un peu régulièrement ». Ces relations sont indispensables dans les deux sens : pour elle, intervenir de manière optimale et pour les soignants, ne pas rester avec une situation qu'ils jugent compliquée et pour laquelle ils n'ont pas de réponses appropriées et *« comme elles n'ont pas vraiment le temps de discuter entre elles, c'est bien qu'elles aient des repères »*

Les interactions entre les différents professionnels permettent de gérer au mieux et de manière personnalisée la prise en charge.

Comme expliqué plus haut, les interactions entre les professionnels sont bien développées, et ce pour la qualité de la prise en charge. Ces interactions sont évidemment indispensables puisque chacun a ses fonctions et compétences propres et surtout va créer des relations particulières avec les patients.

On peut constater une asymétrie des relations entre les patients et les infirmières et aides-soignantes et entre les patients et les médecins ou chirurgiens. Ces derniers jouissent d'une certaine image, presque sacralisée, auprès des patients qui se confient nettement moins qu'avec les infirmières et aides-soignantes. Brigitte, cadre de santé, exprime cette asymétrie de cette façon : « *Ah bien, pour elles, le médecin c'est « Dieu », le chirurgien. Donc tout va bien quand le chirurgien vient (...) et vous passez trois minutes après « ah y'a ça, y'a ça ». De façon générale chez la personne âgée, elle ne dira rien, parce que le médecin c'est « Dieu », surtout le chirurgien. Elles passent toujours par l'intermédiaire de l'infirmière.* » De même, Claire, IDE, reprend « *Beaucoup de patients nous disent des choses (...) ils ont plus tendance à se confier à nous et quand ils voient le chirurgien tout d'un coup ils n'osent plus. Donc c'est souvent nous qui faisons la relation entre le chirurgien et le patient* ». L'asymétrie est expliquée par l'incompréhension du langage chirurgical par les patients comme l'explique Tania, IDE : « *Le soucis aussi souvent c'est que nos médecins ne vont pas les voir pour leur expliquer. Ou alors, les médecins y vont, mais n'adaptent pas leur langage. Ils vont parler ostéosynthèse et tout, mais ils [les patients] ne comprennent pas. En plus ils ont cette image du médecin à qui il ne faut pas dire qu'on a mal, qu'on ne va pas bien. Alors ils voient les médecins, tout va bien et quand on passe derrière cinq minutes après « ah ben j'ai mal », « j'suis constipé ». « Mais vous l'avez dit au médecin ? » « Mais non je lui ai dit que ça allait. » « Mais pourquoi ? » « Bien, c'est le médecin (...) Ils ne comprennent pas non plus parfois ce que le médecin raconte et n'ose pas demander d'explication ou poser des questions ils acquiescent, oui, oui, oui et quand on passe derrière « j'ai rien compris ». Et nous on ne pas dire parce qu'on n'était pas avec eux lors de la visite.* ». La question de la présence d'une infirmière lors des consultations chirurgicales est ici posée. Il semble impossible à l'heure actuelle de l'envisager puisque cela viendrait à attribuer une infirmière par patient disponible tout au long du séjour. Le langage utilisé par les médecins ne semble pas être compris par les patients qui vont alors chercher les informations ou des précisions auprès des infirmières et aides-soignantes. Les patients semblent actifs dans la recherche d'information sur leur traitement et procèdent donc à des négociations avec des personnels soignants plus présents pendant leur séjour : Claire, IDE dit « *Le chirurgien parlera vraiment en mots techniques ou rapidement aussi et du coup la personne n'aura pas compris et n'aura pas eu le temps de comprendre (...) On reprend souvent ce que le chirurgien a dit* », comme Denise, aide-soignante : « *Les médecins ne se rendent pas forcément compte que les patients ne les comprennent pas. Ils ont tellement l'habitude de parler dans leur jargon. Bon, après il*

y en a qui font l'effort de... Mais d'autres... » Certains chirurgiens semblent être plus conscients des difficultés des patients à comprendre le langage médico-chirurgical et tentent d'être plus abordables. Les échanges avec les infirmières et aides-soignantes sont favorisés pendant les soins ou les toilettes : « les discussions sont favorisées pendant les pansements ou les plâtres. (...) On voit aussi des patients trois fois par semaine, donc il y a un climat de confiance qui se fait. C'est une autre approche »¹⁹¹.

Le côté relationnel est bien plus présent et propre à l'activité des infirmières : « On n'a pas fait infirmier pour ne pas faire de relationnel. Toute cette part relationnelle, on le sait et on le veut »¹⁹² Les chirurgiens ont plus l'habitude des patients « endormis ». Ceci dit, la communication entre infirmière et médecin est développée. Les médecins savent bien que des informations nécessaires ne seront accessibles que par les infirmières et les aides-soignantes: « On connaît mieux les patients que eux. Eux ils connaissent la pathologie, l'intervention ; le patient en lui-même dans son identité, dans sa façon d'être et de faire c'est nous [qui connaissons]. C'est des trucs parfois basiques comme des problèmes de comportements ou de transit. »¹⁹³ et « Beaucoup de chirurgiens se reposent sur nous à cause de ça, ils nous font confiance »¹⁹⁴. Les infirmières peuvent intervenir sur les prescriptions comme demander ou non un traitement chimique ou antalgique, « c'est pareil, c'est le médecin qui va prescrire, mais c'est nous qui savons à quel moment lui administrer, quand il sera le plus algique, etc., etc. »¹⁹⁵ Il est ici intéressant de développer cette division du travail caractérisée par des ordres négociés. On comprend que les infirmières et les aides-soignantes, plus présentes auprès des patients, interviennent auprès des médecins pour redéfinir certaines tâches comme l'administration d'un traitement.

¹⁹¹ Claire, IDE

¹⁹² Idem

¹⁹³ Nadia, IDE

¹⁹⁴ Claire, IDE

¹⁹⁵ Nadia, IDE

Dans le même temps, les chirurgiens délèguent aux infirmières une partie de leur activité comme l'explication des traitements ou des gestes techniques. Les théories d'E. Hughes¹⁹⁶ et d'AM. Arborio¹⁹⁷ sur le glissement des tâches et le « dirty-work » sont transposables à ce service. Cette organisation de l'activité fonctionne, car l'ensemble des parties y adhère.

LES SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

La première spécificité évoquée est une régression ou une altération de la personne âgée lors d'une hospitalisation. Le changement d'univers que provoque l'hospitalisation entraîne une régression de l'état général de la personne âgée. Entrent en ligne de compte le changement de lieu de vie, de décors, de personne intervenant dans sa prise en charge, de rythme (repas, toilette, réveil...), d'alimentation, etc. Comment les soignants font-ils face à cette régression ? L'hospitalisation est-elle un facteur favorisant la dépendance et rendant une prise en charge de cette dépendance spécifique ? Le désinvestissement qui peut en découler dans les soins entraîne une perte des chances de guérison ou de reprise d'un état satisfaisant pour un maintien à domicile. L'aggravation de la dépendance, la dénutrition ou les escarres sont des risques liés à l'hospitalisation.

La dénutrition des personnes âgées est un problème majeur de santé publique, car sa prévalence est importante, qu'elles vivent à domicile, en institution ou à l'hôpital. L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa)¹⁹⁸ en janvier 2009 estime que la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées est d'environ 4 % à 10 % à domicile, 15 % à 38 % en institution et 30 % à 70 % à l'hôpital.

¹⁹⁶ HUGHES, E.C. *Le regard sociologique*. Essais choisis, textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulie. Paris : éditions de l'EHESS. 1996, 344 p.

¹⁹⁷ ARBORIO, A.-M. *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Economica, 2012, 360p.

¹⁹⁸ AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRES DES ALIMENTS Avis sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle. Maison Alfort, 9 janvier 2009, 32 p.

Ces différences s'expliquent par la variété des sources utilisées (études épidémiologiques européennes et américaines) et des méthodes de diagnostic de la dénutrition utilisée : « *Le diagnostic de dénutrition repose sur des critères anthropométriques et biologiques ou sur le score MNA TM. Un seul de ces critères suffit à poser le diagnostic de dénutrition chez la personne âgée :*

- *perte de poids supérieure ou égale à 5 % en trois mois , ou supérieure ou égale à 10 en 6 mois,*
- *indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 21,*
- *Albuminémie inférieur à 35g/l,*
- *score de MNA TM inférieur à 17 »¹⁹⁹*

En institution la dénutrition est souvent présente dès l'admission, ce problème s'aggravant alors avec la durée du séjour. Les facteurs qui influent la prévalence de la dénutrition sont les caractéristiques des résidents, en termes de niveau de dépendance et de sévérité des pathologies, mais également la qualité de la prestation alimentaire et le temps dont disposent les soignants pour l'aide à l'alimentation. Il a été bien mis en évidence chez la personne âgée que la dénutrition est associée à une augmentation de la morbi-mortalité. Ses conséquences sont nombreuses : diminution de l'autonomie, risque accru de développer des escarres, facteur majeur d'immunodépression, altération du statut nutritionnel prédisposent aux troubles de la marche, aux chutes et aux fractures, à la dégradation de la qualité de vie, à l'augmentation de la mortalité à domicile et en institution. La prévention de la dénutrition des personnes âgées est depuis quelques années prise en compte dans les politiques publiques. La problématique de la dénutrition est inscrite dans le premier Programme national nutrition santé (PNNS – 2001) et également dans le second et le troisième PNNS (2011 – 2015) qui a pour objectif de réduire, en population générale, en cinq ans, le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :

- de 15 % au moins pour les plus de 60 ans ;
- de 30 % au moins pour les plus de 80 ans.

¹⁹⁹ AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRES DES ALIMENTS Avis sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle. Maison Alfort, 9 janvier 2009, p.3

En Alsace, la problématique de la dénutrition chez les personnes âgées est inscrite dans le projet régional de santé 2012-2016. La priorité n°6 « Favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile » inclut comme objectif de développer les actions de prévention de la dénutrition chez la personne âgée en proposant notamment :

- de favoriser le dépistage, en s'appuyant sur les acteurs intervenant à domicile et en informant le grand public sur les causes et risques de la dénutrition ;
- d'adapter les outils d'éducation thérapeutique au public âgé ;
- d'assurer la diffusion des recommandations de bonne pratique auprès des professionnels.

En Alsace, une étude sur cette thématique a été menée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2012. L'objectif est de connaître les pratiques de prise en charge de la dénutrition dans ces établissements et d'obtenir des données pour le calcul de prévalence. Les résultats de cette étude ne sont pas encore publiés. Les risques de dénutrition, de malnutrition et la prévention de l'ostéoporose ont été principalement évoqués par une diététicienne du service. D'autres professionnels ont cité ces interventions comme une cadre de santé qui avait travaillé avec elle sur le thème des risques nutritionnels de la personne âgée en 2004. Les patients âgés peuvent arriver dans le service dénutris ou malnutris ou alors peuvent se dénourrir en cours d'hospitalisation « *surtout lorsque les durées de séjour sont longues et ça, c'est un gros problème à l'hôpital* » comme l'explique Maria, diététicienne. Dans le service, une diététicienne a à faire à des personnes qui ne mangent pas, car elles sont traumatisées physiquement et moralement « *c'est un choc pour eux de venir à l'hôpital quand ça n'était pas prévu et du coup, il faut les stimuler et leur rendre l'appétence.* » C'est pourquoi elle a participé à l'élaboration de « *menus séniors* » pour les patients à partir de 70 ans. Ces menus étaient jusqu'il y a trois ans des plateaux avec demi-portion et un certain équilibre dans la composition des repas. Par exemple, toujours un laitage (yaourt, fromage) au petit déjeuner, au déjeuner, à la collation. Le soir, les menus sont adaptés aux personnes âgées puisqu'il s'agit souvent de plats où la viande est cachée ou n'est pas apparente (hachis parmentier, lasagnes). Certains aliments, comme le blé qui n'était pas très apprécié, ont été enlevés, certains hors-d'œuvre trop durs remplacés par des plats plus tendres. Ces menus sont maintenant proposés à l'ensemble des HUS puisqu'il n'est plus possible d'avoir un menu spécial pour le service. Dans le cadre du menu sénior, une collation à 15 heures a été mise en place :

« la collation sénior et c'est toujours un laitage à fort pouvoir calorique et calcique et un petit gâteau ». Une diététicienne déplore d'ailleurs le changement d'organisation dans les cuisines puisqu'il n'est plus possible d'avoir ces demi-portions.

Or sur le plan psychologique des personnes âgées, les demi-portions étaient importantes. Les personnes âgées se retrouvent devant un plateau trop grand, le même que pour un jeune, sous la forme de barquettes « *du coup elles n'ont plus faim du tout.* » Avec les demi-portions, même lorsqu'elles n'avaient pas faim, « *elles arrivaient au bout de leur plateau, elles étaient contentes parce qu'elles avaient le sentiment que ça allait bien, qu'elles allaient s'en sortir parce qu'elles mangeaient la totalité du plateau. Là avec les grands plateaux, elles ont un problème de gaspillage, elles ne supportent pas, elles se disent qu'elles n'ont pas beaucoup mangé, et la famille dit « mais tu n'as rien mangé », « Une difficulté dans l'activité d'une diététicienne est la bonne pratique, notamment avec les patients confus et où il y a un réel manque de communication, « le dialogue est difficile ». Elle essaie alors d'adapter avec les textures notamment pour éviter les fausses routes. « Une personne confuse, on ne peut pas faire le recueil de non-goût (...) donc on va mettre en place une alimentation qui nous semble à nous la plus adaptée et le plus souvent c'est une alimentation lisse, mixée et de fait on va enrichir »*

Une autre spécificité bien connue de la littérature et des soignants est le lien entre avancée dans l'âge et augmentation des pathologies. Cette réalité se ressent donc le service, comme en témoignent plusieurs interviewés : « *Très souvent, ils sont multipathologiques donc ils ont des traitements, beaucoup d'antécédents, hypertension, du diabète, des choses à prendre en considération, une hypoacousie très souvent, des problèmes de vue* »²⁰⁰, « *Ce sont des gens qui ont déjà de gros antécédents* »²⁰¹.

La problématique des comorbidités a été largement évoquée par les chirurgiens : « *prise en charge des comorbidités associées* », « *adaptation des traitements aux comorbidités* », « *plus de problèmes médicaux à gérer* ». Les patients âgés et notamment ceux victimes de FESF sont plus fragiles que les patients plus jeunes.

²⁰⁰ Nadia, IDE

²⁰¹ Agnès, médecin

En outre, d'autres problèmes ont été évoqués de manière plus isolée. Par exemple, une kinésithérapeute : « *les patients ont des antécédents très lourds et une obésité assez importante et ça c'est un travail pour nous de plus en plus lourd, très physique.* »²⁰². Les kinésithérapeutes ont besoin d'être souvent à deux « *pour ne pas s'abîmer et pour ne pas mettre les patients en danger. C'est une charge de travail et qui ne s'est pas améliorée, au contraire* ». Pour le médecin responsable des soins continus, les décompensations cardiaques ou pulmonaires sont courantes : « *(l'opération) qui fait décompenser ; des pathologies très connues : le cœur, le poumon, un peu moins sur le plan neurologique ou sur le plan abdominal, on a pas mal de décompensation de ce côté-là* ». Les états de confusion liés au changement d'environnement, ou au post-opératoire et le syndrome de départ ont été aussi cités par quelques soignants. Les patients âgés sont plus sujets à des troubles confusionnels liés aux différents changements induits par le traumatisme de la fracture et l'hospitalisation. Il leur faut alors s'adapter au nouvel environnement, aux personnels, aux rythmes. Cette adaptation est plus longue que pour les patients plus jeunes. Il est à noter que les patients polytraumatisés présentent également ces troubles et parfois même plus longtemps, troubles principalement dus aux multiples traumatismes. Pour les personnes âgées, la désorientation peut également être un symptôme de troubles cognitifs type maladie d'Alzheimer ou démence. La prise en charge « *n'est pas facile pour les personnes âgées qui sont souvent désorientées ou qui ont déjà des maladies d'Alzheimer.* »²⁰³ La fiche d'accueil remplie par les soignants à l'arrivée du patient dans le service mentionne et distingue les troubles cognitifs, la démence et la confusion. Les états confusionnels se manifestent également davantage pour cette population en post-opératoire : « *les troubles du comportement plus fréquents en post-op* »²⁰⁴.

²⁰² Laurence, kinésithérapeute

²⁰³ Nadia, IDE

²⁰⁴ Citation chirurgien

Il existe enfin le syndrome du départ « *quand elles savent qu'elles partent, le jour d'avant ou le jour même, il y a souvent des p'tits trucs qui se passent et on parle de syndrome de départ. Elles sont stressées, le fait d'aller vivre ailleurs.* »²⁰⁵

Plusieurs professionnels ont évoqué des problèmes spécifiques aux patients âgés liés à l'anesthésie. La surveillance postopératoire « immédiate » est plus intensive que pour les patients plus jeunes, même si « *chaque patient réagit différemment* »²⁰⁶ : il est nécessaire de surveiller la conscience, les paramètres vitaux (pulsations, tension, saturation), la température pour les risques infectieux, et la douleur. De même, les soignants vérifient si le patient urine, car en fonction des anesthésies, les possibilités de rétention urinaire qui peut être source de confusion chez la personne âgée augmentent. Les pansements et les drainages sont surveillés pour éviter les risques hémorragiques. Les « *suites opératoires sont plus difficiles* »²⁰⁷ et l'unité des soins continus est alors sollicitée « *les patients très âgés, au-delà de 90 ans, c'est rare qu'ils ne passent pas dans le service en post-op.* »²⁰⁸ De même, les temps de reprise fonctionnelle plus ou moins longs semblent être une préoccupation pour certains professionnels. Les patients âgés nécessitent une rééducation souvent plus longue que les patients plus jeunes. Cette rééducation est prise en charge soit au domicile de la personne, soit dans un centre de rééducation. Les durées de séjours élevées pour les patients âgés s'expliquent notamment par les difficultés à mettre en place les aides nécessaires à un retour à domicile ou une place en centre de rééducation, et par les comorbidités associées, mais pas forcément à une reprise fonctionnelle plus longue. Ceci dit, plusieurs interviewés ont spécifié la nécessité d'une prise en charge gériatrique dans les services de chirurgie « *parce qu'on ne peut pas se calquer sur des gens 30, 40 ans. Ce n'est pas possible* »²⁰⁹

²⁰⁵ Denise, aide-soignante

²⁰⁶ Tania, IDE

²⁰⁷ Citation chirurgien

²⁰⁸ Agnès, médecin

²⁰⁹ Lucie, assistante sociale

Il faudrait un service de « *gériatrie orthopédique comme on peut faire dans d'autres services pour adapter effectivement la prise en charge, le personnel, etc. Parce qu'on ne peut pas être du tout dans les mêmes délais, les retours à domicile, oui ils peuvent se faire, mais des fois ça prend plus de temps. Il faut laisser un peu plus de temps aux gens avant de rentrer et malheureusement, on n'en n'a pas ici. C'est une annexe des urgences, il faut que ça aille vite, il faut que ça tourne ; la semaine dernière, il y avait 15 externalisés dans les autres services donc là on vous demande de vider les lits* ». ²¹⁰ Un chirurgien insiste sur le « *potentiel de cicatrisation* » moins performant qui est à prendre en compte avec plus de considération dans la prise en charge des patients âgés.

Une des principales préoccupations de l'équipe est l'évitement des complications du décubitus : les « *phlébites, les problèmes de peaux, d'escarres.* » ²¹¹, le maintien d'un niveau d'autonomie propre à chaque patient « *On essaie d'adapter au maximum et d'individualiser* » ²¹² et l'évitement des syndromes de glissement. L'autonomie doit être maintenue au maximum pour que la personne âgée puisse retrouver le mode de vie antérieur. Ainsi, que ce soit pour la marche ou l'alimentation, « *on essaie de développer l'autonomie. On sollicite les familles entre autres, le soir quand elles sont là.* » ²¹³ L'équipe doit stimuler dans une juste mesure. Par exemple, une aide-soignante explique que certaines personnes âgées souhaitent avoir des protections, notamment la nuit, pour « *ne pas salir et il y en a qui ont peur de déranger, qui ont peur de sonner (...)* Il faut alors leur spécifier que ce n'est que temporaire et qu'il est indispensable de sonner pour aller aux toilettes. » Un kinésithérapeute explique également que l'objectif, surtout pour les personnes âgées, est d'essayer de connaître le degré d'autonomie antérieur grâce au score de Parker « *à partir de ça on va vraiment savoir ce qu'on pourra lui demander et jusqu'où on pourra l'amener dans sa rééducation.* »

Si l'interrogatoire n'est pas possible, elle regarde dans le dossier pour avoir des éléments. « *On les stimule beaucoup* » parfois les patients ont peur de remarcher « *on doit parfois user*

²¹⁰ Idem

²¹¹ Laurence, kinésithérapeute

²¹² Denise, aide-soignante

²¹³ Brigitte, cadre de santé

de beaucoup de psychologie, quelquefois il faut être ferme, d'ailleurs souvent. Mais le but, c'est vraiment de les faire sortir du lit. » Les syndromes de glissement ont été évoqués par plusieurs professionnels, notamment en référence aux personnes âgées victimes de FESF (cf. p.146).

Une des conséquences de l'ensemble de ces spécificités est que le temps de prise en charge est nécessairement plus long, puisque le patient âgé est plus lent du fait de l'âge, il faut *« plus de temps pour les lever, pour l'alimentation, il faut les installer. »*²¹⁴ *« Obligatoirement on est obligée de s'adapter, il faut parler doucement, il faut se rapprocher, il faut prendre du temps. Il faut parfois jouer, faire appel à des processus d'interprétation. Une personne qui est plus jeune va pouvoir nous dire « je prends ça, ça, ça »*²¹⁵ ; *« pour aller aux toilettes, c'est plus long qu'avec un jeune de 25 ans (...) Tout ce qui est soins au quotidien, de base, la toilette, etc. tout est beaucoup plus lent, beaucoup plus long. »*²¹⁶ Le temps pour la communication et la bonne compréhension est également plus long. Denise, aide-soignante, nous donne quelques raisons *« Oui, il y a besoin d'une attention particulière pour la prise en charge de la personne âgée. Pourquoi ? Parce qu'elle entend mal, elle voit mal, elle ne comprend pas tout donc il faut prendre énormément de temps dans la communication. Souvent elle est déficiente d'un côté ou d'un autre »*. Ce soignant est le seul à mettre l'accent sur les problèmes de perception visuelle des personnes âgées qui sont pourtant des facteurs de risque prédisposant des chutes. Un chirurgien va dans le même sens en affirmant qu'il faut *« plus d'attention et d'explication pour s'assurer de la bonne compréhension »*. Ce temps dans la communication s'explique notamment par la désorientation et le besoin d'être rassuré plus fréquent pour les personnes âgées : *« elle a besoin d'être rassurée, il faut aller à son rythme »*²¹⁷ , *« Quelquefois on est obligée de rester avec une personne parce qu'elle veut nous tenir la main (...) Quelquefois des personnes nous redemandent la même chose toutes les minutes, donc on répète. C'est aussi difficile pour nous parce qu'il faut prendre sur soi, on sait que la*

²¹⁴ Denise, aide-soignante

²¹⁵ Nadia, IDE

²¹⁶ Brigitte, cadre de santé

²¹⁷ Brigitte, cadre de santé

personne n'y peut rien (...) donc on répète »²¹⁸, « *elle a besoin de plus d'attention et elles sont sensibles à ça* »²¹⁹

Une infirmière explique également que la communication et la relation diffèrent entre les personnes âgées et les patients plus jeunes : « *Certains ne comprennent pas ce qui leur arrive.* » Ce soignant distingue deux groupes de personnes âgées :

- celles qui ont mal, mais qui ne disent rien parce que c'est comme ça, c'est normal. Ils souffrent en silence alors que leur « *faciès est super algique* », et qui vont encaisser pour pouvoir repartir plus vite ;
- celles qui se plaignent tout le temps et qui ne comprennent pas pourquoi on leur dit que tout va bien alors qu'elles ont mal et des hématomes.

Il ne fait pas d'allusion à un groupe intermédiaire qui pourrait regrouper les patients qui expriment leur douleur à différentes phases de leur séjour. Et il spécifie que la prise en charge est aussi difficile dans les deux cas :

- les premiers qu'il faut convaincre de prendre des antalgiques,
- les deuxièmes, qu'il faudra raisonner sur le temps de la reprise de la normale.

Ce surplus de temps est intégré par l'ensemble de l'équipe et il est souvent difficile d'être autant disponible pour l'ensemble des patients, notamment avec une petite équipe : par exemple au 6411 et 6412 pour les 36 lits, il y a trois aides-soignantes et deux infirmières, mais « *on ne peut pas prendre le temps avec toutes les personnes âgées parce que ça prend énormément de temps* » « *si vous voulez faire les choses correctement ça prend énormément de temps. Donc on est obligé de faire des choix entre guillemets* » et « *c'est vrai que des fois elles [les infirmières] sont amenées à faire des choix* »²²⁰.

Même si les personnes âgées représentent une large part de la patientèle accueillie dans le service, les difficultés notamment dans les relations ne se présentent pas forcément avec elles.

²¹⁸ Claire, IDE

²¹⁹ Denise, aide-soignante

²²⁰ Brigitte, cadre de santé

Brigitte, cadre de santé, explique que « *Cela dépend encore du patient. Certains vont tout comprendre : l'opération et les suites de l'opération, les traitements, la douleur... D'autres à l'inverse seront sans cesse dans la plainte* » Et avec les patients plus jeunes « *ce n'est pas forcément mieux des fois : des toxicomanes en manque, insultes, violences physiques (...) ils essaient de nous taper* ». Une aide-soignante témoigne des difficultés lorsque les personnes ont un Alzheimer ou deux jours après une anesthésie où elles sont agitées « *parfois il faut même les attacher parce qu'elles se lèvent et font n'importe quoi et c'est vrai que ce n'est pas facile à gérer (...)* Mais on a aussi des problèmes avec des personnes plus jeunes. Y'a des personnes droguées ou avec le tabac. Ou même les personnes alcooliques ». Les relations avec les personnes âgées ne sont pas moins et pas plus difficiles qu'avec les patients jeunes : cela dépend fortement de chaque patient.

LES DIFFICULTÉS DES PERSONNELS DANS LEURS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Une majorité de professionnels a évoqué comme particularité du service la gestion des urgences, des « imprévus », des petits « à côté » qui se rajoutent aux missions quotidiennes et les contraignent dans le temps. C'est le cas des réponses aux appels sonnette, et des urgences médicales comme les décompensations ou l'arrivée de nouveaux patients. Ces imprévus sont dépeints par Nadia, IDE : « *À tout moment, on peut être interrompu pour un patient qui sonne, qui a mal, un problème particulier d'une personne donc on va intervenir, sinon c'est du chambre à chambre voir comment ils vont. (...) chez nous malheureusement, c'est un peu difficile parce qu'on a 18 patients à prendre en charge sur un poste pour une infirmière, une infirmière et demie on a peu de temps pour faire la visite avec le médecin.* », et Brigitte, cadre de santé : « *Je dirais que la difficulté dans les grandes unités, c'est la superposition de tâches qui s'ajoutent parce qu'on est spécialisé dans tout et n'importe quoi. Vous avez le patient psy qui devient agressif. Vous avez un autre patient qui fait une hémorragie en post opératoire immédiat, vous avez un chirurgien qui veut faire un pansement.* »

Une des difficultés liées à la gestion des urgences tient à la compréhension des patients des changements dans leur programme. Les soignants vont préparer le patient pour une intervention qui peut être finalement annulée le jour même. Les patients se préparent psychologiquement et sont préparés (toilettes, à jeun, médicament) pour rien, ce qui est perturbant aussi bien pour les personnes âgées que pour les patients jeunes.

Brigitte précise également la temporalité des urgences qui vient influencer sur l'organisation du service : « *ça se passe souvent comme ça : le vendredi soir donc le dimanche il n'y a rien qui est mis en place et puis la personne âgée est amenée en catastrophe par les pompiers ou le SAMU aux urgences, parce qu'elle s'est recassée la figure ou parce que les voisins se sont aperçus* ». Pour elle, les chutes entraînant une FESF se produiraient plus fréquemment le week-end, lorsque les aides mises en place ne sont pas présentes. On retrouve dans ces propos l'idée d'un double choc : le choc physique avec la chute et la cassure, et le choc psychologique lié à la prise en charge dans l'urgence par le corps médical.

Les activités administratives ont également été citées de manière plus problématique à deux niveaux. En effet, une des missions des soignants consiste en des tâches administratives qui peuvent s'avérer chronophages comme le dit Nadia, IDE : « *Toute la paperasserie qui prend beaucoup de temps au bureau, qui est nécessaire... C'est nécessaire parce que c'est un soin auprès du patient, c'est un soin indirect on va dire, mais c'est un peu difficile quand on est infirmière très portée sur le relationnel et sur la connaissance de son patient de se rendre compte qu'on passe beaucoup d'heures assise* ». Outre l'effet chronophage qui empiète sur les activités de soin, quelques incidents administratifs arrivent comme l'admet Claire, IDE, « *Démarches administratives très pesantes et avec des oublis et des couacs* ». Ces incidents peuvent concerner le remplissage complet d'un dossier médical, des retards dans la préparation de papier de sortie ou d'ordonnance. Ces fausses-notes semblent anecdotiques puisqu'aucun autre professionnel interrogé ne les a relevées.

Le manque de lits et leur gestion ont été considérés comme problématiques par quelques professionnels comme Brigitte, cadre de santé : « *Le problème notamment dans les services de chirurgie c'est le manque de place, on a de moins en moins de place* ». Laurence, Kinésithérapeute, exprime cette gestion des lits de manière paradoxale pour les soignants et les patients et illustre quelques ordres négociés : « *Le gros problème du service et pour les cadres de santé, c'est les lits disponibles. Il faut que les personnes arrivées aux urgences puissent rapidement avoir un lit. Quelquefois, ils n'ont pas de lits, donc il faut les dispatcher dans d'autres services qui ne sont pas de traumatologie. Donc il faut sortir les gens le plus vite possible (...) les patients peuvent avoir le sentiment d'être mis à la porte et aimeraient rester plus, mais finalement quand quelqu'un va bien il ne faut pas le garder trop longtemps non plus en train de rester passif et qu'il retrouve son cadre de vie* ».

Deux paradoxes émergent dans cette organisation hospitalière. Le premier a lieu dès l'arrivée aux urgences des patients atteints de FESF puisqu'il faut négocier un lit dans le service de traumatologie, le cas échéant dans un autre service ayant de la place. De ce fait, le service de traumatologie doit gérer les lits et privilégier les sorties. Les durées de séjours courtes sont justifiées médicalement par l'évitement des syndromes de glissement et par une meilleure reprise fonctionnelle des patients dans leur lieu de vie.

Le deuxième paradoxe s'exprime alors pour les patients âgés pour qui ces durées de séjours sont trop courtes. L'hypothèse d'un décalage entre les temporalités des patients et celles de l'organisation émerge (cf. p.174).

Les chambres sont actuellement prévues pour accueillir deux patients et il existe des chambres à quatre lits. Cette organisation a été citée par trois professionnels comme plus ou moins problématique, puisque, en effet, sur le plan du secret professionnel et de l'intimité cette configuration pose évidemment problème : « *(ce qui pose souvent problème.) Les chambres à 4, je n'en parle même pas parce que je trouve ça compliqué, les gens entendent tout ce que l'on dit (...) les chambres à 2, c'est un peu la même problématique, mais on n'a pas trop le choix* »²²¹. Lorsqu'il y a des situations de maltraitance, l'assistante sociale fait sortir les gens de la chambre « *il y a des situations où on ne peut vraiment pas parler devant d'autres personnes* »²²². Il est ici question aussi bien de la confidentialité des propos recueillis que de la création d'un climat de confiance favorisant le dialogue entre une personne victime et un professionnel. Mais un cadre de santé témoigne du côté positif de cet aménagement des chambres. Vu l'isolement de certaines personnes âgées, le fait de ne pas être seules les rassure : « *parfois c'est explosif. Mais des fois vous avez des personnes âgées qui trouvent ça super parce qu'elles ne sont pas toutes seules toute la journée* ». L'assistante sociale et un cadre de santé ont plus particulièrement parlé de cet aspect. Les difficultés sociales de certains patients posent problème, notamment au moment de la préparation de la sortie. Le statut du CHU implique une prise en charge de l'ensemble des patients et comme le service des urgences est le service le plus accessible pour cette partie de la population, l'organisation de la prise en charge post-hospitalière peut poser des difficultés :

²²¹ Tania, IDE

²²² Lucie, assistante sociale

« Non, mais c'est à nous de le repérer et de signaler. On ne peut pas fermer les yeux si on sait qu'un patient vit dans des conditions (...) Et tous les jours on a des cas de gens pour qui on n'a pas de solutions. Néanmoins, ce n'est pas à l'hôpital de trouver des solutions, mais à partir du moment où on sait, on doit solliciter les services chargés de. (...) et ça veut dire quoi ? Ça veut dire qu'en attendant on va garder le patient. » Le problème sous-jacent est l'absence de justification médicale au séjour dans le service et au manque de lit. Cela dit, les difficultés sociales de certaines personnes âgées interpellent les soignants et il leur arrive de se demander comment des patients arrivent à vivre dans leur domicile étant données les circonstances précaires. Laurence, kinésithérapeute, dit de certains patients : « des gens qui n'ont plus d'hygiène, dénutris, sales, confus, [avec des] pathologies sous-jacentes », Lucie, assistante sociale, insiste sur la précarité financière et sociale : « des gens qui n'ont plus de retraites, pas de Sécu, totalement désocialisés et évidemment, ces gens-là arrivent au CHU ». Enfin, Brigitte, cadre de santé va dans le même sens en parlant « des situations sociales compliquées. De plus en plus de personnes âgées qui n'ont plus de mutuelles, plus de revenus, qui vivent dans des conditions insalubres, qui vivent sans chauffage en hiver ».

Comme nous l'avons déjà observé, c'est l'assistante sociale qui est en première ligne dans la gestion de la sortie de ces cas.

D'autres difficultés ont été évoquées de manière plus marginale. C'est le cas d'une infirmière qui a évoqué la barrière de la langue comme difficulté dans sa pratique professionnelle. En effet, elle a constaté que les personnes âgées utilisaient davantage le dialecte dans les moments de plaintes. Cette non-compréhension est pour elle problématique pour une prise en charge optimale et une relation satisfaisante entre elle et le patient. Pour le médecin des soins continus, c'est le travail « solitaire » qui peut peser. Comme c'est le seul médecin en fonction dans le service, il est seul à prendre des décisions parfois compliquées « où je n'ai personne comme référent », « La prise en charge du patient que je vais mettre en réanimation. C'est aussi difficile et c'est aussi chronophage parce que je ne suis pas réanimateur », « quand il s'agit de parler médecin au sens pur du terme, ça, c'est vraiment difficile parce qu'il y a des décisions qui ne sont pas faciles (...) des trucs "débiles", mais qu'est-ce que je fais ? ». Il lui arrive même de devoir travailler de chez lui le week-end et « je fais de la visite de visite bilan (...) je passe un coup de fil pour adapter une perfusion ». Il spécifie cependant avoir des contacts avec d'autres collègues et peut demander des avis à d'autres spécialistes « je ne suis pas non plus totalement isolé. »

Enfin, pour les chirurgiens, il semble que la méconnaissance des patients âgés sur leur traitement et leur médication pose problème. Pourtant ces informations sont nécessaires à leurs bonnes pratiques. Voici quelques extraits issus des questionnaires destinés aux chirurgiens témoignant de cette problématique: « *obtention des traitements habituels et des antécédents, pour établir les circonstances de survenue de la chute.* », « *plus de temps à faire la recherche de traitement* ».

Des propositions pour une meilleure lisibilité et un accès à ces données ont été faites en ces termes « *disponibilité d'une liste d'antécédents médico-chirurgicaux et des traitements habituels* » et un « *dossier informatisé dans la carte vitale* ».

Pour conclure, l'organisation de ce service hospitalier semble opérante pour les patients et pour les personnels y travaillant au prix de multiples négociations entre l'ensemble des acteurs. Quelques améliorations sont pointées et sont d'ordre structurel (tâches administratives, nombre de lits, aménagement des chambres, gestion des urgences), d'ordre matériel (dossier informatisé) et d'ordre relationnel (compréhension du langage entre le patient et les soignants et inversement). Pour être effectives, ces améliorations doivent être décidées et mises en place par l'ensemble de la hiérarchie hospitalière, de l'administration aux professionnels du service. Pour aller plus loin, des améliorations pour le public âgé ont été développées par les professionnels interrogés.

LES AMÉLIORATIONS POSSIBLES DANS LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE ET POST -HOSPITALIÈRE DES PATIENTS AGES

Six grands problèmes ont été évoqués dont le principal est le passage au service des urgences.

Les passages aux urgences ont été évoqués par rapport à la prise en charge des personnes âgées : l'attente, le manque de prise en compte de la désorientation et de la spécificité du patient gériatrique semblent problématiques. Tania, IDE, témoigne de « *beaucoup d'attente sur les brancards.* », tout comme Agnès, médecin, « *Laisser en bas quelqu'un de 90 ans sur un brancard parce qu'il y a de la place nulle part. Pour moi c'est quelque chose de très difficile.* »

Tania, IDE, réaffirme que les passages aux urgences font partie du parcours de soin des victimes de FESF notamment les week-ends lorsque les professionnels de santé non hospitalier ne travaillent pas « *En même temps, les chutes arrivent souvent le week-end donc c'est les urgences qui priment* » et « *on ne pas faire une double entrée.* ». Enfin, Agnès, médecin, conclue en désignant les personnes âgées comme des « *personnes refoulées dès les urgences* » Cette dernière phrase atteste une certaine discrimination envers ce public dans les établissements de soin. Plusieurs hypothèses l'expliquent. La première est d'ordre médical et structurel puisque les patients âgés sont plus souvent polypathologiques et que les services hospitaliers sont sectorisés par spécialité, il est difficile de faire admettre un patient dans un seul et même service. La deuxième hypothèse est d'ordre économique ou financier, car les services sont financés à l'acte.

Or nous l'avons vu, certains patients occupent un lit dans un service sans nécessiter d'acte médical ou chirurgical. Un médecin a particulièrement soulevé la mauvaise image du patient âgé. C'est une deuxième amélioration possible. Il est vrai que ces patients peuvent poser problème du fait de leur dépendance, de leur polypathologie et de leur situation sociale qui rend difficiles les sorties et bloque des lits. Or il y a de plus en plus de personnes âgées dans tous les services (hormis la pédiatrie) même dans les services où on ne s'y attend pas comme en gynécologie : leur prise en charge « *c'est quelque chose de très chronophage, ce n'est pas de la médecine technique (...) les médecins aiment bien les choses techniques alors qu'on abandonne parfois certains soins à la personne âgée, c'est moins intéressant. Or la personne âgée, c'est polypathologie, je pense que c'est les gériatres qui gèrent le mieux parce qu'ils savent tout gérer (...)* Et je pense que c'est la richesse pour la médecine, la personne est polypathologique, mais c'est vrai que c'est très difficile, ça prend du temps et puis il y a tout ce problème qui est social en France, c'est qu'est-ce qu'on en fait après et on a aucun moyen de sortie (...) Parce que la personne âgée n'intéresse personne or si on regarde bien je ne sais pas si l'hôpital tournerait s'il n'y avait pas les personnes âgées. Heureusement on n'est pas rempli que de gens jeunes et on bouche les trous. Mais quand on appelle un service et qu'on vous dit « *mais elle a 85 ans qu'est-ce que tu veux que j'en fasse ?* » c'est quelque chose que je ne supportais plus. Alors quand il n'y a plus de lits en USLD et que vous gardez une mamie qui gémit sur un brancard et que vous ne savez pas quoi en faire ; ça c'est horrible. Donc je pense que la personne âgée n'est pas l'affaire des médecins, ça c'est clair

(...) *ce sont des gens qui sont abandonnés par la profession médicale* »²²³. Ces propos très forts, presque militants, marquent un paradoxe de la médecine gériatrique qui est à la fois délaissée des professionnels de soin, car moins technique et plus chronophage alors qu'elle est plus complexe et plus riche par la poly pathologie. C'est pourtant une réalité croissante dans toutes les spécialités, une grande part de l'activité des services hospitaliers. Le désintérêt de certains soignants s'expliquerait par l'importance de la prise en compte du social dans cette prise en charge au détriment des actes techniques.

Nadia, une infirmière trouve que pour ce qui est de la prise en charge de la personne âgée dans sa spécificité, il y a encore des progrès à faire « *et ça ne va pas en s'améliorant (...) je ne veux pas dire qu'on est mauvais, mais c'est une patientèle qu'on connaît, on travaille avec tous les jours, donc on a une bonne prise en charge globale parce qu'on a l'habitude de cette patientèle. Mais je pense qu'on a encore du boulot dans l'approfondissement de la spécificité de chaque individu.* » Elle estime que des progrès doivent être faits au vu du turn-over des soignants, de la T2A, des difficultés économiques croissantes, de l'augmentation de l'âge de la population générale et des poly pathologies associées au grand âge.

Un autre problème pouvant être amélioré pendant l'hospitalisation concerne la meilleure communication et diffusion d'information notamment au patient. La gestion des urgences complique l'activité du service et implique des incompréhensions de la part des patients qui auront différentes informations parfois contradictoires. Les changements de programmes pour un patient sont également expliqués par leur état de santé et les résultats de leurs analyses : Nadia, une infirmière précise que certains examens sanguins sont faussés à cause de la prise de certains médicaments, ou les anticoagulants, il faut donc attendre deux, trois jours avant de pouvoir les opérer : « *Certains patients ne comprennent pas pourquoi on leur dit tous les jours qu'ils vont être opérés, on leur fait des prises de sang et finalement non. (...) Et c'est vrai, souvent le week-end, ça traîne parce qu'il y a d'autres urgences. Y'a des polytraum. Qui arrivent donc nous, nos p'tites interventions programmées (...) ça passera demain parce qu'il y a plus urgent.* ».

²²³ Agnès, médecin

Comme nous avons pu le voir précédemment, les collaborations entre les différents professionnels s'organisent de manière régulière dans le service afin d'améliorer les prises en charge et les pratiques. Ces formations semblent indispensables tout comme les référents *« elles ont un autre regard, un regard critique sur leurs collègues et elles peuvent les éclairer et leur faire la remarque (...) parce qu'elles ont l'expérience (...) ce sont des personnes ressources »*²²⁴

L'hypothèse d'un diplôme « gériatrie » ou d'une formation spécifique a été énoncée par plusieurs professionnels notamment en comparaison avec la pédiatrie. Les soignants pourraient bénéficier d'une qualification supplémentaire au même titre que la pédiatrie reconnue comme spécialité médicale.

Le manque de moyen et de personnels est également largement évoqué. L'augmentation des moyens et du personnel hospitalier et post-hospitalier dans les centres de réadaptation ou les maisons de retraite serait une solution à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées : *« On nous demande beaucoup de choses avec peu de moyens »*²²⁵ , *« Plus de kiné, infirmières et aides-soignantes »*²²⁶. Le manque de personnel existe en maison de retraite et dans le service c'est pourquoi Agnès, médecin, propose *« Plus de médecins et d'internes en médecine dans les services. Ça me semble important »*. Les moyens techniques ont particulièrement été demandés par un kinésithérapeute *« Parfois le manque de personnel surtout s'il y a des arrêts maladie (...) On est obligés de faire des priorités quand même. Parce que bien sûr on aurait plus de temps, plus de moyens, on ferait les choses autrement aussi. »* Il y a un réel besoin de matériel adapté comme les fauteuils gériatriques. Des améliorations ont déjà été faites *« mais cela est en train d'évoluer doucement parce que les moyens sont limités. »*. D'autre part, Agnès, médecin, estime les améliorations en terme de surveillance pour le service de soins continus *« il faut vraiment qu'on soit dépendant de la réanimation. Il faut que ce soit un service 24/24 .»*

²²⁴ Brigitte, cadre de santé

²²⁵ Tania, IDE

²²⁶ Citation chirurgien

Les patients de cette unité devraient être sous surveillance constante puisqu'ils ne sont pas « *limites entre 8h30 et 14h ni entre 14h et 19h. Ils sont limites tout le temps avec des risques de décompensation la nuit. La journée je fais ce que je peux, mais...* ».

Un dernier point d'amélioration concerne le manque de place en structures extérieures (SSR et maisons de retraite). Évoqué par l'ensemble des professionnels, le manque de place en SSR semble criant. Cet état de fait est évidemment induit par la nécessité de gestion des lits dans le service et la pression sur les durées de séjour.

Il y a un réel décalage entre les durées de séjours et le temps de récupération fonctionnelle des patients âgés ainsi qu'avec le temps nécessaire à la préparation de la sortie : « *je pense qu'il y a nombreuses personnes âgées qu'on fait rentrer à domicile et qui devraient passer par un centre de réadaptation deux, trois semaines avant de rentrer et du coup on aurait beaucoup moins de problématique de retour à domicile.* »²²⁷ Néanmoins, le service travaille en collaboration avec trois centres de rééducation sur Strasbourg « *c'est complètement insuffisant* »,²²⁸ mais s'il y avait plus de structures, le service tournerait mieux et les retours à domicile s'organiseraient plus facilement: moins dans l'urgence.

Malgré tout, Nadia, infirmière, résume très bien une idée collective « *On fait quand même ce qu'il faut* » pour les patients.

Ce chapitre s'est entièrement consacré aux points de vue d'un large panel de professionnels intervenant dans ce service. L'analyse des discours permet de comprendre comment le service prend en charge les patients âgés victimes de FESF et comment il gère chaque parcours.

De nombreux ajustements et négociations s'opèrent entre les professionnels et avec les patients dès leur arrivée au service des urgences jusqu'à l'organisation de leur sortie d'hospitalisation. En décrivant les activités de chaque professionnel, des particularités et des pistes d'améliorations se dessinent. Les premières concernent l'accueil du public âgé qui oblige à prendre en compte des états de santé plus dégradés, des risques accrus de décompensation, de syndrome de glissement et de syndrome post-chute, des temporalités

²²⁷ Lucie, assistante sociale

²²⁸ Idem

différentes notamment pour la reprise fonctionnelle, et des problématiques comme la précarité sociale, la dénutrition ou la désorientation.

Les deuxièmes concernent la prise en charge d'une pathologie traumatique physique avec des répercussions psychologiques, dans des contextes d'urgence et qui oblige des ajustements permanents de chaque professionnel et des patients dans ce service. D'autres acteurs interviennent dans ce milieu. Il s'agit de l'entourage des personnes âgées. Nous allons maintenant voir comment ce groupe agit dans le service et quel rôle il peut avoir dans la trajectoire des patients.

CHAPITRE 7 : L'ENTOURAGE DES PATIENTS, LEUR PLACE DANS LE SERVICE

La présence des familles est autorisée dans le service dès midi et jusqu'au soir 20h ; le matin étant consacré aux soins et à l'activité médicale. De manière générale, les familles sollicitent davantage les infirmières et aides-soignantes plus disponibles et présentes dans le service que les chirurgiens ou médecins. Cette présence est acceptée par l'équipe dans la mesure où la plupart des proches peuvent aider et que leur présence rassure les patients : *« et en même temps ça nous soulage aussi, voilà, il faut accepter que les familles soient là, ça simule à 200 % les patients et nous ça nous soulage. »*²²⁹ Cela dit, une trop forte implication des familles peut peser sur les soignants notamment lorsqu'il y a interférence dans les soins : *« la famille est très présente, mais parfois aussi tellement présente que ça va interférer dans le travail de la personne »*²³⁰. Il faut que la famille n'interfère pas l'activité des soignants et que l'équipe soit d'accord.

Dans l'unité de soins continus, la présence des familles est plus chronophage puisque le médecin doit expliquer l'état de santé dégradé et les suites éventuelles possibles :

²²⁹ Nadia, IDE

²³⁰ Idem

« quand ça devient, tout ce qui est, je dirais limite, les gens qui ne vont pas bien, je rencontre les familles. »²³¹

Le médecin des soins continus estime que le temps de communication avec les familles est très « *chronophage*. *Moi ça me prend toute l'après-midi* », mais que ce temps fait partie intégrante de son activité « *j'estime que ça fait partie de mon travail*. » De même, une des difficultés est de faire comprendre aux familles que même si le patient est âgé et que tout le monde pense que ce n'est pas la peine, qu'il faut quand même essayer et que notamment pour la douleur il est important d'intervenir.

Plusieurs professionnels approuvent la présence de proches auprès des personnes âgées, car elle aurait une action bénéfique sur le vécu de l'hospitalisation et la reprise fonctionnelle notamment à travers les repas et les stimulations diverses : « *La présence de la famille est importante dans la stimulation du patient, sur la manière de coopérer aux soins.* »²³² « *Forcément quand la famille est là, la personne sera plus stimulée. (..) Nous on n'a pas le temps pour les stimuler autant qu'une famille* »²³³. « *Une personne dépressive avant d'arriver, sera totalement passive dans sa rééducation. Elle ne sera pas du tout dynamique et participante. Les personnes bien entourées seront plus motivées et feront tout pour sortir le plus vite possible.* »²³⁴ Plusieurs termes retiennent l'attention : la coopération, la stimulation, la motivation et la participation. Ils font tous référence à une approche active du patient dans sa guérison. La présence de proche serait donc un facteur positif dans le processus de guérison. Une infirmière constate que les personnes moins entourées vivent moins bien leur séjour hospitalier. La fracture peut être le déclencheur d'une prise de conscience que la personne a besoin d'aide et aurait besoin d'être plus entourée. D'où la naissance du sentiment d'isolement et des dépressions pour certains.

On peut se demander si la présence de l'entourage facilite ou non le retour à domicile ?

²³¹ Agnès, médecin

²³² Nadia, IDE

²³³ Idem

²³⁴ Laurence, kinésithérapeute

Pour le personnel les réponses sont mitigées, car « *Dans le devenir, il n'y a pas que les patients à gérer, il y a aussi les familles* ». ²³⁵

L'assistante sociale décrit très justement la situation et le sentiment partagé par plusieurs professionnels : l'entourage peut faciliter ou non le retour à domicile : « *Je dirais oui et non parce qu'il y a famille et famille. Il y a des gens qui ont de la famille, mais c'est comme s'il n'y en avait pas ou alors des fois c'est compliqué parce que les enfants ne sont pas d'accord, les parents ont d'autres projets que les enfants (...) on aura des situations avec des conflits où on aura plus un rôle de médiateur, où il va falloir tempérer (...) Après pour des gens pour lesquels il y a une famille plus soudée ou même du voisinage ou un environnement amical très présent* » ; « *certains patients sont seuls, d'autres ont de la famille à qui ils ne parlent plus, d'autres sont plus qu'entourés.* » ²³⁶, « *Pour chaque patient, la situation est différente. Il peut arriver que la famille dise que des choses seront mises en place alors que pas du tout et d'autres qui insistent pour que la personne soit placée alors qu'elle pourrait rentrer au domicile.* » ²³⁷ Les professionnels sont conscients des divergences dans les discours des familles et des patients. C'est le plus souvent l'assistante sociale qui va tenter de trouver des éléments objectifs dans les dossiers médicaux antérieurs ou les dossiers d'admission. La présence de l'entourage facilite les retours à domicile, car il pourra « *avoir un œil sur la situation parce qu'il ne faut pas se leurrer, quand on fait des retours à domicile, moi il m'arrive de faire des retours à domicile où je me dis « punaise j'espère que ça va bien se passer à la maison* ». ²³⁸ À l'inverse, il arrive que des conflits éclatent dans les familles lorsqu'il y a divergences de points de vue sur la prise en charge du patient « *On est aussi confronté à des conflits dans les familles, entre enfants, entre les parents et les enfants. On est parfois dans des situations comme ça, un peu rocambolesques.* » ²³⁹

²³⁵ Claire, IDE

²³⁶ Tania, IDE

²³⁷ Nadia, IDE

²³⁸ Lucie, assistante sociale

²³⁹ Brigitte, cadre de santé

Comme le fait remarquer Denise, aide-soignante, il s'agit souvent de situation où l'entourage préfère institutionnaliser la personne âgée et que cette dernière n'était pas d'accord ou même non informée de cette décision : *« Souvent la famille préfère institutionnaliser et cela peut être un choc pour la personne âgée. (...) il arrive que des familles veillent placer les personnes sans qu'elles ne soient au courant. »*.

Les soignants semblent être spectateurs des relations parfois difficiles entre entourage et patient puisqu'aucun n'a affirmé une implication dans d'éventuels conflits. Ils restent neutres même si certains comportements les touchent personnellement ou vont à l'encontre de leur principe. C'est le cas de Denise qui marque sa désapprobation quant à une institutionnalisation non souhaitée par la personne âgée et imposée par l'entourage.

Plusieurs professionnels sont confrontés au manque d'informations de l'entourage et des patients eux-mêmes sur les dispositifs existants et les démarches nécessaires à un placement ou au maintien à domicile. Cette situation se vérifie après la fracture, révélatrice d'une baisse de l'autonomie comme l'explique Claire, IDE, *« beaucoup de familles réalisent quand leur parent, grand-parent, ont un accident que le maintien à domicile est difficile. Et pour eux c'est à l'hôpital de gérer. Ils arrivent d'un côté soulagés parce que maintenant la personne est hospitalisée et c'est à l'hôpital de prendre en charge le devenir de la personne âgée. Ça, c'était très difficile dans ma fonction à expliquer aux personnes, que ce n'était pas à nous de faire les démarches pour les maisons de retraite, que ce n'était pas à nous de placer les personnes, que c'était à eux. Et ça a engendré beaucoup de conflits avec les familles qui ne comprenaient pas que ce n'était pas à nous de le faire. Et souvent quand on parlait d'un retour à domicile, les gens ne comprenaient pas. « Ah non, ils ont le droit à une cure » souvent, ça, ça revenait, ça revient souvent « il a cotisé toute sa vie, il n'a jamais été malade, il a le droit. » Donc on leur expliquait que ce n'est pas une histoire de droits, mais de besoins »*. Brigitte, cadre de santé, trouve une explication à ce manque d'information dans l'imaginaire populaire de l'hôpital : *« C'est vrai que souvent dans la tête des gens, l'hôpital c'est un 'pacquage', donc on est opéré après on va en cure, en convalescence et on a comme ça des vieilles idées qu'à partir du moment où on est opéré (...) donc souvent, il faut informer et gérer pour anticiper des sorties qui se sont mal ou de façon précipitée » (...) et aussi l'assistantat qu'on a développé au niveau des générations où l'hôpital est sensé tout faire »*.

Un chirurgien va dans le même sens en précisant la nécessité d'un besoin « *d'éducation de la population pour accroître l'intervention des familles qui a la mauvaise habitude de se décharger complètement sur les établissements de soins en omettant leur coût.* » Pour Lucie, assistante sociale, sa fonction et ses missions sont également mal connues : « *Ils pensent que les assistantes sociales sont là pour les problèmes sociaux et pas forcément pour les retours à domicile. Les familles et les gens en général ne savent pas où chercher des informations. On a une fausse image de l'assistante sociale* ».

Pour pallier ce manque d'informations, l'équipe sensibilise notamment sur l'adaptation du lieu de vie et les aides existantes. L'assistante sociale va toujours donner les coordonnées des centres de secteurs aux familles qui auraient besoin d'informations au fil du temps, car « *Souvent ils sont démunis et ne savent pas à qui s'adresser.* »

Aussi, le rôle du médecin a été évoqué pour cette mission d'information notamment les démarches d'inscription préventive en maison de retraite : « *ce serait plus au médecin traitant de voir quand son patient décline d'informer et d'orienter la famille et le patient sur les démarches à faire. Et ça manque.* »²⁴⁰ Il est ici d'affirmer la nécessité d'entamer des demandes préventives d'inscription sur liste d'attente pour que les personnes âgées aient eu le temps d'entendre parler de et eu le temps de réfléchir, afin que le moment venu, les demandes ne se fassent pas dans l'urgence.

Bien sûr, les personnes âgées ne sont pas toutes entourées et sont isolées comme le dit Brigitte, cadre de santé, « *Mais on a aussi beaucoup de personnes âgées seules, qui n'ont plus de famille ou de conjoint* ». Elle trouve l'explication de cet isolement familial dans le « *changement de mentalités dans la relation parent enfant. Dans le sens où avant il y avait encore un devoir d'accompagner, de prendre soin de ses parents quand ils étaient âgés. Maintenant ça existe de moins en moins. Il y a les familles recomposées, si un parent est parti refaire sa vie alors que vous aviez deux ans, on ne se sent pas redevable (...)* Je crois que la situation devient difficile pour tout le monde et de plus en plus (...) Donc il y a parfois moins de solidarités intergénérationnelles et où les liens ne sont plus les mêmes ».

²⁴⁰ Claire, IDE

L'isolement de certaines personnes âgées s'observe particulièrement lorsqu'*« il y en a aussi qui sont tellement seules ou vivent tellement mal, qu'elles trouvent que l'hôpital c'est super. »* pour bien décrire cet isolement, Brigitte évoque le problème des chambres à quatre lits où *« parfois c'est explosif. Mais des fois vous avez des personnes âgées qui trouvent ça super parce qu'elles ne sont pas toutes seules toute la journée »*.

Une citation de Nadia, IDE, permet de conclure sur l'ambivalence de la présence des proches auprès de la personne âgée et sur la neutralité des soignants pour ne pas prendre part à d'éventuels conflits : *« Je ne veux pas rentrer dans les jugements de valeur, on ne sait pas ce qui se passe dans les familles. »*

Les professionnels interrogés affirment les apports bénéfiques de la présence de l'entourage pendant et après le séjour hospitalier. Les proches stimulent les patients aussi bien psychologiquement que physiquement en prenant en charge certaines missions de l'équipe soignante comme l'aide aux repas ou les déplacements.

Cependant, les professionnels restent prudents et peuvent alerter l'assistante sociale lorsqu'ils sont témoins de divergences entre le patient et l'entourage. Aucun ne s'immiscerait dans les relations même si des situations les touchent personnellement.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Les résultats de notre étude qualitative et quantitative, menée sur une période d'un an (janvier 2012- janvier 2013) au sein du principal service de chirurgie orthopédique d'Alsace, démontrent l'importance de l'accueil du public âgé atteint de fracture de l'extrémité du fémur.

Cette importance s'exprime dans les conséquences sur le niveau d'autonomie et sur la qualité de vie des patients, et sur l'organisation hospitalière et post-hospitalière pour la prise en charge de ce public. En effet, nous avons observé une augmentation du niveau de dépendance après l'hospitalisation pour les patients faiblement dépendants avant la fracture. Ces derniers représentaient 25 % de notre population avant puis 12 %. Il est à noter que la majorité des patients étaient dépendants avant la fracture et le restent après. Il y a eu un effet bénéfique de l'opération pour cinq patients qui ont vu leur niveau de dépendance s'améliorer. À l'inverse, un tiers de notre population, soit 32 patients, sont décédés ; ce qui confirme le taux de mortalité important après cette pathologie. Ce déclin de l'autonomie se traduit par l'aide croissante pour les actes de la vie quotidienne comme l'habillage, la toilette, les déplacements dans le logement et les courses. Le nombre de personnes pouvant effectuer seules ces activités diminue par rapport à avant la fracture. Le fait le plus significatif est la limitation des déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du domicile avec un besoin d'aide à la marche plus conséquent. Les patients ont été interrogés sur leur ressenti de l'état de santé. Plus de la moitié l'estimaient bon avant la fracture et ne sont plus que 11 % après.

Après l'évènement, l'état de santé est principalement jugé comme moyen. Il en est ainsi pour la qualité de vie, très bien notée avant la fracture (7,5/10) et passe à 6,6/10 après.

En outre, cette fracture nécessite une double prise en charge puisqu'elle est autant physique que psychologique. Ce dernier aspect de la fracture est clairement ressorti des propos des patients en relatant leur chute et ses circonstances, comme dans ceux des soignants.

La principale conséquence est appelée syndrome post-chute, autrement dit la peur de rechuter. Cette peur a été décelée pour 74 % des répondants après la fracture et largement citée par les professionnels du service.

Ce syndrome connu des soignants est un facteur prédisposant des chutes pour le public âgé. Il est donc à la fois une cause et une conséquence des chutes, d'où l'intérêt de le prendre en compte dans les actions de prévention. L'aspect psychologique de cette fracture s'exprime également par le syndrome de glissement caractérisé par une dégradation des fonctions du patient suite à une affection. La fracture peut être un révélateur ou un déclencheur d'une prise de conscience des patients de leur déclin physique et à plus ou moins termes de leur finitude. Il semble nécessaire de prendre en compte l'impact psychologique aussi bien de la chute entraînant la fracture que des conséquences de la fracture révélatrice d'une dégradation.

En ce qui concerne la prise en charge de cette fracture, elle reste exclusivement hospitalière. Devant les caractéristiques de la fracture et du public âgé, la prise en charge dans le service est pluridisciplinaire avec l'intervention de soignants et non-soignants. Ces professionnels traitent les deux aspects de la fracture et ont un rôle primordial dans la trajectoire des patients et sur leur devenir. Ils organisent aussi bien le parcours hospitalier dès le diagnostic confirmé par le service des urgences que les sorties avec comme objectif le retour au lieu de vie précédant la fracture.

Notre étude a permis de mettre à jour le parcours de soin de patients bien précis, mais surtout le grand nombre d'intervenants à chaque étape de ce parcours. La principale conclusion est que la personne âgée n'a que très peu de place quant aux prises de décision, même si, dans certains cas, il lui est possible de négocier avec l'ensemble ou une partie des intervenants. Pour nous en rendre compte, nous allons suivre l'ordre chronologique du parcours tel qu'il a pu être dépeint par les différentes personnes rencontrées.

Le premier évènement est celui de la fracture, le plus souvent conséquence d'une chute accidentelle par la personne âgée. Le moment et le lieu du choc sont imprévus. La personne âgée, nommée alors victime, est passive même s'il faut rappeler que certaines chutes dépendent de l'action souvent à risque qu'elle était en train de faire (chute à vélo, grimper sur une chaise). Une fois à terre, plusieurs scénarii possibles. La personne âgée parvient à être actrice des appels à l'aide: la personne arrive à alerter quelqu'un lorsqu'elle n'arrive pas à se relever. Soit elle ne vit pas seule, soit elle est équipée d'une alarme, soit elle trouve les ressources pour alerter par téléphone, tape aux murs, se hisse jusqu'à un accès de sortie.

L'autre scénario suppose à l'inverse que la personne âgée est agent des appels au secours : la personne n'arrive pas à alerter quelqu'un lorsqu'elle n'arrive pas à se relever.

Elle est obligée d'attendre qu'une présence prévienne les secours comme la visite de soignants ou de l'entourage. Dans cette phase d'alerte, les différents acteurs mobilisés peuvent alors être la personne âgée elle-même, un voisin, un proche, ou un soignant. Cela dit, peu importe l'intervenant, l'alerte sera donnée vers un service d'assistance comme les pompiers ou le SAMU.

La troisième étape est celle de la prise en charge par les secours et le trajet vers un service d'urgence médicale. Se pose la question du choix de l'établissement dans lequel sera prise en charge la personne âgée. L'ensemble des personnes âgées rencontrées n'a pas été actrice dans cette prise de décision. Plusieurs facteurs expliquent ce constat : l'état d'inconscience ou de faiblesse physique liée à la fracture et la coordination des soins effective dans la région qui impose un lieu d'accueil en fonction de divers facteurs (saturation d'un service, intempéries, grève, présence d'un matériel médical adapté, localisation...). Dans cette phase, il n'est pas exclu que le choix du lieu d'accueil soit clairement explicité par la personne âgée et si la coordination des soins le permet, le transfert se fait.

Arrivée dans un service d'urgence, la personne doit attendre que le diagnostic soit avéré avant d'être transférée dans le service approprié. Plusieurs cas peuvent s'observer : soit la personne âgée intègre directement le service, soit elle est transférée vers une autre unité selon son état de santé général (possibilité de poly pathologie) et selon les disponibilités des places dans le service, soit elle est transférée vers un autre établissement selon les demandes et les possibilités d'accueil de l'établissement souhaité.

Comme il nous l'a été largement relaté, le passage au service des urgences est souvent mal vécu par les personnes âgées devant attendre parfois plusieurs heures dans un contexte peu connu, bruyant et où le manque de communication n'aide pas à se sentir plus à l'aise. Les récits nous permettent de confirmer que dans cette phase, les personnes âgées sont aussi passives et ne sont pas à même de se prononcer sur une décision. Les différents acteurs mobilisés sont donc les pompiers, la coordination SAMU de secteur, la personne âgée et ses proches qui l'ont éventuellement accompagnée, le personnel du service d'urgence, les établissements du département et le service de chirurgie et autres services de l'établissement. Le nombre d'intervenants s'accroît dès l'arrivée dans un service hospitalier.

Une fois le diagnostic confirmé et l'arrivée dans le service de chirurgie compétent pour la prise en charge de cette fracture, vient la décision d'opérer puisque c'est le traitement le plus

approprié. La personne âgée peut refuser une chirurgie, mais ne le fait jamais. L'explication principale est la confiance presque aveugle que les patients ont en la médecine et en la chirurgie. Le type de chirurgie est décidé par le chirurgien et son équipe selon le type de fracture, l'état de santé du patient, ses antécédents, son âge, les protocoles en vigueur et la formation du chirurgien. Les acteurs alors mobilisés sont les chirurgiens, les soignants de l'équipe, la haute autorité de santé, éventuellement les familles et les personnes âgées, mais pour obtenir des informations nécessaires du point de vue médical.

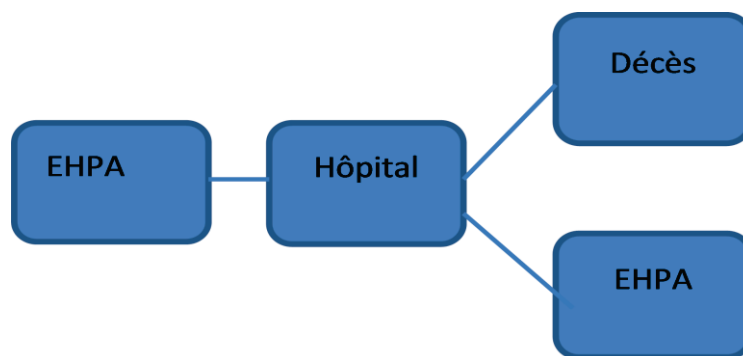
L'opération réalisée, le séjour hospitalier continue en prévision des soins postopératoires recommandés (suivi au réveil post-anesthésie, lever, reprise de la marche, séances de remobilisation fonctionnelle pour éviter tous les risques déjà évoqués plus haut). Le choix de la durée de séjour dépend prioritairement de l'état de santé de la personne âgée, de la compliance de la personne au protocole, de la présence ou non d'aidants, de l'administration hospitalière qui gère les entrées et les sorties dans chaque service en fonction des urgences et des actes programmés. D'après les récits, les personnes âgées suivent avec plus ou moins de rigueur les suites opératoires nécessaires. Elles ont ici un rôle ambigu, car elles n'ont pas le choix de tel ou tel type de soins, ils sont prédéfinis par l'institution hospitalière et les plus hauts rangs de la santé et de la chirurgie, mais leur capacité ou leur envie de les réaliser va influencer sur les possibilités des soignants, les durées de séjours et parfois par extrapolation sur la dégradation de leur état de santé. On peut faire le lien avec l'utilisation du médicament. Des études sociologiques ont montré sa double image contradictoire : à la fois le seul outil pour combattre un mal ou une maladie et à la fois terrifiant, car justement synonyme de maux et parfois de mort s'il est mal pris (surdose) ou pas pris du tout.

En outre, l'analyse des modalités de séjour nous permet d'affirmer que les personnes âgées peuvent en théorie négocier, mais malgré leurs « revendications », leur choix n'est pas pris en compte. C'est le cas pour plusieurs aspects dits de confort comme le choix de sa chambre (individuelle, double et à quatre), la mise à disposition d'eau fraîche, de la télévision, etc. lors d'appels sonnette et le repas. Ce qui semble également important du point de vue du patient est la qualité et la quantité des informations transmises. Comme nous avons pu le voir, il existe des degrés différents d'information et de manière d'informer. Selon les soignants, les demandes d'informations se feront plus facilement. (cf. p. 146)

Ainsi dans cette phase d'hospitalisation les acteurs mobilisés sont là encore multiples et multipliés selon la situation médicale et sociale du patient. On retrouve donc la personne âgée, son entourage, les soignants (kiné/cadre/assistante sociale), l'établissement hospitalier gérant des lits, les urgences possibles.

La dernière étape du parcours de soins est le choix des modalités de sorties avec comme objectif le retour au lieu de vie antérieur. Pour les personnes vivant déjà en institution, le parcours est simplifié puisque les suites médicales peuvent être prises par l'établissement d'accueil. La personne âgée, le plus souvent déjà dépendante, ne s'oppose jamais à ce choix de retour.

Figure 39 : Trajectoire possible des patients vivant en EHPAD à la sortie d'hospitalisation



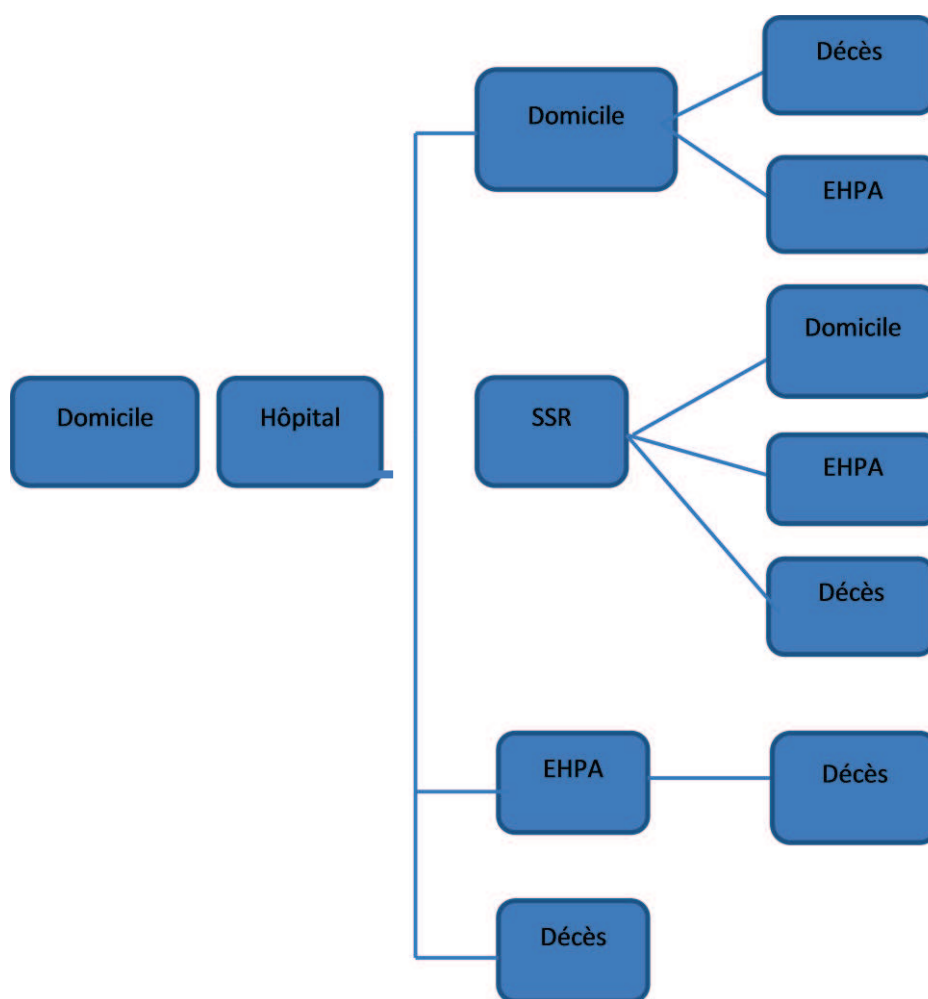
Source 53 : Enquête de terrain

Pour les personnes vivant à domicile, quatre options sont possibles : le retour à domicile, le séjour en SSR, l'entrée en EHPA ou le décès.

Les acteurs impliqués dans chacune de ces options sont là encore divers avec en arrière-plan le fait que la personne âgée peut à tout moment se prononcer sur sa volonté, mais ne le fait jamais sauf lorsqu'il s'agit du retour à domicile ou de l'entrée en institution.

Le retour à domicile dépend le plus souvent de la mise en place d'aides matérielles et humaines et du degré de dépendance de la personne âgée. Il faut bien parfois aller à l'encontre de la personne âgée pour faire accepter les aides, comme déjà évoqué plus haut. Une des dimensions souvent omise par les personnes âgées pour un maintien à domicile est la prise en compte des conseils de prévention qu'ils soient d'ordre alimentaire, physique, ou matériels.

Figure 40 : Trajectoires possibles des patients vivant à domicile à la sortie d'hospitalisation



Source 54 : enquête de terrain

Le caractère d'urgence et de traumatisme influence largement le fort degré de passivité des personnes âgées dans l'ensemble du parcours de soin et notamment hospitalier.

L'institution hospitalière est elle-même régie par un ensemble de négociation pour chaque patient entre les patients et les soignants, entre les soignants, entre les soignants et l'administration, entre l'administration et les services extérieurs pouvant prendre en charge les patients.

Au-dessus encore de cet ensemble négocié se retrouvent les lois nationales et les spécificités des pouvoirs locaux. Comme nous allons le voir, les prises en charge dépendent également de l'offre de soins et d'hébergement disponibles sur le territoire. Nous nous arrêterons sur les possibilités de maintien à domicile et d'hébergement collectif en Alsace.

TROISIÈME PARTIE

LES RESSOURCES COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES POUR ÉVITER LES FRACTURES ET SE RELEVER

Cette dernière partie a une visée plus générale que la précédente, elle traite des ressources collectives et individuelles qui permettent en amont de limiter les risques des fractures et en aval de se relever après le traumatisme. Notre démarche ne limite plus ici à l'évènement de la fracture, mais aux possibilités d'orientation dans un processus plus large temporellement. Les ressources collectives sont envisagées en termes de prévention, d'offres de prise en charge et de questionnements sociaux quant à la médicalisation de la société, notamment de la vieillesse. Les ressources individuelles nous amènent à penser des notions de résilience et de tournant bibliographique.

Nous questionnons l'anticipation par la société et par les personnes âgées de situations à risques comme la fracture du col du fémur. Les freins à une meilleure prise en charge sont connus. Il s'agit de l'urgence, des situations sociales et familiales difficiles, de la méconnaissance par les personnes âgées et de leur entourage des solutions adaptatives en cas de dépendance même temporaire.

Nous avons également largement observé que le maintien à domicile est privilégié actuellement. C'est le souhait premier des personnes âgées, ainsi que des politiques sanitaires nationales et régionales. Ce maintien à domicile est possible pour la grande majorité des personnes âgées au prix d'aides humaines professionnelles et non professionnelles, d'aides financières et d'une aide matérielle. À travers l'exemple des fractures du col du fémur, le maintien à domicile pose question et semble problématique puisqu'il impose une aide croissante due à la baisse d'autonomie et une prise en charge adaptée même temporaire, le temps de reprise fonctionnelle pour la personne âgée. Les séjours en SSR permettent la plupart du temps d'assurer la transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile dans de bonnes conditions physiques et matérielles. Le parcours de soins des patients victimes de fractures du col du fémur est relativement bien balisé dans le temps et l'espace, mais les négociations multiples à tous les niveaux montrent combien il est indispensable d'anticiper une dépendance dans son parcours personnel et de laisser une plus grande place à la personne âgée dans le choix de son parcours, surtout quand il s'agit du choix du dernier lieu de vie.

CHAPITRE 8 : LES RESSOURCES EN AMONT POUR ÉVITER LES SITUATIONS À RISQUES DE FRACTURES

LA PRÉVENTION DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR

La première entrée de notre analyse porte sur la prévention des fractures. Il s'agit de voir si en amont de cet événement, des améliorations opérationnelles peuvent être envisagées afin de l'éviter.

Les facteurs de risque des fractures sont connus : l'ostéoporose, la maigreur, les troubles de la vision, la perte d'autonomie, la baisse de la force et de la masse musculaire et l'usage de psychotropes. La médecine permet d'en traiter un certain nombre, mais la prévention permettrait d'en limiter l'usage médical.

La FESF chez la personne âgée se distingue de celle chez les victimes plus jeunes à plusieurs niveaux. D'abord en termes de causes puisque ce sont les chutes qui provoquent le plus de fractures chez les personnes âgées quand ce sont les chocs ou les traumatismes. Les conséquences diffèrent de par ses conséquences sur la perte d'autonomie et la mortalité à court et moyen terme pour les patients âgés. Les facteurs de risques diffèrent également entre ces deux populations principalement en raison de facteurs biologiques comme la perte de densité osseuse pour les personnes âgées.

LA PRÉVENTION DE LA FRAGILITÉ OSSEUSE

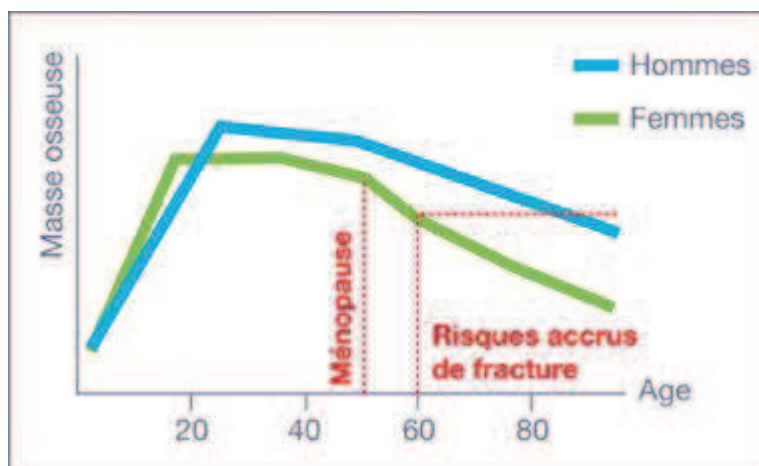
L'ostéoporose est une maladie osseuse qui associe à la fois une diminution de la densité de l'os et des modifications de son architecture interne. L'os devient plus fragile et, par conséquent, le risque de fractures est important. On estime que chaque année surviennent environ 50 000 fractures de l'extrémité supérieure du fémur, 35 000 fractures du poignet et 50 000 à 75 000 fractures vertébrales²⁴¹.

L'incidence de l'ostéoporose augmente avec l'âge et est plus fréquente chez les femmes après la ménopause. 25 % des femmes de 65 ans ou plus et 50 % des femmes de 80 ans et plus

²⁴¹ COLLEGE FRANÇAIS DES ENSEIGNANTS EN RHUMATOLOGIE. *Ostéoporose*. Université Médicale Virtuelle Francophone : 2008-2009, p.7

seraient atteintes d'ostéoporose en France²⁴². L'ostéoporose concerne environ 40 % des femmes ménopausées et 15 % des hommes après cinquante ans selon le Collège Français des Enseignants en Rhumatologie.

Figure 41 : Évolution de la masse osseuse au cours de la vie



Source 55 : <http://aporose.fr>

L'âge et le sexe sont donc des facteurs biologiques influençant l'apparition de l'ostéoporose. Les actions de prévention pour cette affection doivent particulièrement cibler les femmes ménopausées et certains hommes après cinquante ans.

D'autres facteurs favorisent également son apparition comme une minceur excessive, soit un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 19, l'inactivité physique ou une immobilisation prolongée; une carence en vitamine D notamment par manque d'ensoleillement en hiver; une carence en calcium due à un apport insuffisant ou à un régime inapproprié (riche en sel, en protéines et/ou en café), qui favorise la fuite de calcium dans les urines ; le tabagisme ; et l'alcoolisme²⁴³.

²⁴² DREES. L'état de santé de la population en France Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011, p.23

²⁴³ Site de l'Assurance maladie, Améli.santé. Consulté le 20/09/2013

La consommation excessive d'alcool est responsable d'une diminution de la formation de l'os et d'une insuffisance en hormones sexuelles, le tabagisme « *exerce une action nocive directe sur l'os. De plus, chez la femme, il peut entraîner une ménopause précoce et diminuer à ce moment-là l'effet protecteur des hormones sexuelles féminines. Enfin, il est responsable d'affections pulmonaires telles que la bronchite chronique, qui favorisent aussi la survenue de l'ostéoporose* »²⁴⁴ étant responsable d'une diminution de la formation de l'os et d'une insuffisance en hormones sexuelles. La prévention repose donc essentiellement sur une modification des habitudes de vie plus que sur des examens médicaux ou des traitements.

Trois actions de prévention ont un impact sur l'évitement de ces fractures : pratiquer une activité physique régulière, manger des aliments riches en calcium et avoir un apport suffisant en vitamine D.

Les études montrent que l'exercice physique est bon pour les os, tout au long de la vie²⁴⁵.

Les personnes en forme physiquement développent un meilleur équilibre et une meilleure coordination, ce qui réduit leur risque de chute. L'OMS recommande que les personnes âgées de 65 ans ou plus doivent pratiquer « *au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue* »²⁴⁶.

<http://www.ameli-sante.fr/osteoporose/definition-osteoporose.html>

²⁴⁴ Société Française de Rhumatologie. Dossier Ostéoporose.

http://www.rhumatologie.asso.fr/04-Rhumatismes/grandes-maladies/0A-dossier-osteoporose/B6_eviter_osteoporose.asp. Consulté le 10/10/2014

²⁴⁵ BROWN, J., JOSSE, R. “ Lignes directrices de pratique clinique 2002 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. ”, *Canadian medical association journal*, 2003, n°168, 39 p

ODD, JA., ROBINSON, RJ. “Osteoporosis and Exercise. ”, *Postgraduate Medical Journal* 2003 Jun, n° 79, pp.320-323.

²⁴⁶ OMS. L'activité physique des personnes âgées. Consulté le 10/10/2014

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/

Les activités physiques comprennent les loisirs, les déplacements à pied ou à vélo, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou les exercices physiques. Par exemple, pratiquer le jardinage au moins 1 heure par semaine serait un des meilleurs exercices²⁴⁷.

La deuxième action de prévention vise à manger des aliments riches en calcium. Presque toutes les cellules du corps ont besoin de calcium pour bien fonctionner. Avoir une alimentation qui contient suffisamment de calcium permet de combler les besoins du corps sans qu'il ait à puiser dans ses réserves, notamment les os. On peut obtenir un apport suffisant en calcium en mangeant régulièrement des produits laitiers, du saumon, de la sardine, des légumes vert foncé comme le brocoli, des produits à base de soya (tofu, lait de soya enrichi de calcium).

La troisième action de prévention consiste à avoir un apport suffisant en vitamine D. Cette vitamine est vitale pour la santé des os et des dents. Elle améliore l'absorption du calcium dans l'intestin et participe à la fixation de ce minéral dans les os. On trouve peu de vitamine D dans les aliments sous sa forme active, hormis dans les poissons comme la sardine, le maquereau, le hareng ou le saumon²⁴⁸. Certains aliments comme les yaourts, les céréales ou les margarines sont enrichis en vitamine D.

Ces deux dernières actions peuvent facilement être réalisées par la personne âgée sans l'intervention de tierce personne. En ce qui concerne la pratique d'une activité physique régulière, elle semble plus complexe à mettre en œuvre surtout chez les personnes âgées fortement dépendantes. Une intervention de professionnels de santé, tels les kinésithérapeutes, pourrait alors être envisagée.

Notre étude a pu conclure à un bon suivi des conseils de prévention sur la nutrition par les patients âgés. Les trois quarts des patients interrogés ont reçu des conseils nutritionnels de la part d'un médecin ou de leur entourage avant la fracture.

²⁴⁷ MayoClinic.com. Exercise with osteoporosis: stay active the safe way. www.mayoclinic.com. Consulté le 10/10/2014

²⁴⁸ <http://sante.journaldesfemmes.com/calories/classement/aliments/vitamine-d>. Consulté le 12/10/2014

Mais après la fracture, ils sont majoritaires à ne pas avoir reçu de conseils (cf. p.141).

Cette situation peut paraître paradoxale dans le sens où les conseils devraient plus fréquents après l'apparition d'un problème de santé pour éviter son développement ou sa récurrence. À l'inverse, les résultats pour les conseils de prévention sur l'activité physique montrent que la majorité des patients n'étaient pas informés avant la fracture (55 % des répondants), mais le sont davantage après (56 % des répondants).

Pour conclure, l'ostéoporose est un facteur de risque de FESF reconnu dont la prévention repose sur des actions simples de changements des comportements des personnes âgées. Les résultats de notre étude mettent en lumière la bonne diffusion et le bon suivi des conseils en nutrition en amont de la fracture et la bonne diffusion des conseils pour le maintien de l'activité en aval de la fracture. Il semble nécessaire de continuer à promouvoir ces messages de prévention notamment le maintien de l'activité physique. Le plus difficile est de trouver les moyens et les méthodes pour les mettre en œuvre auprès d'un public dépendant.

LES TROUBLES DE LA VISION

Les troubles de la vision sont des facteurs intrinsèques des chutes, c'est-à-dire qu'ils dépendent directement de l'individu, principalement de l'état de santé de la personne. En effet, si une personne voit mal, elle peut moins bien éviter les obstacles pouvant entraîner des chutes.

De même, ces troubles peuvent entrer dans le cercle du syndrome post-chute : les personnes voyant mal hésiteraient à se déplacer, cet évitement amenant à une baisse du degré d'autonomie, elle-même entraînant les chutes. Comme le souligne l'ophtalmologiste Christophe Orssaud, ophtalmologiste, le « *vieillesse physiologique de l'œil est un facteur aggravant de perte de repères, de désorientation spatio-temporelle et de désintérêt pour la vie sociale. Ce n'est pas la vision en tant que telle qui pose problème, mais toutes les actions qui lui sont liées, et ce d'autant plus que l'on vit dans une société où l'image est au centre de tout. Par exemple, lorsqu'une personne voit moins bien, elle va moins lire le journal ou regarder la*

télévision ; elle pourrait alors ne plus s'intéresser à ce qu'il se passe dans la vie politique »²⁴⁹

La prévention de ces troubles peut donc éviter les risques de chutes et de fracture associée. Tout au long de notre étude, ce problème de santé a été très peu évoqué, ce qui amène à questionnement. Ces troubles seraient-ils sous-estimés dans la prévention des chutes et comment les prendre en compte ?

Trois principales pathologies ophtalmiques liées au vieillissement sont répertoriées : la cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

La cataracte se caractérise par une perte progressive de la vision qui affecte d'abord la vision de loin et modifie la perception des couleurs. Cette maladie touche une personne âgée de plus de 65 ans sur cinq, trois sur cinq à partir de 75 ans et les deux tiers des plus de 85 ans²⁵⁰.

Le glaucome « est une maladie de l'œil caractérisée par des lésions du nerf optique. Il s'agit du nerf partant de la rétine, à l'arrière de l'œil, et transportant les images jusqu'au cerveau. Lorsqu'il est abîmé, le champ visuel est réduit. La vision est altérée et cela peut conduire à la cécité. Cette affection est la seconde cause de cécité en France, après la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). »²⁵¹ La fréquence du glaucome augmente avec l'âge surtout après 70 ans où plus de 10 % de la population aurait un glaucome²⁵².

Aussi, la DMLA est une dégradation d'une partie de la rétine (la macula), pouvant mener à la perte de la vision. Cette affection est la première cause de handicap visuel chez les personnes de plus de 50 ans comme le souligne l'INSERM

²⁴⁹ LEPORTOIS, D. “ Chez les personnes âgées, quand la vue diminue, toute la santé décline. ”, *Nouvel obs.* Article publié le 02-03-2012.

²⁵⁰ SOCIETE FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE (SFO). “ Les cataractes de l'adulte. ”, Site internet : SFO. Paris. <http://www.sfo.asso.fr/search/node/ataracte>. Consulté le 19/09/2014

²⁵¹ Site de l'assurance maladie. Dossier sur le glaucome. <http://www.ameli-sante.fr/glaucome/quest-ce-que-le-glaucome.html> Consulté le 19/09/2014

²⁵² Société française du glaucome. <http://www.leglaucome.fr/> Consulté le 19/09/2014

« Toutes formes confondues, cette maladie concerne environ 8 % de la population française, mais sa fréquence augmente largement avec l'âge : elle touche 1 % des personnes de 50 à 55 ans, environ 10 % des 65-75 ans et de 25 à 30 % des plus de 75 ans .»²⁵³

La prévention de ces pathologies consiste prioritairement en un suivi régulier chez un ophtalmologue. On peut alors s'intéresser à la démographie médicale de cette spécialité dans la région. L'Alsace compte en 2010 140 ophtalmologues principalement implantés en milieu urbain, ce qui donne une densité de 6 spécialistes pour 100 000 habitants.

Cette densité est la même en moyenne nationale²⁵⁴. Cette étude précise qu' « en Alsace, quatre habitants sur dix ont accès à un spécialiste dans leur commune de résidence »²⁵⁵. Pour les autres habitants, le temps de trajet varie avec la distance du lieu de vie, mais dépasse très rarement les 25 minutes. La prise en charge des patients dans cette spécialité semble donc satisfaisante.

Des aides techniques contribuent également à pallier la baisse de l'acuité visuelle comme les lunettes ou les loupes. Si les personnes âgées peuvent accéder facilement à un ophtalmologiste, des études ont démontré les renoncements aux soins d'optique pour raison financière²⁵⁶.

²⁵³ INSERM. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/degenerescence-maculaire-liee-a-l-age-dmla>. Consulté le 19/09/2014

²⁵⁴ CALLEWAERT, D., FRYDEL, Y. « En Alsace, des spécialistes à moins de vingt-cinq minutes pour neuf patients sur dix. », *Les chiffres pour l'Alsace*, Insee, janvier 2014, n° 47, p.1

²⁵⁵ Idem, p.3

²⁵⁶ DESPRES, C., DOURGNON, P., FANTIN, R., JUSOT, F. « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. », *Questions d'économie de la santé* Irdes, 2011, n° 170, pp.1-6.

VACAS, F., KRAUS, F. « Le système de santé, l'accès aux soins et les couvertures complémentaires. », Ipsos, 10 octobre 2007. Consulté le 11/03/2014 <http://www.inarchive.com/page/2011-02-25/http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/systeme-sante-1%E2%80%99acces-aux-soins-et-couvertures-complementaires>

Pour exemple, « En 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10 % de la population concernée) et, dans une moindre mesure, l'optique (4,1 %) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4 %) .»²⁵⁷ Les honoraires libres pratiqués par ces professionnels expliqueraient en partie des difficultés d'accès à ces soins.

Cet aspect peut trouver des solutions dans la mise en place de politiques locales de santé concernant l'accès aux soins, par exemple augmenter l'APA, faciliter l'accès aux aides comme l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), par exemple, attribuée par la Caisse d'assurance maladie selon un plafond de revenus défini, qui permet de financer tout ou partie d'une complémentaire santé et ainsi d'accéder aux soins.

En dernier lieu, des adaptations du logement peuvent être réalisées par la personne âgée dans son quotidien comme augmenter l'éclairage des pièces et enlever les obstacles tels des câbles électriques, des meubles volumineux dans les lieux de passages. Des conseils de professionnels tels les ergothérapeutes et des aidants participent à cet axe de prévention. Les efforts pourraient être réalisés puisque les résultats de notre enquête concluent à une méconnaissance générale des aides disponibles à l'adaptation du logement (cf. p.141).

En France, comme en Alsace, plusieurs organismes proposent ces aides. Nous pouvons citer la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) proposant une aide qui vise à améliorer le bien-être de la personne âgée à son domicile ; l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) qui subventionne certains aménagements de la maison visant à améliorer l'autonomie de la personne, et les associations telles la Fédération nationale d'habitat et développement, l'ANIL

MEDECINS DU MONDE., ORS MIP. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Rapport 2010. Médecins du monde, 2011, 260 p.

LOMBRAIL, P., PASCAL, J., LANG, T. “ Inégalités sociales de santé. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? ”, *Santé, société, Solidarité*, 2004, vol. 3, n°2, pp. 61-71.

²⁵⁷ DESPRES, C., DOURGNON, P., FANTIN, R., JUSOT, F. “ Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. ”, *Questions d'économie de la santé* Irdes, 2011, n° 170, p.1.

(l'Agence nationale pour l'information sur le logement) et le PACT ARIM qui conseille gratuitement sur les différents aménagements à effectuer. Enfin, le crédit d'impôt et la TVA à 5,5 % (au lieu de 10 %) sont des mesures fiscales permettant de réduire les dépenses des travaux effectués pour favoriser l'autonomie.

Notre recherche montre qu'une meilleure communication de ces différentes aides peut concourir à la prévention des chutes et des FESF.

LA MÉDICATION

Il existe un certain nombre de freins à la mise en place d'aides à domicile et à l'entrée en hébergement pour personne âgée. On peut se demander si l'offre proposée par les professionnels de santé est bien pensée en fonction des personnes âgées ? Y'a-t-il un décalage entre l'offre et la demande, entre les pratiques professionnelles proposées sur le marché et les usages personnels de l'offre ?

Aucune étude ou analyse n'a jusqu'ici été menée sur l'usage par les personnes âgées des aides techniques et humaines conçues pour elles. Or, il existe, comme nous l'avons déjà vu, une multitude de données quantitatives sur les usagers de ces aides : leurs sexes, leurs âges, leurs GIR.

Il faudrait en savoir davantage sur l'utilisation réelle des bénéficiaires, leur point de vue ou l'acceptation qu'ils peuvent en avoir, sur leur impact dans la vie quotidienne, sur le sens véritablement donné à ce qui se passe lors de l'entrée de ces aides dans l'espace personnel.

Pour approcher cette question, une base théorique est nécessaire. Celle de la sociologie des pratiques et des usages développée notamment par Michel De Certeau ²⁵⁸ semble particulièrement appropriée pour cerner le décalage possible entre ce qui est prescrit ou attendu par un professionnel et par l'utilisateur.

²⁵⁸ DE CERTEAU, M. *L'invention du quotidien, tome 1 : Arts de faire*. Paris : Gallimard, 1990, 347 p.

Dans un premier temps, la sociologie des pratiques et des usages met en lumière que l'usage ne se réduit pas aux seules formes d'utilisation prescrites. Ce courant sociologique né dans les années 1980 se concentre tout principalement sur les nouvelles technologies, la communication et la diffusion. Même si cela semble éloigné de notre sujet, deux éléments en sont communs : l'idée principale est que les usagers font un usage tout à fait personnel d'un outil parfois en décalage avec la « notice »; et que les nouvelles technologies entrent de plus en plus dans l'espace personnel de la personne âgée comme le téléphone portable, l'ordinateur, la domotique et l'alarme. Il y a un décalage entre l'utilisation attendue et utilisation réelle d'un produit ou d'un service.

Pour illustrer le décalage entre l'offre et l'usage, l'exemple du médicament est tout à fait approprié d'autant que la médication des personnes âgées est une donnée capitale dans le traitement de la fracture du col du fémur. En moyenne, un Français consomme 48 boîtes de médicaments par an et, selon le ministère français de la Santé, on décompte 128 000 hospitalisations et 8 000 décès annuels du seul fait de mauvaises interactions médicamenteuses.

L'anthropologie et la sociologie ont fait du médicament un objet d'étude à part entière²⁵⁹ en écho à l'actualité. En effet, l'actualité aujourd'hui relate l'affaire du Médiateur, les risques de médicaments, la publication de chiffres sur la surmédication, le développement des sites internet et forums sur les questions de santé. Voilà autant de sujets qui mettent régulièrement le médicament sur le devant de la scène publique.

²⁵⁹ DESCLAUX, A., LEVY, J. "Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?" *Anthropologie et Sociétés*, 2003, vol. 27, n° 2, p. 5-21.

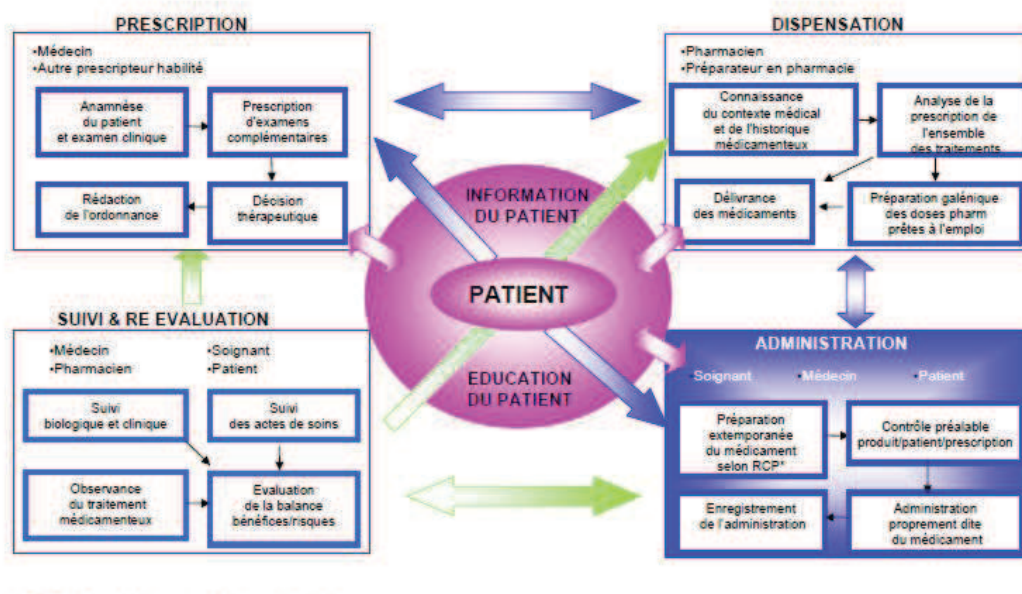
FAINZANG, S. *Médicaments et sociétés. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris : Presses Universitaires de France, 2001, 156 p.

CHAST, F. *Histoire contemporaine des médicaments*. Paris : La découverte. 1995, 280 p.

FAURE, O. (dir.), *Les thérapeutiques. Savoirs et usages*. Lyon: Fondation Marcel Mérieux. 1999, 486 p.

En établissement de santé, selon l’HAS (Haute autorité de santé), le circuit du médicament est composé d’une série d’étapes successives, réalisées par des professionnels différents : la prescription qui est un acte médical, la dispensation qui est un acte pharmaceutique et l’administration qui est un acte infirmier ou médical. Chaque étape de ce circuit est source d’erreurs potentielles qui peuvent engendrer des risques pour la santé du patient.

Figure 42 : Le macro-processus du circuit du médicament



Source 56 : E. Dufay, F.Locher, E. Schmitt. Janvier 2008

Le médicament fait ainsi l’objet d’une surveillance particulière et se retrouve au centre des procédures précisément décrites que les professionnels de santé n’ont d’autres choix que de respecter. Mais que se passe-t-il une fois que le médicament a été transmis au patient ? Que peut générer comme craintes ou comme résistances pour le soigné l’administration d’un médicament par le soignant ? Quel sens peut avoir le médicament ? Que représente-t-il pour le patient ? Si nous approfondissons la question au-delà des règles formelles qui sont celles des établissements de soins, comment peut-on analyser d’un point de vue socio-anthropologique la prise de médicament ? L’intérêt pour le thème des médicaments s’inscrit dans un mouvement général de la recherche actuelle, dans le domaine de la santé qui traduit les

préoccupations de la société tout entière face à la consommation médicamenteuse et qui donne lieu à de nombreuses publications et manifestations.

Les recherches en sciences sociales sur les médicaments se sont développées, et ce depuis les années 1970, sur des questions diverses et autour de grands problèmes de santé publique: les stratégies commerciales, les transgressions des normes de prescription par les professionnels, l'accès aux médicaments, les consommations, l'automédication, l'inobservance, etc.

Le médicament est en effet un objet à partir duquel on s'est posé des questions très diverses et qui a été approché de multiples façons. Il a ainsi été interrogé sous l'angle de sa matérialité. Certains travaux ont analysé ce qui se joue, socialement, dans l'élaboration de la forme des médicaments, selon que l'utilisateur supposé a tel âge ou tel sexe, ou encore telle position sociale, montrant que le statut du patient auquel le médicament s'adresse se trouve inscrit dans la forme même du médicament²⁶⁰. Par-delà l'intérêt qu'elles ont manifesté pour l'étude du rôle spécifique des nombreux acteurs impliqués dans la distribution des médicaments (les firmes pharmaceutiques, les agences, les associations de malades, les pouvoirs publics, etc.), les sciences sociales se sont aussi interrogées sur les données de leur consommation, un axe préférentiellement suivi par les études quantitatives, et qui a conduit de nombreux chercheurs à réaliser des travaux sur ce qu'il est convenu d'appeler la « surconsommation » médicamenteuse.

D'une manière générale, l'usage des médicaments a fait l'objet de l'attention inquiète des spécialistes de la santé publique, tant il est admis, désormais, qu'il est abondant, voire excessif. La plupart des travaux accomplis sur l'usage des médicaments dans les sociétés occidentales s'accordent en effet pour constater l'inflation de la consommation, la banalisation du médicament et les usages irrationnels qui en sont faits, soulignant, dans une perspective de santé publique, la nécessité d'une campagne de sensibilisation au « bon usage » du médicament. Dans le cadre des enquêtes sur la consommation, la question de l'observance a retenu l'attention d'un grand nombre de sociologues et d'économistes, qui ont tenté de déterminer, au moyen d'enquêtes statistiques, le rapport entre la non-observance et des

²⁶⁰ AKRICH M. “ Petite anthropologie du médicament. ”, *Techniques et culture*. décembre 1995, n°25-26, janvier, pp.129-157.

facteurs tels que la classe sociale, l'âge, le sexe, l'éducation et le statut marital ou professionnel.

Après avoir examiné la littérature sur le sujet, certains auteurs²⁶¹ ont constaté qu'il y avait peu de relations convaincantes, ou qu'il y avait des relations contradictoires, entre, d'une part, l'observance et, d'autre part, l'âge, le sexe ou le niveau intellectuel des patients. En revanche, d'autres études ont montré des degrés d'observance variables en fonction des classes pharmacologiques ou thérapeutiques des médicaments utilisés²⁶².

Un autre axe autour duquel se sont construites les études sur la consommation médicamenteuse est l'automédication. Les auteurs s'accordent aujourd'hui pour considérer que la notion d'automédication doit être envisagée dans une acception beaucoup plus large que l'emploi de médicaments sans prescription médicale²⁶³, dans la mesure où un médicament peut être consommé dans un contexte différent de celui dans lequel il a été prescrit, soit pour une autre affection, soit à un autre moment, et qu'il convient de refuser une vision trop restrictive de l'automédication qui ne tiendrait pas compte de tous les usages possibles et non maîtrisés de l'ordonnance, comme acquérir les médicaments pour plus tard ou pour quelqu'un d'autre. Comme le note justement N. Molina²⁶⁴, lorsqu'un patient demande au médecin de lui prescrire un médicament qu'il juge efficace, c'est en vérité le malade qui se prescrit à lui-

²⁶¹ ANKRI, J., LE DISERT, D., HENRARD, J.C. “ Comportements individuels face aux médicaments, de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature. ”, *Santé publique*, 1995, n°4, pp. 427-441.

CONRAD, P. “ The meaning of medications: another look at compliance. ”, *Social Science & Medicine*, 20, 1, 1985, pp. 29-37.

²⁶² DUNBAR, M.J., STUNKARD, A.J. Adhérence to diet and drug regimen, In: LEVY, R., RIFKINK, B., DENNIS, B., ERNST, N. eds, *Nutrition, lipids, and coronary heart disease*. New York: Raven Press, 1979, pp. 391-423.

²⁶³ LECOMTE T. “ L'automédication a-t-elle un avenir en France ? ”, *Prospective et Santé*, 47-48, 1988, pp. 187-190.

²⁶⁴ MOLINA, N. *L'automédication*. Paris : Puf, 1988, 264 p.

même un produit par l'intermédiaire et avec la caution du médecin. L'automédication est une pratique sur laquelle se penchent aujourd'hui de nombreux auteurs²⁶⁵.

Le médicament est aujourd'hui l'un des dispositifs centraux du système de santé tel qu'il prévaut dans les pays occidentaux. Il se trouve au cœur de la relation thérapeutique : la consultation débouche presque toujours, et ce, autant sous la pression des patients qu'à l'initiative du médecin, sur la rédaction de l'ordonnance. Celle-ci substitue à l'énoncé parfois confus des malaises du patient la prescription de remèdes qui circonscrivent doublement ces malaises, parce qu'ils les incluent dans une pathologie définie et sont censés les faire disparaître ou du moins les atténuer.

Chez les sujets âgés, les principales données proviennent de l'enquête ESPS de l'Irdes. Ainsi, les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile consomment en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée, et ceux de 80 ans et plus, 4,4. Quant aux personnes vivant en institution, elles consomment en moyenne 5,2 médicaments par jour (Enquête Paquid²⁶⁶).

La consommation de médicament est dominée par les médicaments à visée cardiovasculaire, puis de l'appareil digestif, de l'appareil locomoteur et les psychotropes. Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs chez les personnes âgées.

Les études sur l'observance thérapeutique chez les personnes âgées montrent des résultats contrastés. D'après la HAS, « *l'âge en soi ne serait pas un facteur de mauvaise observance. La polymédication est le plus souvent retrouvée dans les études comme un facteur de risque indépendant, ainsi que certaines comorbidités : la dépression, les troubles cognitifs, mais*

²⁶⁵ BUCLIN, T., AMMON, C. *L'automédication. Pratique banale, motifs complexes*. Genève : Éditions Médecine et Hygiène, 2001, 288 p.

²⁶⁶ PAQUID est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible. Cet objectif est réalisé au moyen de la mise en place d'une cohorte de 4134 personnes âgées en Gironde et en Dordogne, suivies depuis 1988 et jusqu'à au moins 2003.

*aussi l'HTA du fait de son caractère asymptomatique. À l'inverse, la sévérité de la maladie améliorerait l'observance des traitements. »*²⁶⁷

Sophie Lacaille²⁶⁸ explique que le taux d'observance des traitements varie de 26 % à 59 % selon la définition retenue et la méthodologie utilisée (test urinaire, sanguin, entretiens qualitatifs.) Il faudrait rechercher chez le malade, sa perception de son état de santé, de la gravité de sa maladie, des bénéfices du traitement, des contraintes du traitement; et rechercher des croyances irrationnelles ou erronées. Les erreurs sont de plusieurs types : les erreurs de type omission, les erreurs de dose (sur ou sous-dosage), les erreurs d'intention, les erreurs dans les conditions de prise ou dans l'heure de la prise et l'automédication. Aussi, les erreurs peuvent être intentionnelles selon que le patient considère la présence d'effets indésirables, a une crainte d'effets indésirables ou d'absence d'efficacité ; ou non intentionnelles lorsqu'il s'agit d'oubli ou d'une mauvaise compréhension.

Notre réflexion amène à se questionner sur les effets indésirables de la médication telle l'altération des réflexes et de la vigilance ou la somnolence ; et sur les moyens de les éviter.

La HAS présente des données sur ces effets indésirables et leurs conséquences chez la personne âgée : *« En médecine générale, il a été rapporté une fréquence de 22 évènements indésirables associés aux soins (EIAS) / 1 000 actes, dont 25 % ont des conséquences cliniques et 2 % sont considérés comme graves. Le médicament est la première cause d'EIAS. La iatrogénie médicamenteuse représente, à elle seule, 20 % des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans et 25 % des admissions des plus de 85 ans. Une majorité (50 à 70 %) des évènements indésirables résultant d'une prise en charge inappropriée sont considérés comme évitables »*.²⁶⁹

²⁶⁷ LEGRAIN, S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. HAS, 2005, 16 p.

²⁶⁸ LACAILLE, S. *Observance des traitements médicamenteux*. Paris, Thèse, CHU Bichat, 2002

²⁶⁹ HAUTE AUTORITE DE SANTE. “ Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? ”, *Points clés et solutions*, septembre 2014. 13 p.

Elle propose également des solutions afin de limiter ces effets indésirables, comme une meilleure surveillance clinique, un accroissement de l'information et de l'éducation des patients et la coordination entre prescripteurs, par exemple entre les médecins spécialistes, généralistes et hospitaliers.

Une dernière piste d'amélioration réside dans la formation des médecins. Nous savons que la médecine se divise en spécialités, chacune proposant ses traitements médicamenteux. La spécialisation de la médecine et la multiplication des prescriptions possibles amènent à ces effets indésirables. La sensibilisation accrue des médecins aux spécificités des traitements chez les personnes âgées pourrait se développer lors de la formation.

Pour conclure, une meilleure médication des patients âgés permettrait de limiter les risques de chute et de fracture. Cela passe par des changements de comportements des patients eux-mêmes et par une sensibilisation des professionnels prescripteurs et fournisseurs de médicaments.

LES LIEUX DE LA FRACTURE

Un autre élément semble poser question quant à la prévention des chutes et des fractures du col du fémur. Il s'agit du lieu de l'évènement. Notre recherche montre que le principal lieu dans lequel survient l'incident menant à la fracture est le lieu de vie et en particulier le domicile. Nous venons de voir que des actions simples de prévention permettent de limiter les risques. Or notre population d'enquête se compose de presque un tiers de résidents d'EHPAD et pour 16 %, l'accident a eu lieu à l'extérieur du domicile. Ces deux faits amènent à penser les lieux de la fracture notamment les EHPAD et l'espace public.

Concernant les chutes en EHPAD, un paradoxe émerge. Ce lieu de vie pour les personnes âgées est censé être adapté à la dépendance, à la perte d'autonomie et être surveillé par des professionnels de santé ; et pourtant c'est un lieu où les patients chutent. Comment expliquer ce paradoxe ? Un premier élément de réponse reprend les données témoignant d'un état de santé plus dégradé et un degré de dépendance élevé pour les résidents d'EHPAD alsaciens, deux facteurs de risques de chute.

Le manque de sensibilisation et de formation des soignants sur les risques de chutes serait un deuxième élément de réponse. *Le guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD*²⁷⁰ rédigé par la Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie souligne cet état de fait et propose de sensibiliser le personnel au problème des chutes, de repérer les sujets les plus à risque comme ceux qui sont déjà tombés et ceux qui cumulent les facteurs de risque de chute, d'inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière, de réduire les temps d'alitement des personnes âgées malades et les remettre rapidement à la marche, et de faire adopter de bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche. En outre, ce guide traite d'autres solutions de prévention des chutes en établissement, tels l'aménagement des locaux et la prévention de la dénutrition.

Une pratique est également dénoncée : « *L'usage des contentions physiques doit être limité et codifié (Recommandations de l'ANAES 2000). Les contentions entraînent un déconditionnement physique et souvent une confusion mentale qui sont à l'origine d'un risque plus élevé de chute* »²⁷¹.

Une étude menée en région parisienne²⁷² analyse 115 chutes répertoriées pour 39 résidents pour une institution qui en héberge 80. Les résultats mettent en lumière l'espace privé (chambre/salle de bains) dans 80 % des cas de chute. La surveillance par les professionnels semble aller à l'encontre des droits des résidents. De même, l'état du résident est en lien avec la chute puisque : « *21 résidents ont présenté une modification de leur état habituel (malaise, fièvre.)* »²⁷³, comme le chaussant du résident « *54 % portaient des chaussures, étaient-elles*

²⁷⁰ Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Octobre 2007, 115 p.

²⁷¹ Ibid. p. 28

²⁷² DESTERNES, D. *Analyse de 6 mois de chutes en EHPAD. Prévention et prise en charge du résident chuteur*. DIU de Formation à la Fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD. Université René Descartes Paris V, Faculté Cochin-Port-Royal. Année 2008-2009, 34 p.

²⁷³ Ibid. p.29

*bien adaptées ? 16% portaient des chaussons, inadaptés pour la plupart, 1% en bas ou chaussettes, aucune adhérence, 29% pieds nus, la totalité des chutes durant la nuit ».*²⁷⁴ Ce dernier point illustre que l'adaptation de l'environnement et les changements de comportements des résidents peuvent réduire les risques de chutes. Nous pouvons mettre en lien notre recherche avec un résultat de cette étude sur le matériel utilisé lors de la chute. En effet, la plupart des résidents se servaient d'un déambulateur ou d'une canne au moment de la chute. Cela questionne les usages des aides qu'en font les personnes âgées. Pour nos patients, les aides à la marche sont de la même manière utilisées de façon « personnelle ». Que ce soit la canne, le déambulateur ou le fauteuil roulant, leur utilisation se fait en fonction du moment et pour des déplacements particuliers. Beaucoup de personnes enquêtées expriment l'utilisation parcourue qu'elles font de ces aides le plus souvent prescrites.

La non-utilisation est parfois justifiée par la sensation de bien-être de l'utilisateur qui se sent en capacité de réaliser son déplacement sans aide. L'aide est jugée comme non pratique lorsqu'elle entraîne plus de difficultés comme c'est le cas pour faire entrer un déambulateur dans la salle de bain. Parfois même, l'objet est détourné de sa fonction d'aide au déplacement : une canne servant à rapprocher un autre

objet, à allumer la télévision, un déambulateur sert de tabouret ou de reposoir à journaux. L'utilisation de la téléalarme peut faire l'objet d'une pareille analyse pour montrer comment les utilisateurs d'aides que sont les personnes âgées détournent les prescriptions ou les injonctions d'ordre médical et paramédical. Dans les discours des personnes rencontrées, plusieurs références en témoignent. Pour la téléalarme, les manières de la placer sur son corps (poignet ou autour du cou), les « opportunités » de l'utiliser, et les temps de portage sont souvent détournés. Plusieurs personnes déjà utilisatrices expliquent que le plus souvent la partie du corps où attacher l'alarme ne leur convient pas et préfèrent la disposer sur un meuble « à portée de main ». Certains moments de la journée comme la toilette ou les déplacements perçus comme « banals » ou non à risques, sont considérés comme ne nécessitant pas le port de l'alarme.

²⁷⁴ Ibid. p 23

Les moments où l'utilisation serait préconisée ne sont pas non plus compris de la même manière par l'ensemble des usagers. Un exemple frappant est qu'une personne qui avait déjà chuté ne l'a pas utilisée pour appeler les secours. Une autre n'ose plus l'avoir au poignet, car le dispositif appelait les secours par inadvertance.

Après avoir vu quelques problématiques en établissement pour personnes âgées, intéressons-nous aux chutes dans l'espace public. D'après l'enquête Epac²⁷⁵, 12 % des accidents de la vie courante ont lieu dans l'espace public et particulièrement pour les hommes. La moitié des chutes extérieures ont lieu dans la rue, les stationnements ou le trottoir, partout où les surfaces sont inégales, glissantes ou mal éclairées. Elles se produisent le jour, environ une fois sur 2 au cours d'activités courantes de déambulation, la personne âgée disant une fois sur 4 avoir glissé ou trébuché. L'aménagement de l'espace public semble donc parfois faire défaut que ce soit en termes d'éclairage ou de revêtements de sol. Les actions de prévention des chutes passeraient également par les municipalités.

La particularité d'une prédominance des chutes à l'extérieur par les hommes est remarquable. Les messages de prévention spécifiques à ce public et à ce lieu pourraient être diffusés.

La prévention des chutes et des fractures du col du fémur passe par différents acteurs : les personnes âgées, les professionnels de santé et les collectivités. Ce chapitre montre que des actions simples peuvent limiter les facteurs de risque et le recours au médical. C'est notamment le cas pour l'aménagement du logement, les comportements et habitudes de vie des personnes âgées comme l'alimentation et l'activité physique et la meilleure communication et diffusion des aides possibles au maintien de l'autonomie.

Ceci dit, un grand nombre d'actions dépendent des professionnels de santé. Ces derniers sont en première ligne lorsqu'il s'agit d'éviter les effets indésirables liés à la médication et pour éviter les chutes en établissements pour personnes âgées.

²⁷⁵ THELOT, B., RICARD, C. *Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Année 2004*. Réseau Epac. Institut de veille sanitaire, juillet 2006

Cela nous amène à réfléchir sur la médicalisation de la société et aux effets d'une déresponsabilisation de la personne âgée dans les types de prises en charge proposées et aux messages de prévention.

LA MÉDICALISATION DE LA SOCIÉTÉ ET LA DÉRESPONSABILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

Pour approfondir notre analyse, il est opportun de revenir sur le phénomène de médicalisation de la société qui s'est amplifié dès les années 1950 et qui a fait de la vieillesse une problématique médicale. La montée en puissance de la médecine ou plutôt du savoir médical s'est faite progressivement. De même, le médical est entré dans la sphère du social en exerçant notamment son pouvoir de contrôle social. « *Ainsi tout problème individuel, mais aussi social peut, grâce aux avancées biomédicales, recevoir une réponse technique adaptée.* »²⁷⁶ Parallèlement, la France participe au développement de la nouvelle vision de la santé de l'OMS où les individus deviennent acteurs de leur santé. Le développement de la santé publique et de la notion de facteur de risque avec l'apparition du virus VIH/sida viennent placer les questions de santé dans la sphère sociale et individuelle. Le médical est partout.

On peut parler de médicalisation des problèmes sociaux lorsque le domaine d'application de la médecine s'étend à des questions qui se posent dans le monde social, aux normes régissant les conduites et les modes de vie, au travail. On décerne « *La tendance (...) à la médicalisation d'un nombre grandissant de secteurs du champ social, la tendance de plus en plus marquée à chercher auprès du corps médical et de spécialistes une écoute, sinon une solution* »²⁷⁷. Le médical devient souvent social et inversement : « *on peut penser aux comportements et/ou conditions tels que le tabagisme, l'hyperactivité avec ou sans déficit d'attention, la ménopause, les phases de la naissance et de la mort, les relations sexuelles, les dépendances*

²⁷⁶ PIERRET, J. « Entre santé et expérience de la maladie. », *Psychotropes*, vol 14, 2008, pp. 47-59

²⁷⁷ Le Monde, col.6, 16 avr. 1980, p.15.

*aux psychotropes, au jeu, affectives et amoureuses, cyberdépendances, achat compulsif, troubles de l'humeur, etc. »*²⁷⁸

On peut trouver également le terme de pathologisation de l'existence ou de « médicalisation de l'existence » comme le définit R. Gori²⁷⁹. On en viendrait jusqu'à dire que « *la médecine a fait tant de progrès que plus personne n'est en bonne santé.* »²⁸⁰ Il s'agit là d'un paradoxe avec d'un côté le plaidoyer de l'avancée de la médecine et de l'autre son procès. Nous avons connu des avancées grâce à la médecine : augmentation de l'espérance de vie et de la qualité de vie, réponse à des difficultés de plus en plus variées comme la sexualité. De l'autre côté, l'explosion des médicaments mis sur le marché fait augmenter le nombre d'effets secondaires, et nous assistons à l'apparition de nouveaux malades non reconnues par les classifications médicales comme Classification internationale des maladies, et Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. C'est le cas pour la spasmophilie²⁸¹ ou la fibromyalgie²⁸².

Le rôle des nouveaux médias contribue à la diffusion de cette médicalisation avec l'apparition des E-médecine et l'explosion des forums spécialement dédiés à la santé. On pourrait schématiser le discours des médias de telle sorte : « *au niveau de l'ensemble de la société, bien vieillir, ce n'est pas vieillir.* »²⁸³

La vieillesse fait partie intégrante de cette vision médicalisée de la société, elle est donc principalement perçue comme un problème médical :

²⁷⁸ COLLIN, J., JACOB SUISSAB A. « Les multiples facettes de la médicalisation du social. », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 26.

²⁷⁹ GORI, R.; DEL VOLGO, M-J. *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence.* Paris : Denoel, 2005, 272 p.

²⁸⁰ Aldous Huxley.

²⁸¹ La spasmophilie est un syndrome regroupant un ensemble de symptômes liés à un état anxieux

²⁸² La fibromyalgie est une maladie caractérisée par un état douloureux musculaire chronique (myalgies diffuses) étendu ou localisé à des régions du corps diverses.

²⁸³ PULJALON, B. « Pour une approche culturelle et sociale du vieillissement. », *Documents CLEIRRPA-Cahier*, n°22, Avril 2006

« les modèles explicatifs de la vieillesse qui sont aujourd'hui dominants : en tout premier lieu, le paradigme biomédical s'est imposé au détriment d'une approche sociale de la vieillesse (...) le modèle explicatif de la vieillesse qui va mal et de fait définit la vieillesse comme un état pathologique »²⁸⁴, « Si l'image du sénior repose sur des critères économiques et sociaux qui manifestent toujours une volonté d'intégration, celle de la personne âgée dépendante s'inscrit dans le registre du biomédical. C'est le moment du bilan des potentialités physiques et intellectuelles indépendamment de l'âge chronologique. »²⁸⁵ Les analyses sociologiques et surtout médicales menées dans les années 2000 mettent en premier plan le déclin physique et psychique (avec une prédilection pour Alzheimer et maladies apparentées) avec comme principale réponse les traitements médicaux. L'essor de la chirurgie esthétique pour masquer les rides, retendre la peau, remonter les paupières, réimplanter des cheveux en est un bon exemple.

De même, la chirurgie en général est capable de redonner du souffle aux organes et aux organismes grâce aux pace-macker, aux prothèses, et aux implants. Des médicaments tels la déhydroépiandrostérone (DHA ou DHEA), les antioxydants, pour les troubles de l'érection témoignent également de la médicalisation de la vieillesse. D'autres industries comme les cosmétiques ou l'alimentation mettent en vente des produits antvieillesse. Tout cela nous amène à penser que cette phase de la vie se définit prioritairement comme une maladie dont on peut soigner les maux grâce à la médecine curative et préventive.

Notre enquête a mis au jour que la population âgée se différencie des populations plus jeunes par un accroissement des pathologies et une diminution des facultés physiques et psychiques. De même, la population âgée alsacienne se distingue de celle des autres régions par des niveaux de dépendance supérieurs et des prévalences plus élevées pour le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Il s'agit là d'une vision somme toute très médicalisée. À l'inverse, notre étude montre qu'il n'y a pas forcément de lien entre qualité de vie et niveau de dépendance ou état de santé.

²⁸⁴ ENNUYER, B. « Les paradigmes de la vieillesse. », *Documents CLEIRRA-Cahier n°22*. Avril 2006, p.3.

²⁸⁵ PULJALON, B. « Pour une approche culturelle et sociale du vieillissement. », *Documents CLEIRRA-Cahier, n°22*, Avril 2006, p.6

Nos enquêtés ne se sentent pas tous malades ou alors à certains moments comme la chute. Nous avons pu approcher le vieillissement sous l'angle de la médicalisation et inversement la médicalisation sous l'angle du vieillissement. Pourquoi ce décalage dans les représentations sociales de la vieillesse?

Une première réponse réside dans le développement de la gériatrie et de la gérontologie, deux spécialités médicales, ainsi que dans la professionnalisation des métiers de l'autonomie. La vieillesse étant définie prioritairement comme un ensemble de problèmes médicaux, c'est bien une réponse médicale qui est attendue. La société semble donc pencher pour une prise en charge médicale, faute d'alternatives plus sociales « *On assiste à différents types de transferts de légitimité : du religieux au médical, du moral au médical, du magique au médical, de la famille vers les institutions médicalisées.* »²⁸⁶ La médicalisation se fait plus particulièrement ressentir dans les moments critiques, dans des processus de rupture, lorsque la découverte d'un état pathologique prend le pas sur des situations de bien-être.

C'est le cas lors d'une hospitalisation ou d'une dégradation brutale de l'état de santé, mais aussi lorsque « *l'équilibre n'est pas rompu, mais simplement fragilisé, pour certaines activités (la marche n'est plus très assurée, la conduite automobile jugée de plus en plus dangereuse, etc.)* »²⁸⁷, lorsque des difficultés s'installent progressivement.

Notre travail de recherche a montré que les décisions se prennent finalement dans l'urgence, devant le fait indéniable qu'il faille changer, s'adapter, être aidé ; mais que même dans ces situations, le retour à la vie d'avant la chute est souvent un fait. On peut alors se demander ce qui constitue un changement biographique dans la vie de cette population. Les analyses sociologiques apportent des éléments de réponse et en premier lieu le veuvage, puis l'entrée en institution et l'apparition d'une maladie. Selon les personnalités et les parcours de vie, ces événements constituent une rupture ou un simple tournant, ou changement biographique. Les personnes âgées ayant participé à notre étude témoignent d'abord d'une rupture liée à l'hospitalisation et à la prise de conscience d'une autonomie en baisse.

²⁸⁶ POULAIN, J-P. Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Paris : Privat, 2002, p.193

²⁸⁷ LEIDER, B. “ Les recommandations médicales au secours des familles en période critique. ”, *Retraite et société*, n° 67, 2004, p.44

Puis avec le recul et le retour le plus souvent au lieu de vie antérieur l'évènement de la fracture semble plus être vécu comme un accident dans leur parcours de vie. La chute et le traumatisme restent en mémoire, mais ne modifient pas de manière significative leur quotidien d'avant.

En outre, la sociologie du vieillissement ne s'est intéressée qu'après coup à son aspect pathologique, de même que la sociologie de la santé ne s'est intéressée que tardivement aux questions du vieillissement. La sociologie du vieillissement s'est développée dans les années 1960 avec des interrogations sur les rapports de générations, le parcours de vie ou les représentations et constructions sociales de la vieillesse. Ce n'est que 30 ans plus tard que les analyses ont porté sur l'éclosion d'une nouvelle catégorie sociale des seniors grands consommateurs et des personnes dépendantes qui font émerger des questions de financement des retraites et de prises en charge. Pour comprendre le décalage entre les représentations sociales et la vieillesse, il faut se pencher sur la prise en compte du vieillissement et de ses conséquences dans les politiques publiques.

L'émergence de la notion de cinquième risque de l'assurance maladie²⁸⁸ marque bien la création d'une nouvelle catégorie de la population incluant principalement les personnes âgées et handicapées, personnes considérées comme fragiles. *« Les facteurs de fragilité retenus par le gouvernement sont notamment les troubles de la marche et les chutes, la dénutrition, l'incontinence, une mauvaise observance thérapeutique ou une complication iatrogénique, l'arthrose et l'ostéoporose, la perte d'audition ou de vision, la dépression et l'isolement social. Les quatre premiers facteurs ont été jugés prioritaires au vu de leurs incidences fortes sur la vie quotidienne et le maintien à domicile. Ils sont purement médicaux. Les facteurs sociaux sont abordés dans l'isolement social, mais ne sont pas considérés comme*

²⁸⁸ Le premier risque est lié à la maladie (maladie, maternité, invalidité, décès), le deuxième aux accidents du travail et maladies professionnelles, le troisième concerne la vieillesse et le veuvage (retraite) et le quatrième à la famille (dont handicap, logement, RSA...).

*prioritaires, leurs conséquences sur le quotidien seraient moins retentissantes que les autres. »*²⁸⁹

Une des conséquences de la création d'une nouvelle catégorie sociale est l'âgisme, préjugé contre une personne ou un groupe en raison de l'âge. L'observatoire de l'âgisme créé en 2008 a défini plusieurs domaines dans lesquels des discriminations existeraient en fonction d'un âge avancé : l'emploi et la formation continue et professionnelle, l'accès à certaines aides et certains soins. Pour ce qui nous intéresse, les auteurs de ce site mettent en évidence une certaine discrimination envers les personnes âgées à certains soins « *par exemple, temps d'attente aux urgences beaucoup plus long pour les personnes très âgées ; certains services hospitaliers refusant des personnes malades à cause de leur âge.* »²⁹⁰ Ce fait a également été relaté par quelques professionnels interrogés dans le service de chirurgie orthopédique (cf. p.146)

En dernier lieu, la notion de fragilité ou de vulnérabilité entraîne des effets pervers lors d'une prise en charge de la personne âgée : une déresponsabilisation et une infantilisation de la personne âgée qui amène à une perte d'autonomie. Plusieurs actions peuvent illustrer cette infantilisation : la prise de médicaments, l'alimentation, l'aide à la reprise à la marche et les soins à la toilette et l'habillage. Pour la prise de médicaments, Sophie Laublin, psychologue, explique que « *Les soignants sont demandeurs de sirops, gouttes, voire de suppositoires, car ils sont plus faciles à administrer* »²⁹¹. Pour l'alimentation, Maria, diététicienne dans le service, recourt à des techniques comme l'adaptation des quantités présentées sur le plateau-repas ou les aliments mixés afin que les personnes âgées aient envie de manger et ne prennent pas de risques de dénutrition ou de « fausse route ». Tout comme les parents accompagnent un enfant dans l'apprentissage de la marche, les soignants accompagnent les patients âgés dans la reprise rapide de la marche après l'opération pour éviter les risques du décubitus. Laurence, kinésithérapeute, est en première ligne dans cette étape.

²⁸⁹ LOONES, A., DAVID-ALBEROLA, E., JAUNEAU, P. « La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures. », *Credoc, Cahier de recherche* n°256, décembre 2008, p. 15

²⁹⁰ <http://www.agisme.fr/spip.php?article10>. Consulté le 17/06/2014

²⁹¹ LAUBLIN, S. « L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique. », *Le Journal des psychologues*, 2008, n° 256, p.34

Elle explique : « *On les stimule beaucoup* » et lorsque les patients ont peur de remarcher « *on doit parfois user de beaucoup de psychologie, quelquefois il faut être ferme, d'ailleurs souvent. Mais le but c'est vraiment de les faire sortir du lit* ». La communication et l'accompagnement sont ici adaptés et indispensables. Il ne faut pas sous-estimer l'impact de la communication entre soignants et patients dans la participation aux soins. Une étude américaine²⁹² montre qu'il est possible d'avoir une meilleure coopération des patients aux soins en continuant à leur parler normalement, avec un langage adulte respectueux. La communication des soignants avec la personne âgée peut être préjudiciable lorsqu'il y a une résistance aux soins : les résultats montrent que la probabilité de résistance aux soins est de 55 % lorsque les soignants utilisent un langage infantilisant, 36 % lorsqu'ils ne parlent pas et 26 % lorsqu'ils parlent normalement aux patients.

Les professionnels du service sont conscients des problématiques gériatriques et formés à la communication avec ces patients. Ces bonnes pratiques ont des résultats opérationnels visibles : les durées moyennes de séjours sont moins longues que dans les autres établissements hospitaliers d'Alsace et les deux tiers des patients se relèvent de l'épisode de la fracture.

La médicalisation de la vieillesse se traduit également par l'institutionnalisation. C'est l'une des deux options de prise en charge proposée par les politiques publiques.

²⁹² WILLIAMS, KN., HERMAN, R., GAJEWSKI, B., WILSON, K. “ Elderspeak communication: impact on dementia care. ”, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, Feb-Mar 2009; n° 24, pp. 11-20.

CHAPITRE 9 : QUESTIONNEMENTS SUR L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE

Cette partie a pour but d'élargir la temporalité de l'évènement « fracture » en montrant qu'en amont, mais aussi en aval, des solutions existent afin de limiter les risques et de s'en remettre. L'offre de prise en charge fait partie de ces solutions, mais peut également être améliorée. Concrètement en France, deux solutions principales sont envisagées: l'institutionnalisation et le maintien à domicile. Cette deuxième option est privilégiée actuellement. Or quand il n'est plus possible, c'est le placement qui est pratiqué avec des réticences de la part des personnes âgées.

Notre analyse permet de dégager des pistes d'amélioration pour ces deux solutions

L'INSTITUTIONNALISATION À COURT ET À LONG TERME

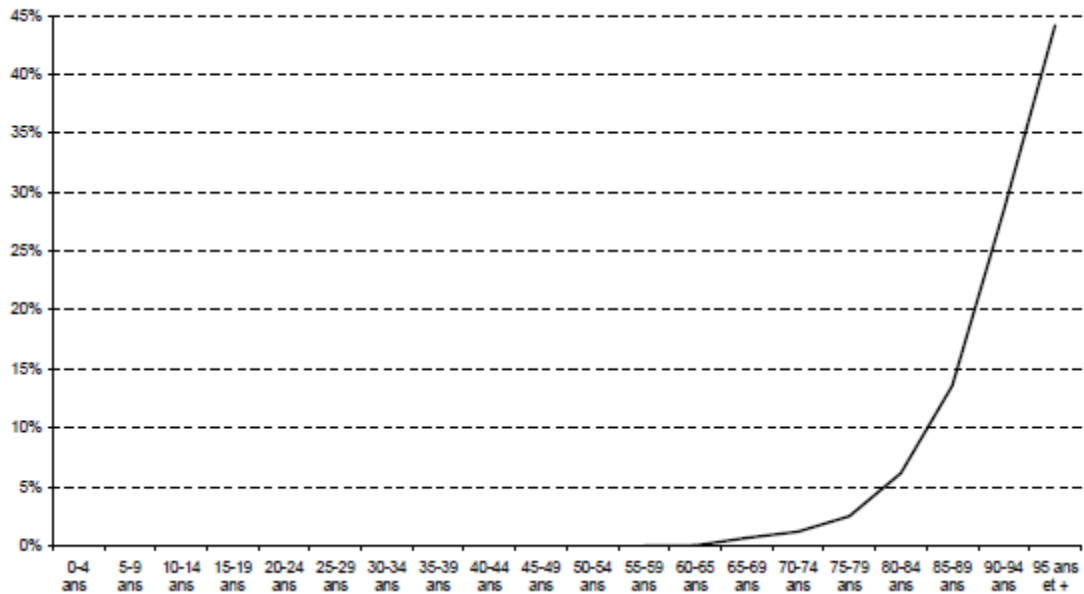
Pour neuf de nos patients, la chute et sa conséquence de fracture du col du fémur sont également facteurs d'entrée en établissement. Avant la fracture, 34 % des patients vivaient en EHPAD, 43 % après.

Ce chapitre retrace l'offre disponible au niveau régional. Il nous permet de comprendre que cette solution de prise en charge est très peu plébiscitée par les personnes âgées. Notre recherche se penche également sur un paradoxe sécuritaire quant à cette solution.

L'OFFRE EN ALSACE

De manière générale en France, plus les personnes avancent dans l'âge, plus elles sont institutionnalisées.

Figure 43 : Taux d'institutionnalisation par tranche d'âge en EHPAD et USLD en 2008



Source 57 : Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations. Avis du haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie du 22 avril 2010 p.29

La répartition des établissements de prise en charge des personnes âgées semble satisfaisante puisque l'ensemble du territoire est couvert et que les capacités d'accueil sont en constante augmentation. En effet, entre 2007 et 2011 le nombre de lits médicalisés en hébergement complet a augmenté de 6,3 %, les lits en hébergement temporaire de 36,3 %, les places en SSIAD de 18,2 %, et la plus forte augmentation s'observe pour les places en accueil de jour avec 87,6 %.

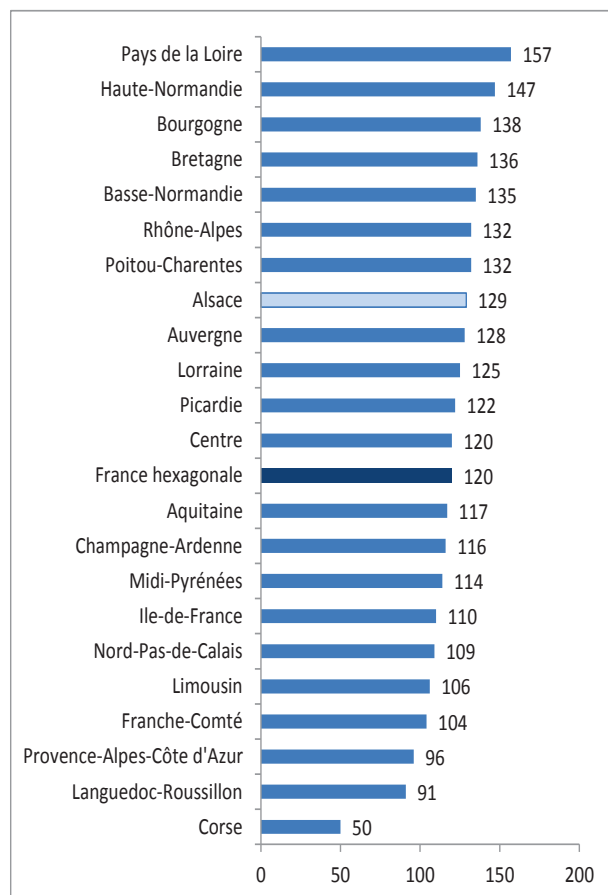
Tableau 52 : Évolution des capacités d'accueil installées et financées entre 2007 et 2011 en Alsace

Statut Places et Lits	Installées							Financées	
	01/2007 ¹	01/2008 ¹	01/2009 ¹	01/2010 ¹	01/2011 ¹	12/2011 ²	Evolution 2007-2011	2011 ²	Evolution 2007-2010
Lits médicalisés d'Hébergement complet	14 634	14 967	15 091	15 618	15 295	15 557	6,3%	16 561	13%
Lits Hébergement Temporaire	193	197	225	251	247	263	36,3%	379	96,4%
Places d'Accueil de Jour	193	261	312	346	358	362	87,6%	513	165,8%
Places de SSIAD	2 054	2 141	2 181	2 286	2 428	2 428	18,2%	2 492	21,3%
Total	17 074	17 566	17 809	18 507	18 328	18 610	9%	19 945	16,8%

Source 58 : STATISS ARS

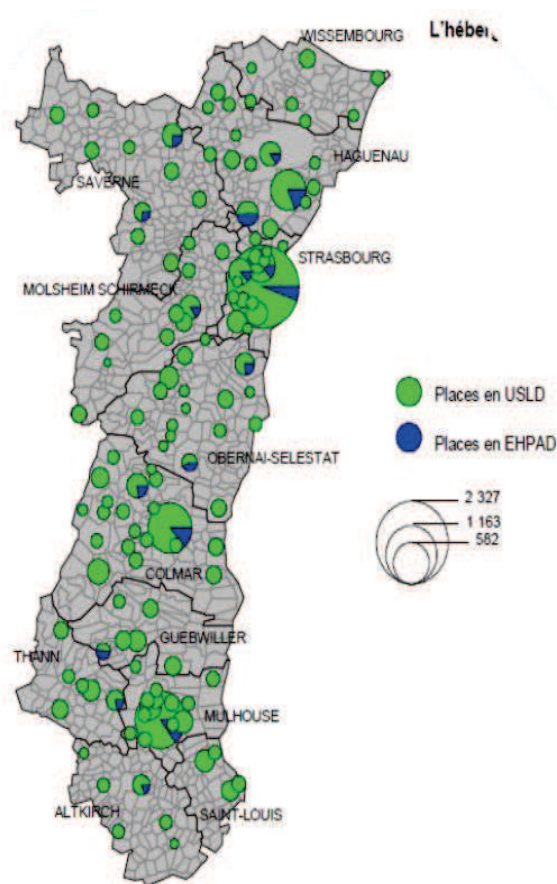
Pour ce qui est de l'hébergement permanent, la région compte 241 maisons de retraite (14 996 places), 55 logements-foyers (3 306 places) et 177 EHPAD (14 240 places) en 2010. On observe un taux d'équipement pour ce type d'hébergement élevé dans la région Alsace en comparaison à la moyenne nationale : l'Alsace compte 129 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus contre 120 en France hexagonale.

Figure 44 : Taux d'équipement en hébergement permanent en France hexagonale en 2010



Source 59 : FNORS, Score santé

Figure 45 : Carte de l'hébergement permanent médicalisé (places financées en EHPAD et USLD) en Alsace

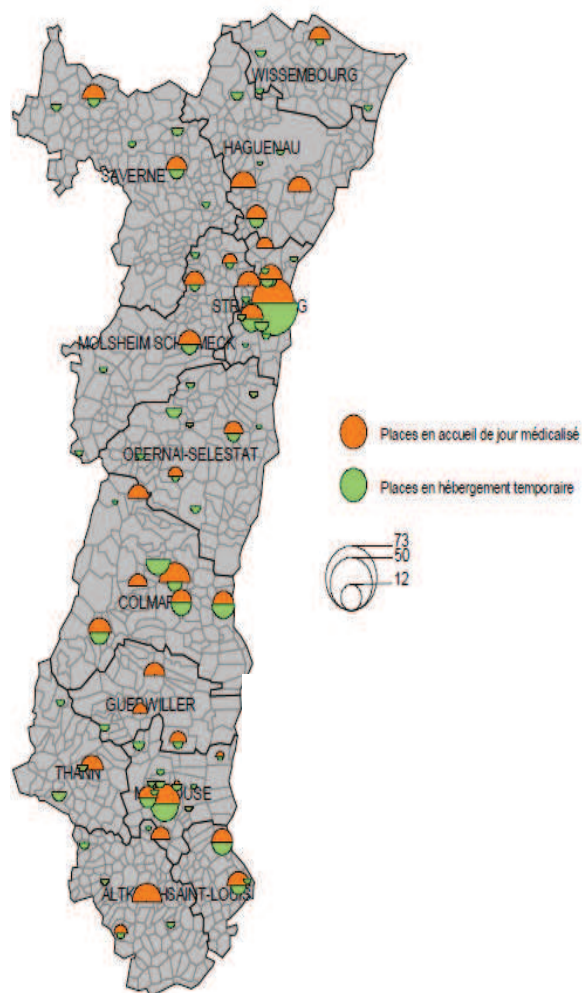


Source 60 : ARS Alsace

L'Alsace est aussi bien équipée en places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour personnes âgées qu'en moyenne nationale avec 1,7 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus. Le plus fort taux d'équipement s'observe en Bretagne (2,8 places) quand le plus faible taux s'observe en Champagne Ardenne avec 0,9 places. Cela représente 358 places dans la région (cf. Figure 46).

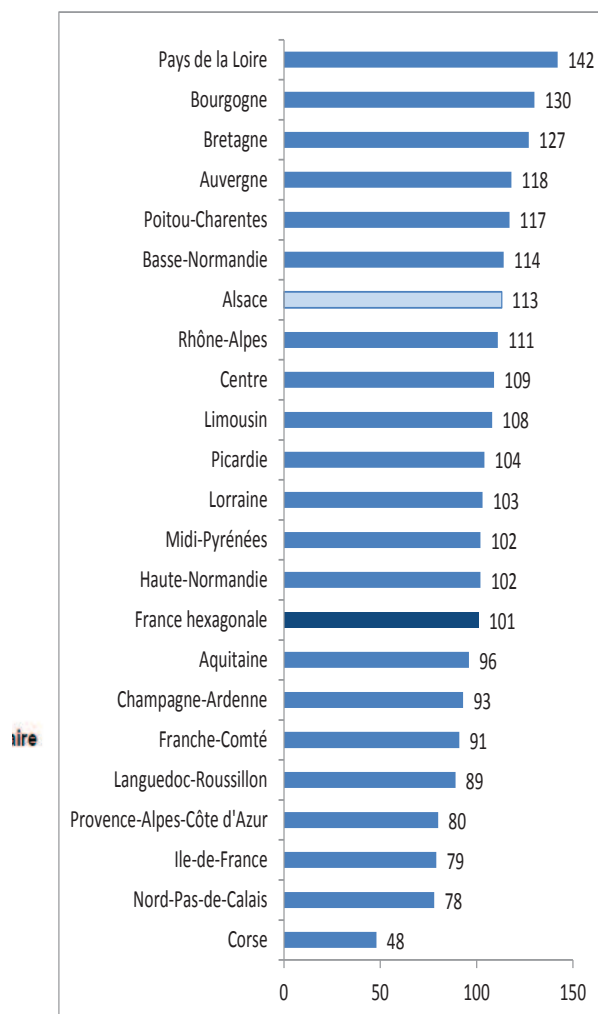
L'Alsace est également bien dotée en hébergement médicalisé puisqu'elle compte 113 lits en sections de cure médicale (en maisons de retraite et logements-foyers), en EHPAD et en unités de soins de longue durée, pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.(cf. Figure 47)

Figure 46 : Répartition des places en accueil de jour et hébergement temporaire (places financées)



Source 61 : ARS Alsace

Figure 47 : Taux d'équipement en hébergement médicalisé en France hexagonale en 2009



Source 62 : FNORS, Score santé

Un dernier type d'hébergement est nécessaire à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées.

En 2011, « 1 383 places en hébergement permanent dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées sont financées dans la région, soit plus de 8 % de la totalité de l'hébergement permanent (EHPAD et USLD). »²⁹³

Les personnes âgées peuvent être accueillies dans différents types de structures dont l'implantation et les disponibilités sont orientées par les politiques locales. Cette offre supérieure aux autres régions s'explique par l'état de santé moins bon et le degré de dépendance plus élevé pour la population âgée alsacienne.

L'ENTRÉE EN INSTITUTION EN QUESTION : LES CIRCONSTANCES ET MOTIFS D'ENTRÉE

Après analyse de la bibliographie existante et des différents témoignages recueillis, il est possible de déterminer neuf circonstances ou motifs d'entrée en institution pour les personnes âgées : l'accroissement de la dépendance, l'épuisement des aidants, la dépendance psychique, le surplus d'acteurs au domicile de la personne âgée, la situation familiale et matrimoniale, le fait d'être une femme, l'avancée dans l'âge, le fait de vivre en milieu urbain ou rural, et la prise de décision d'entrée en institution.

Le motif le plus largement abordé est celui de l'accroissement de la dépendance. La dépendance est un thème largement traité dans les études puisqu'elle constitue une nouvelle problématique dans la prise en charge des personnes âgées. Grâce aux divers éléments, il est possible d'une part de la quantifier (aujourd'hui en France, c'est la grille AGGIR : Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources, qui permet d'évaluer le degré de dépendance des personnes âgées, en déterminant, à travers une série de questions, leur appartenance à un des six groupes de la nomenclature, de GIR 1 à GIR 6.) et d'autre part d'en faire un état des lieux. Ainsi, près d'un million de personnes de plus de 60 ans sont dépendantes en France : 971 000 personnes étaient considérées comme plus ou moins dépendantes au 30 juin 2006, selon les chiffres publiés en octobre 2006 par la DREES.

²⁹³ AGENCE REGIONALE DE SANTE ALSACE. Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016. L'état des lieux. Janvier 2012, p.91

Parmi elles, 39 % présentent uniquement une dépendance physique ; 26 % présentent des troubles du comportement ou une désorientation dans l'espace et dans le temps sans lourde perte d'autonomie physique; enfin, 35 % présentent des troubles à la fois physiques et psychiques. Les personnes peu dépendantes restent le plus souvent à domicile, au contraire des personnes fortement dépendantes résidant le plus souvent en institution. En 1998, 87 % des personnes de 75 ans et 73 % des personnes de 85 ans et plus vivent à leur domicile. 36 % seulement des personnes de 75 ans ou plus, confinées au lit et au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage vivent dans des établissements²⁹⁴. Deux études permettent de faire le lien entre le degré de dépendance et le lieu de vie en Alsace. Ainsi, selon l'Insee, en 2005 « seule une minorité de personnes âgées, soit 6%, vivent en institution. En revanche c'est le cas pour quatre personnes sur 10 dépendantes (...) Pour les personnes âgées vivant à domicile, le taux de dépendance est naturellement bien moindre. »²⁹⁵, et selon le Conseil général du Bas-Rhin, en 2003, « environ 56% des personnes en établissement sont lourdement dépendantes (Gir 1 à 3). Près de 17% des personnes en institution sont faiblement dépendantes (Gir 4) et 26% ne le sont pratiquement pas (Gir 5 à 6) »²⁹⁶. Aussi, l'apparition ou l'aggravation de la dépendance est un facteur majeur de la rupture du maintien à domicile et donc un facteur d'entrée en institution. Ce constat n'est compréhensible qu'en prenant en compte la surcharge de travail entraînée pour les aidants et donc l'impact sur leur vie quotidienne.²⁹⁷ La dépendance est donc un facteur d'entrée en institution dans la mesure où le travail des aidants ne peut plus être assuré. Ceci dit, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente et les institutions doivent s'adapter pour accueillir dans les meilleures conditions ce « type » de résidents.

²⁹⁴ COLIN, C., KERJOSSE, R. « Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. Document de travail. », *DREES, série études*, n°16, Juillet 2001, 310 p.

²⁹⁵ BONESCHI, S. « Six personnes dépendantes sur dix vivent à domicile. », *Insee Alsace, Chiffres pour l'Alsace*, février 2006, revue n°31, p.6

²⁹⁶ CONSEIL GENERAL DU BAS-RHIN. *Des hommes et des territoires* Strasbourg, 2003, p.46

²⁹⁷ Ibid. p.50

Le deuxième motif le plus largement traité est celui de l'épuisement des aidants. De nombreuses études et recherches ont révélé le travail informel et souvent « invisible »²⁹⁸ des aidants. Maintenant qu'ils sont reconnus, quels liens peuvent être faits entre eux et l'entrée en institution des personnes âgées ? L'épuisement physique et moral de l'aidant est-il une cause de l'entrée en institution ? La présence d'aidants autour de la personne âgée est un facteur principal de maintien à domicile, mais influence également le choix et la décision d'institutionnaliser. L'étude de Sophie Bressé donne l'exemple des soins à domicile en montrant que « *De l'origine du recours au suivi des démarches auprès du service d'aide par le bénéficiaire lui-même, ou le médecin, la famille, les services sociaux, l'analyse des circuits de recours fait ressortir le rôle déterminant de l'entourage familial dans la prise en charge des personnes âgées.* »²⁹⁹ On peut constater une différence entre les aidants de personnes âgées dépendantes psychiquement notamment les malades d'Alzheimer et les personnes physiquement dépendantes. Il semble que les aidants de malades d'Alzheimer rencontrent plus de difficultés que les autres aidants. La maladie d'Alzheimer commence à être mieux connue, de plus en plus présente dans la sphère sanitaire française jusqu'à être qualifiée de « maladie du XXI^{ème} siècle ». Cette reconnaissance a permis de mettre à jour le travail des aidants, surtout leurs difficultés face à la maladie. Ainsi, « *Les facteurs liés à une institutionnalisation dans les trois ans sont : l'intention exprimée par l'aidant de placer la personne aidée(...), un lien de parenté avec l'aidé relativement éloigné (différent de conjoint ou enfant) (...), les réactions de l'aidant face aux troubles du comportement de la personne âgée (...).* »³⁰⁰. Cette étude permet de valider l'hypothèse selon laquelle l'entrée en institution dépend de la volonté de l'aidant naturel. La charge ressentie dépend des comportements des personnes âgées, mais aussi du vécu de la dégradation d'un être cher :

²⁹⁸ CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. Rapport 2011. Accompagner les proches aidants, ces acteurs « invisibles ». CNSA, 109p

²⁹⁹ BRESSE, S. « Le circuit de recours aux structures d'aide à domicile des personnes âgées. », *Dossiers Solidarité Santé*, janvier-mars. 2003, n° 1, p. 25

³⁰⁰ ANDRIEU, S., GRAMAIN, A., BERTHIER, F., POUS, J. « Facteurs prédictifs de la rupture de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 45, n° 5, 1997, p. 400

« Depuis quelques années, il y a une prise de conscience du rôle joué par les personnes aidantes et de la nécessité de les soutenir, de façon à éviter les situations de rupture : le rôle de l'aide est en effet susceptible de retentir sur la santé de l'aidant, sur sa vie sociale, familiale et professionnelle »³⁰¹.

Le choix du placement par la famille se « traduit surtout par un grand désarroi devant la décision à prendre »³⁰² notamment dans les cas de personnes âgées démentes. On sait également que les aidants naturels sont principalement des femmes (les conjointes, les filles, petites filles, belles-filles). Pourquoi ? Les représentations sociales imposent aux femmes ce travail de soin comme allant de soi, une continuité de la maternité qui rend naturelle la prise en charge des personnes les plus fragiles, dépendantes de la famille. La sociologie, notamment de la famille, s'est penchée sur ce sujet, mais on peut aussi trouver des éléments de réponses dans la sociologie du travail ou l'anthropologie. La thématique de l'aidant principal, informel, est donc très documentée et l'idée principale reste de prendre en compte, d'une part, le rôle de l'aidant auprès des personnes âgées et, d'autre part, l'aidant lui-même. La présence d'aidants autour de la personne âgée est un facteur principal de maintien à domicile, au contraire, leur épuisement est un des motifs d'entrée en institution. Cet épuisement peut être calculé grâce à la grille Zarit d'évaluation du fardeau (Auto-questionnaire qui évalue la charge affective et matérielle des proches, se fait en relation avec un spécialiste capable de le lire et de l'interpréter afin d'en tirer les conclusions.)

La dépendance peut également être psychique. La définition est assez large puisqu'elle comprend toutes les personnes âgées incohérentes ou désorientées. La grille Aggir prend en compte la dépendance psychique sous ses formes les plus sévères dans les Gir 1 à 3, les incohérences partielles sont comptées dans les Gir 4 à 6. Ainsi, « Environ 60 000 personnes sont classées en équivalent Gir 2 ou 3, mais ne sont ni confinées au lit ou au fauteuil ni aidées pour la toilette et l'habillement. Un peu plus de 60% d'entre elles sont partiellement ou

³⁰¹ BOCQUET, H., CHARLET JP., POUS, J. “ Troubles mentaux et comportements des personnes âgées: essai de classification et lien avec la charge des aidants. ”, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, octobre 1997, p. 392

³⁰² VERCAUTEREN, R. *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées*. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2000.

*totalemment incohérentes, et les trois quarts sont partiellement ou totalement désorientées. »*³⁰³

Concernant les problèmes psychiques, « *le plus souvent, au cours de l'évolution, lorsque l'équilibre familial ne permet plus le maintien à domicile, l'entrée en institution devient inévitable. Parfois, ce recours fait partie du programme de prise en charge. Sans être réellement planifié, car la famille n'envisage que difficilement cette issue. »*³⁰⁴ Aussi, « *il faut noter que 54 % des personnes accueillies en établissements pour personnes âgées souffrent de dépendance psychique. Ce type de dépendance n'est pas sans poser des difficultés quant à la prise en charge de ces personnes. »*³⁰⁵ Cette même étude met l'accent sur l'inadaptation du mode d'hébergement pour ces personnes. Si l'on regarde les chiffres dans les maisons de retraite, la quasi-totalité des résidents n'ont pas de conjoint et l'aggravation de l'état de santé, notamment la dépendance psychique d'un des membres du couple, explique dans beaucoup de cas leur impossibilité à rester ensemble. Au contraire, les personnes âgées ne souffrant pas de ce type de problèmes sont plus enclines à rester à domicile, et ceci grâce à la présence d'aidants. La même étude montre que les différences dans les dépendances peuvent mener à un placement plus rapide. Par exemple, les incapacités à effectuer les actes de la vie quotidienne comme s'alimenter, s'habiller, se laver ou se déplacer, entraînent davantage d'entrée, « *en revanche les problèmes de vision, d'ouïe et de parole empêchent moins les personnes âgées d'abandonner leur domicile »*³⁰⁶. Au final, la dépendance psychique peut être plus difficile à prendre en charge que la dépendance physique. Dans ce cas, une prise en charge en institution est préférée surtout lorsque les aidants ne peuvent plus assumer.

Le quatrième motif insiste sur le surplus d'acteurs à domicile. La coordination entre les différentes aides constitue un frein et donc un signal d'entrée en institution.

³⁰³ COLIN, C. « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête handicaps-incapacités-dépendance. », *Etudes et Résultats*, 2000, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 94, p. 6

³⁰⁴ GIRARD, J.F., CANESTRI, A. *La maladie d'Alzheimer*. Paris : 2000, p. 21

³⁰⁵ CONSEIL GENERAL DU BAS-RHIN. *Des Hommes et des territoires*. Strasbourg. 2003, p. 47

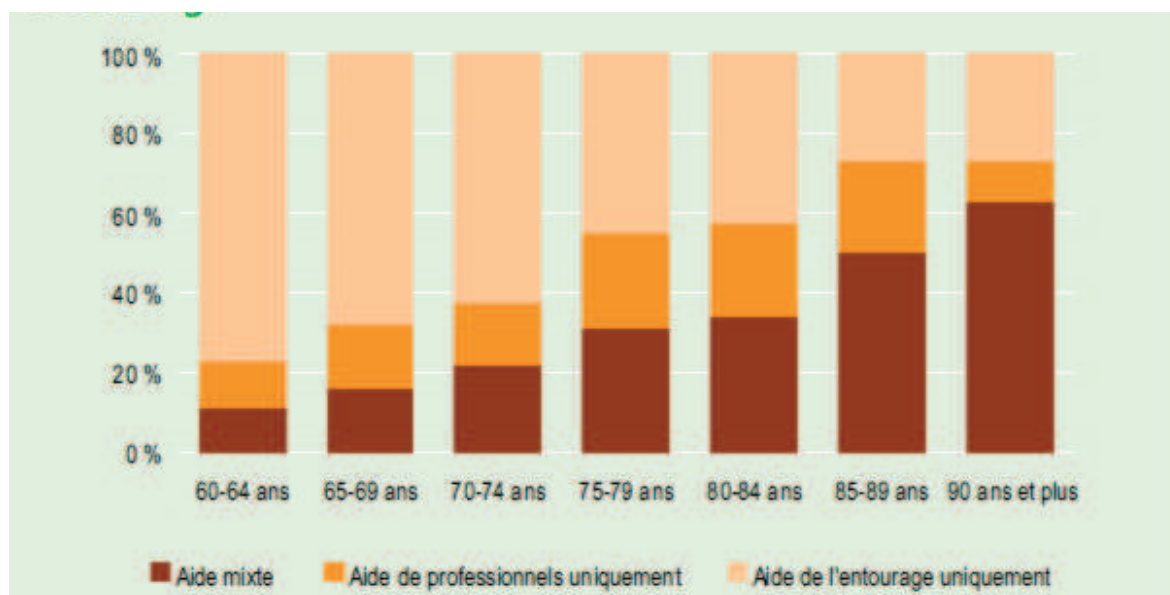
³⁰⁶ INSEE. *Les personnes âgées*, 2005, p. 108

L'enquête Handicap Santé de 2008 de l'Insee et de la DREES nous donne quelques informations quant à l'implication de l'entourage et des professionnels auprès de la personne âgée à domicile. En voici les principaux résultats :

- la moitié des personnes aidées reçoivent l'aide d'un seul aidant, professionnel ou de l'entourage
- l'aide de l'entourage concerne plus les actes de la vie quotidienne et le soutien moral
- l'aide des professionnels se concentre principalement sur les soins et les tâches ménagères
- parmi les personnes aidées, 48 % reçoivent uniquement l'aide de leur entourage, 20 % uniquement l'aide de professionnels et 32 % les deux aides à la fois
- l'avancée dans l'âge et l'augmentation du niveau de dépendance s'accompagnent d'une augmentation de l'aide « mixte »

Si l'enquête s'intéresse plus à la répartition des tâches selon certaines caractéristiques de la personne aidée : l'âge, le sexe, le niveau de dépendance, la situation familiale ; rien n'explique qui met en place ces aides, qui sont les demandeurs, et les relations entre les différents aidants.

Figure 48 : Répartition des personnes âgées aidées par type d'aide reçue, selon l'âge.



Source 63 : Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, Insee.

Tableau 53 : Répartition des personnes âgées aidées par type d'aide reçue selon le niveau de dépendance (GIR)

	GIR 1-2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Ensemble
Nombre de personnes aidées	230 000	230 000	400 000	480 000	2 310 000	3 650 000
Aide de l'entourage seulement	22	25	36	45	56	48
Aide de professionnels seulement	7	7	14	15	24	20
Aide mixte*	71	68	50	40	20	32
Tous types d'aide	100	100	100	100	100	100

Source 64 : Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, Insee.

En outre, l'aspect économique entre également en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'une entrée en institution. Les coûts mensuels élevés peuvent être un frein dans le choix d'être hébergé. Il n'existe pas de données nationales sur le coût mensuel à la charge d'un résident en établissement pour personne âgée.

Cependant, quelques enquêtes nous donnent des estimations : dans son rapport de 2009³⁰⁷, l'IGAS présente plusieurs estimations et conclut à un montant minimum de 1 500 € mensuel pour les établissements en milieu rural; et un montant de 2 900 € pour des établissements en milieu urbain. Par ailleurs, la DREES a également réalisé « l'enquête auprès des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées »³⁰⁸ qui porte sur un échantillon de 1 370 résidents. Elle permet de mesurer les coûts mis à la charge des personnes après déduction des aides qui peuvent être versées soit par le Conseil général (l'APA) soit par la caisse d'allocations familiales (les aides au logement). La moyenne mensuelle observée pour l'ensemble des établissements s'établit à 1 617 €. La moyenne est de 2 097 € dans les maisons de retraite privées commerciales, de 1 552 € dans les maisons de retraite privées à but non lucratif, de 1 464 € dans les maisons de retraite publiques rattachées à un établissement hospitalier et de 1 390 € dans les maisons de retraite publiques autonomes.

³⁰⁷ BRANCHU C, VOISIN J, GUEDJ J, et Al. « Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). », Inspection générale des affaires sociales, octobre 2009, p.26-27.

³⁰⁸ PRÉVOT, J. « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. », *Etudes et résultats*, août 2009, n°699, pp.1-8.

Si l'on rapporte l'ensemble de ses résultats aux 1 400 € de revenus mensuels moyens d'un Alsacien de 75 ans ou plus en 2009, on comprend bien que la prise en charge en établissement peut être un poids pour la personne âgée et son entourage.

La situation familiale marque une circonstance d'entrée en institution. Il est ici question de la prise en charge de la vieillesse par l'entourage : si une personne est seule, elle aura plus de risque d'entrer en institution, à l'inverse, une personne entourée aura plus de chance de rester à domicile. En effet, « *dans les groupes de fortes dépendances (Gir 1 à 3), plus de la moitié des personnes vivent en famille, mais 15% (soit une sur sept) vivent seules.* » (Orsal, HUS, AGIRA, 1998, p. 33). L'Alsace est une des régions de France où la part des séniors vivant seuls est la plus faible, et ceci particulièrement aux âges élevés.

Moins de 25% des plus de 60 ans vivent seuls, contre 27% au niveau national, 23% des personnes de plus de 90 ans sont hébergées par des proches (19 % de moyenne nationale)³⁰⁹.

Quant à la situation matrimoniale, vivre en couple favorise le maintien à domicile comparé à une personne vivant seule. Cependant après 70 ans, la part des personnes vivant en couple diminue, 9% des 90 ans ou plus vivent en couple contre 70 % jusqu'à 70 ans³¹⁰. L'étude « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution »³¹¹ fait le lien entre état matrimonial et vie en institution : « *moins de 1 % des personnes mariées sont hébergées en institution contre 13 % des célibataires, 9% de veufs ou veuves et 5 % de personnes séparées ou divorcées* »³¹². La situation familiale et matrimoniale de la personne âgée influent sur le maintien à domicile ou le placement en institution, mais le facteur déterminant reste la présence d'aidant.

³⁰⁹ DIDIERJEAN, F. « Après 90 ans, une solitude moindre en Alsace. », Insee, *Chiffres pour l'Alsace*, n° 28•septembre 2005, p.8

³¹⁰, Ibid.

³¹¹ DESESQUELLES, A., BROUARD, N. « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile ou en institution. », *Population*, 2003. Vol. 58, n°2, pp. 201-227.

³¹² Ibid. p. 203

L'Alsace semble connaître une situation particulière comparée aux autres régions puisqu'elle compte plus de personnes âgées résidant en famille qu'en institution.

Le septième motif d'entrée serait l'avancée en l'âge et le fait d'être une femme. Il est très largement prouvé que le niveau de dépendance augmente avec l'âge, l'âge augmentant les risques de maladie, la maladie augmentant les risques de dépendance. La dépendance est une « caractéristique » de la vieillesse. Par exemple, « *entre 75 et 79 ans, 81 % des personnes sont autonomes (Colvez 4) : elles ne sont plus que 13 % au-delà de 95 ans. Inversement, les plus désavantagés (Colvez 1 et 2) ne représentent plus que 3 % des 75-79 ans, mais 45 % des 95 ans et plus.* »³¹³ Ainsi, après 90 ans, deux Alsaciens sur cinq sont en maison de retraite. 39 % des personnes de 90 ans ou plus vivent en institution.

79 % des personnes accueillies en institution ont entre 75 et 95 ans³¹⁴. Si les personnes les plus âgées vivent plus en institution que les moins âgées, cela ne signifie pas que l'âge est un motif d'entrée en institution. Il faut rappeler que trois Alsaciens sur cinq ne vivent pas en établissement d'hébergement, « *en 2005, seule une petite minorité des personnes âgées, soit 6%, vivent en institution.* »³¹⁵ Concernant le sexe des personnes en institution, ce sont en grande majorité des femmes. L'espérance de vie étant plus élevée chez elles que chez les hommes, et parce qu'elles vivent le plus souvent avec des conjoints plus âgés, elles se retrouvent donc plus nombreuses seules à l'âge de la dépendance. C'est pourquoi, « *À partir de 75 ans, les taux d'hébergement féminins (...) sont pratiquement deux fois plus élevés que les taux masculins* »³¹⁶. Là encore, cela ne signifie pas qu'une femme de plus de 75 ans soit forcément en institution.

³¹³ ORSAL, HUS Centre Gérontologique et AGIRA. *Vivre la dépendance à domicile*. 1998, 136 p.

³¹⁴ CONSEIL GENERAL DU BAS-RHIN. *Des Hommes et des territoires*. Strasbourg. 2003, p. 46.

³¹⁵ BONESCHI, S. « Six personnes dépendantes sur dix vivent à domicile. », Insee Alsace, *Chiffres pour l'Alsace*, février 2006, revue n°31, p. 6.

³¹⁶ ORSAL, HUS Centre Gérontologique et AGIRA. *Vivre la dépendance à domicile*. 1998, p. 46

Le sexe de la personne n'est pas un déterminant d'entrée en institution ou de maintien à domicile, seulement « *les femmes le plus souvent veuves et seules présentent un risque plus important d'institutionnalisation.* »³¹⁷

La concentration urbaine est moins prononcée chez les personnes âgées, mais reste en évolution constante. « *Parmi les 75 ans ou plus, trois personnes sur quatre vivaient dans un milieu urbain et une sur quatre dans un milieu rural en 1999. Au sein de l'espace urbain, les personnes âgées vivent principalement dans un pôle urbain* »³¹⁸

L'offre des établissements étant plus forte dans les zones urbaines et périurbaines, le maintien à domicile est plus fréquent en milieu rural. Ainsi, les taux d'entrée en institution sont plus faibles pour les personnes vivant en milieu rural (4 %) que pour celles qui vivaient dans les grandes agglomérations (6 %). Des éléments de réponse se trouvent dans les structures des foyers liées au type de commune : en milieu urbain, les personnes âgées vivent plus souvent seules qu'en milieu rural. En foyer, l'habitat est de type maison individuelle dont la personne est propriétaire. Cela laisse supposer une plus grande place à la cohabitation intergénérationnelle, et peut être une plus grande solidarité familiale. En conclusion, le fait de vivre en milieu urbain favorise l'institutionnalisation, et inversement, le fait de vivre en milieu rural favorise le maintien à domicile. Le lieu de vie n'est cependant pas un des déterminants principaux. Ici encore il est plus question de la présence ou non d'aidants auprès de la personne âgée.

Le dernier motif concerne la prise de décision et le rôle des acteurs possibles. Peu d'enquêtes prennent en compte le point de vue de la personne âgée, il est donc difficile de déterminer clairement les motifs personnels qui mènent à une entrée en institution. Cependant, quitter son domicile peut être un moyen de rompre la solitude et l'isolement et de soulager les aidants.

³¹⁷ Idem

³¹⁸ FNORS. Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France. Paris : septembre 2008, p. 13

Ce sont les principaux motifs recensés avec la dépendance accrue et le besoin d'un suivi médical plus important³¹⁹. Concernant la décision personnelle, elle n'est que très rarement prise par la personne âgée elle-même. L'entrée en institution est majoritairement demandée par la famille.

Or « *La décision personnelle à une participation à une demande d'admission retentit positivement sur le vécu ultérieur dans l'établissement* »³²⁰. Parallèlement, l'étude « *Les circuits de recours aux structures d'aide à domicile des personnes âgées* »³²¹ analyse la population demandeuse et établit des facteurs liés à l'origine du recours aux services d'aides. Ses résultats montrent que le sexe, le niveau de dépendance, les revenus, la catégorie socioprofessionnelle influencent de manière plus ou moins déterminée la prise de décision de la personne âgée. Par exemple, le fait d'être une femme âgée joue négativement sur la probabilité d'être soi-même à l'origine du recours, les personnes physiquement dépendantes ont moins de chances d'être à l'origine de la demande d'intervention que celles qui sont autonomes et les anciens cadres et professions intermédiaires ont une probabilité plus élevée d'être à l'origine du recours que les non-cadres, c'est-à-dire les anciens ouvriers, employés, indépendants ou inactifs.

LES CRITÈRES DE CHOIX POUR UN ÉTABLISSEMENT

Du point de vue des personnes âgées, la volonté de ne pas peser sur l'entourage reste la principale cause de demande d'inscription en maison de retraite. Les personnes âgées sont conscientes de leur dégradation physique et psychique et ne veulent pas que la dépendance

³¹⁹ CONSEIL GENERAL DU BAS-RHIN. *Des Hommes et des territoires*. Strasbourg. 2003, p. 50

³²⁰ SOMME, D. “ Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. ”, *Dossier solidarité et santé*, janvier-mars 2003, n°1, p.35

³²¹ BRESSE, S. “ Le circuit de recours aux structures d'aide à domicile des personnes âgées. ”, *Dossiers Solidarité Santé*, janvier-mars. 2003, n° 1, pp. 25-34

soit un fardeau pour les aidants. Elles préfèrent alors l'hébergement collectif plutôt que le maintien à domicile.

La proximité géographique avec le lieu de vie ou celui des proches est un autre critère intervenant dans le choix d'un établissement tout ceci pour éviter les ruptures trop brutales avec son environnement familial et faciliter les visites et les contacts.

Il est intéressant de regarder les démarches d'inscription et d'entrée dans ce type d'établissement. Nous pouvons en différencier trois. Les premières sont d'ordre préventif où au moment de la demande d'inscription, aucun élément n'est réellement explicatif. Il s'agit d'une perspective et d'une assurance d'obtenir une place au moment ce sera nécessaire.

Les deuxièmes sont d'ordre urgent notamment après une hospitalisation ou un accident lorsqu'il faut faire face à la dégradation rapide du niveau de dépendance. Les dernières sont de l'ordre de la nécessité, c'est à dire quand le maintien à domicile atteint ses limites et devient trop complexe à gérer notamment quand les dispositifs et acteurs ne suffisent plus. Ou quand la prise en charge médicale n'est plus possible à domicile (malade psychique)

Les derniers éléments explicatifs sont les représentations et imaginaires sur les institutions pour personnes âgées. A. Chanteraud explique dans l'article « L'adaptation des personnes âgées à l'environnement gériatrique », l'évolution de la conception de l'accueil dans ces lieux collectifs. Ils sont passés d'un modèle hospitalier, fonctionnel et froid à des modèles plus hospitaliers, dans le sens accueillant. Cependant, elle compare la liberté de l'entrée en retraite où l'organisation quotidienne est volontaire à l'imposition des rythmes de l'institution : « *L'institution ne laisse guère ce choix au résident. L'abandon de la maison, le dépouillement matériel, la cessation de ses activités habituelles, l'éloignement de son réseau de sociabilité, et la perte de son indépendance budgétaire ajoutés au manque de souplesse des horaires et au règlement interne de l'institution provoque bien souvent une crise identitaire chez le nouveau venu* »³²². De même, dans « L'alternative : le domicile ou l'établissement médico-social »³²³

³²² CHANTERAUD, A. *L'adaptation des personnes âgées à l'environnement gériatrique* <http://xxi.ac-reims.fr>; 2008, p. 3

³²³ SCRIS. *L'alternative: le domicile ou l'établissement médico-social*. Lausanne: juin 1990, 121 p.

les représentations entre le domicile et l'établissement médico-social sont mises à jour et peuvent être schématisées ainsi:

domicile	Etablissement
Un territoire à soi	Dépossession
Liberté d'organisation et des déplacements	Privation de liberté, organisation contraignante
Image de soi sauvegardée	Image de soi détériorée
Activité, se soigner, se rendre utile	Passivité, être objet des soins
Tranquillité, aménagement de la solitude, choix de la compagnie	Vie collective imposée, ennui, anonymat, « ghetto »
Environnement familial	Déracinement, éloignement
Mourir chez soi	Mourir dans un milieu étranger, l'acharnement thérapeutique
Plus ou moins cher ?	

Le lien entre représentations « négatives » et entrée en institution n'est pas clairement établi. La sociologie peut apporter un éclairage sur « *les images négatives de la vieillesse persistant dans notre société, images qui sont perpétuées et partagées par les jeunes autant que par les personnes âgées.* »³²⁴ Ainsi, ce sont les représentations générales sur la vieillesse qui rendent négatives les représentations sur l'institution. Pour aller plus loin, dans « De l'histoire de la personne à son passage dans l'institution »³²⁵, les auteurs proposent de se baser sur le récit de vie de la personne âgée lors de son passage en institution pour expliquer les mécanismes d'adaptation ou de frustration qui prennent une signification pour la personne au sein de la maison de retraite. Ce passage entraîne une perte des repères notamment du domicile, passage qui sera vécu plus difficilement selon la soudaineté de l'évènement et de son aspect définitif.

Nous pouvons conclure de ce chapitre que l'institutionnalisation est une des deux possibilités quant à la prise en charge des personnes âgées dans la région et plus globalement en France. L'Alsace est bien dotée pour ce type d'équipement, comparée aux autres régions et les pouvoirs publics semblent avoir anticipé l'augmentation des demandes liées au vieillissement de la population et à l'aggravation du niveau de dépendance. Si l'offre est satisfaisante, c'est la demande qui semble problématique.

³²⁴ PERRIG-CHIELLO, P. “ Images séxuées de la vieillesse: entre stéréotypes sociaux et auto- définition. ”, *Revue Retraite et Société*, octobre 2001, n°34, p. 83

³²⁵ VERCAUTEREN; R.; LABOREL, B.; JAHAN, F. *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*. Ramonville Saint- Agne: Eres. 1999, p. 42

Les motifs et circonstances d'entrée dans ces lieux de vie témoignent que de très rares cas d'anticipation de la personne âgée ayant été, elle-même, le moteur décisionnel. L'entrée en institution se décide le plus souvent dans des circonstances critiques ou de crises.

Plusieurs pistes d'amélioration sont envisageables afin de rendre cette solution de prise en charge plus acceptable par les principaux bénéficiaires. La principale vise à humaniser ces lieux de vie en changeant son image de mouvoir où les patients seraient contraints dans un espace, un rythme, dans leur activité et avec des règles imposées. Pour ce qui est de l'espace personnel comme la chambre, les établissements peuvent laisser aux résidents le choix de décorer à leur goût ou d'installer des objets du lieu de vie antérieur. Pour ce qui est des rythmes, il faut rappeler que les établissements sont contraints aux horaires de travail réglementaires des soignants. Il semble utopique qu'un établissement se plie aux rythmes individuels de chacun des résidents, mais c'est sur quelques moments de la journée que nous proposons des aménagements : les heures de repas, des levers et des couchers. Ces horaires institutionnalisés ne correspondent pas aux horaires classiques hors institution, mais se calquent sur les horaires des professionnels qui doivent effectuer dans un laps de temps un certain nombre de tâches. Par exemple, l'équipe du matin s'occupe des levers, des petits déjeuners, des toilettes, et des soins entre autres pour X patients. Chaque activité doit être réalisée dans un laps de temps suffisant pour ne pas décaler le reste de la journée avec les repas, les repos ou les activités organisées. Il n'y a pas de règles adaptables à tous les établissements afin d'individualiser les rythmes et les prises en charge, chacun pouvant proposer des possibilités fonctionnant.

Une deuxième amélioration concerne la sécurité de ces lieux notamment dans la prévention des chutes et des risques de fractures du col du fémur. Nous avons démontré le paradoxe existant sur les lieux de survenue de la fracture. L'institution devrait être un lieu de soin avec des professionnels formés et bénéficiant d'équipements devant favoriser le bien-être et protéger les résidents. Or un tiers de notre population d'enquête a chuté alors qu'elle résidait dans un EHPA. La formation sur ces risques est une clé centrale pour les soignants et les professionnels y travaillant. Les pouvoirs publics peuvent également être un acteur dans cette perspective en proposant des aides financières pour la formation des professionnels et l'aménagement des espaces.

La troisième amélioration porte davantage sur les anticipations des personnes âgées à choisir ce type d'hébergement.

Si l'offre d'établissement est suffisante dans notre région, il ne faut pas omettre les délais d'attente entre une inscription et une entrée effective. Nous préconisons aux bénéficiaires potentiels de préparer cette possibilité d'hébergement en étant acteurs de cette décision et de faire part de cette décision à des proches ou aux professionnels de santé. Une solution pouvant être facilement mise en place est la création d'un registre de recensement des choix individuels parmi l'offre disponible. Ce registre pourrait préciser dans quelles situations le bénéficiaire serait plus à même de se décider, par exemple après la perte du conjoint, suite à un accident invalidant, à partir d'un certain âge. Les professionnels de santé et en première ligne les médecins traitants semblent être les plus opportuns pour discuter des options d'hébergement et conseiller les patients lorsqu'ils ont encore la possibilité d'émettre un consentement éclairé.

Il faut donc un investissement individuel et collectif pour que cette ressource de prise en charge soit efficace et efficiente.

Nous allons à présent nous intéresser à la deuxième option de prise en charge des personnes âgées : le maintien à domicile.

LE MAINTIEN À DOMICILE : LES POSSIBILITÉS ET LES LIMITES

Comme nous l'avons vu, les personnes âgées vivant en Alsace ont un état de santé plus dégradé que celles vivant dans les autres régions métropolitaines. Elles vivent plus souvent en institution en avançant dans l'âge, sont plus hospitalisées pour fracture du col du fémur et décèdent plus dans les établissements hospitaliers publics ou privés ainsi qu'en maison de retraite. Ces différents constats interrogent l'offre de soin en région et en premier lieu sur l'offre de premier recours.

L'OFFRE DE SOIN DISPONIBLE

Une définition des soins de premiers recours a été actée dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 (art. 36) et précisée dans le guide du Schéma Régional d'Organisation des Soins. Ils comprennent ces quatre aspects :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé. »³²⁶ À partir de ces soins de premier recours, les usagers de soins peuvent être orientés vers le système de soins plus spécialisés ou soins de second recours. Les médecins généralistes, infirmiers et services de soins infirmiers à domicile sont plus particulièrement sollicités dans la prise en charge du public âgé.

En ce qui concerne les médecins libéraux, « Le taux de recours aux soins augmente fortement avec l'âge, en particulier dans le secteur ambulatoire. Les 70 ans ou plus représentent 13 % de la patientèle des généralistes libéraux (2006), et 28 % du total de leur activité. »³²⁷ La région Alsace est globalement bien dotée en médecins libéraux (spécialistes et omnipraticiens) puisqu'elle compte près de 197 médecins pour 100 000 personnes contre 185 au niveau national. Cette situation positive ne doit pas nous faire oublier le recul de la densité des praticiens libéraux. En effet, entre 2000 et 2010, l'ensemble des régions de France hexagonale ont connu un recul de leur densité, toutes sauf une : le Nord Pas de Calais. Le recul de la densité en Alsace reste cependant moins important qu'en Corse ou en Midi-Pyrénées par exemple. Contrairement aux médecins libéraux, la densité des infirmiers libéraux en Alsace est bien inférieure à la moyenne nationale.

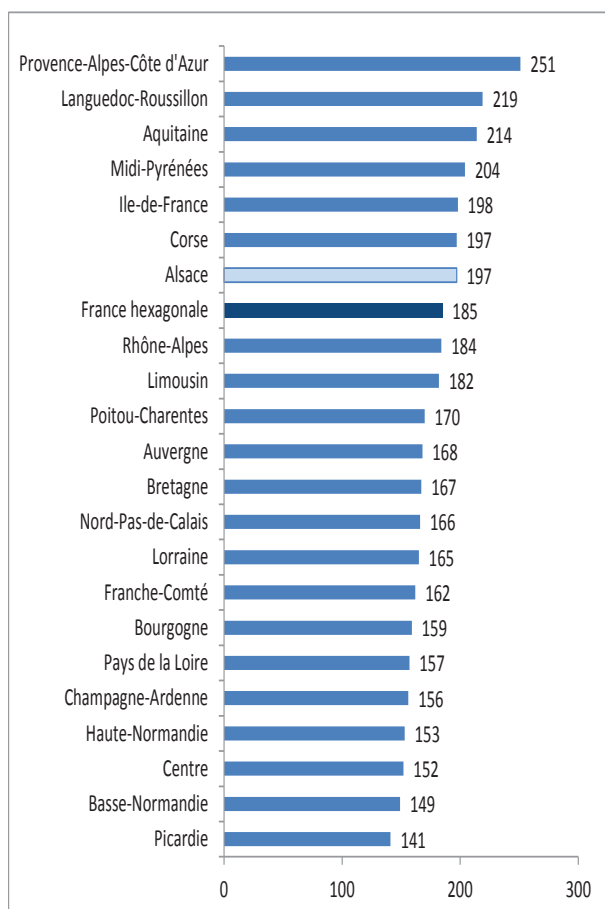
Ainsi, la région se situe à la 8ème place sur 22 où l'on observe les plus faibles densités. Par contre, entre 2000 et 2011, l'ensemble des régions de France hexagonale a connu une croissance de densité, l'Alsace se situant dans la moyenne passant de 64 pour 100 000 à 100 pour 100 000.

³²⁶<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879483>

Consulté le 26/11/2014

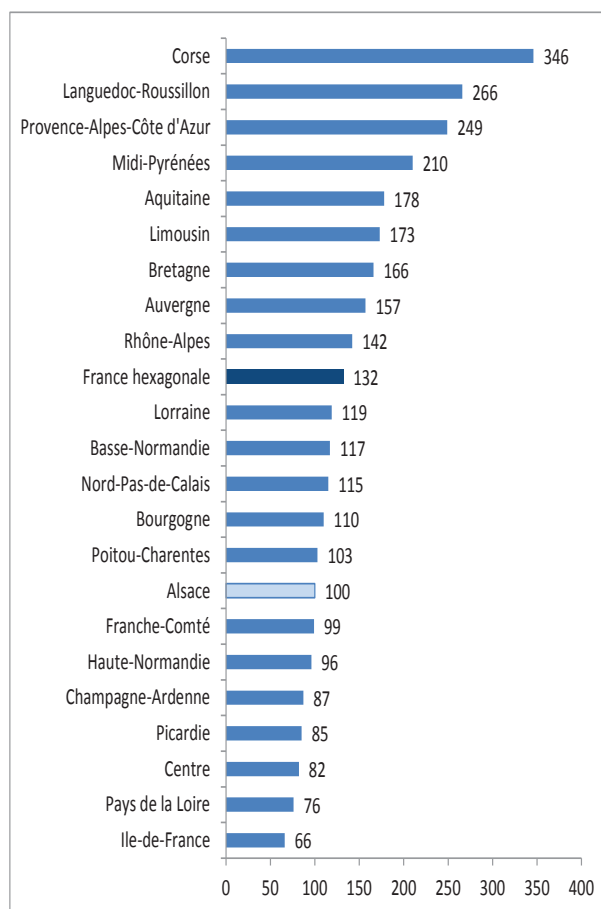
³²⁷ FNORS. Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France. Paris : septembre 2008, p.55

Figure 49 : Densité des médecins libéraux en France hexagonale en 2010 (pour 100 000 personnes)



Source 65 : FNORS, score santé

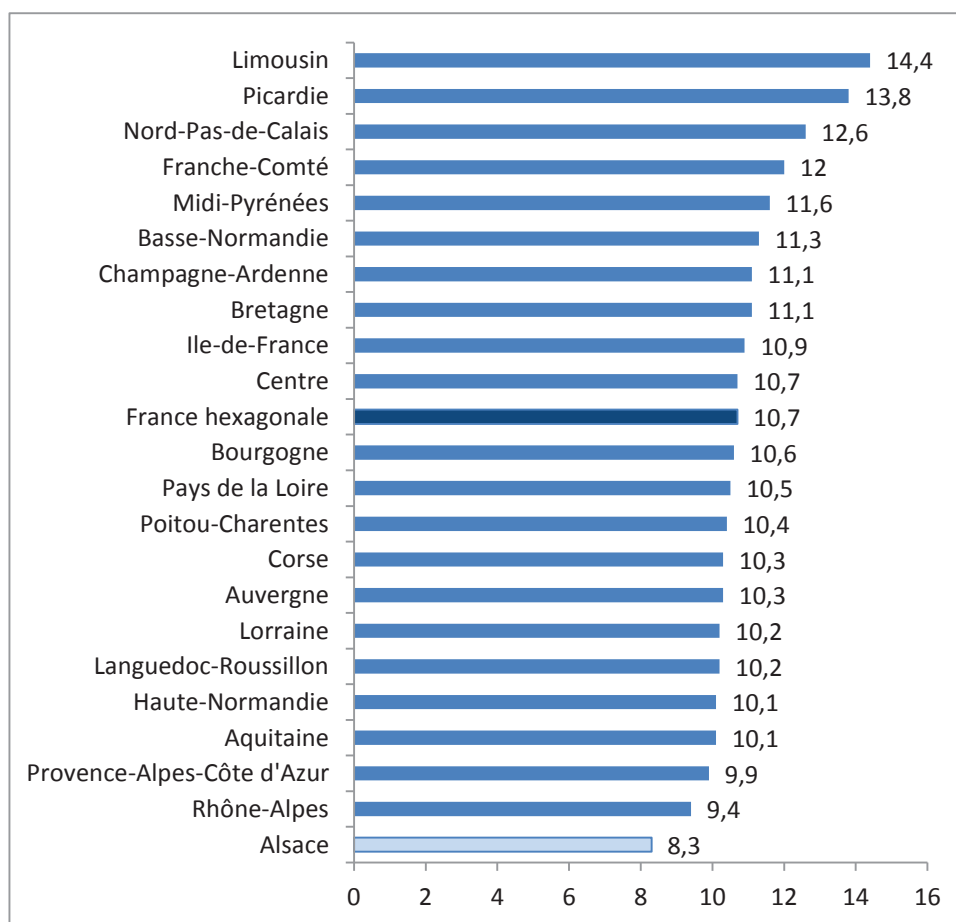
Figure 50 : Densité des infirmiers libéraux en France hexagonale en 2011 (pour 100 000 personnes)



Source 66 : FNORS, score santé

Notre région se place en première position des régions les moins bien équipées en places de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) avec 8,3 places pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus. En comparaison, la moyenne nationale montre 10,7 places. Ce faible taux explique en partie la plus forte institutionnalisation et hospitalisation des personnes âgées en moins bon état de santé et plus dépendantes que dans les autres régions.

Figure 51 : Taux d'équipement en places de soins infirmiers à domicile en France hexagonale en 2010



Source 67 : FNORS, score santé

Les services de maintien à domicile tendent à se développer, mais la situation alsacienne témoigne d'une plus grande importance donnée à la prise en charge collective plutôt qu'à domicile. Au vu de ce constat, les politiques publiques devraient d'avantage tendre au développement des services à domicile et à l'implantation de professionnels sur l'ensemble du territoire. Pour continuer notre analyse sur l'amélioration du système de prise en charge des personnes âgées à domicile, nous allons voir ce qui l'en est des aides techniques.

LES AIDES TECHNIQUES

Certains mouvements et actions du quotidien deviennent difficiles pour la personne âgée. « Une personne sur trois (de 65 ans et plus, vivant à domicile) chute dans l'année. Cet évènement fréquent est aussi la première cause de mortalité par traumatisme. »³²⁸ Il est souvent nécessaire de réhabiliter l'habitat afin de garder un certain degré d'autonomie. Cela passe par des choses simples comme dégager les espaces pour faciliter le passage dans les pièces, l'installation d'antidérapants dans la douche ou la baignoire, modifier les éclairages. Selon le degré de dépendance de la personne et l'espace dans lequel elle vit, d'autres installations plus importantes comme la pose de barre d'appui ou un lit médicalisé, sont nécessaires. Selon l'enquête « Vivre la dépendance à domicile » (p.61), les équipements techniques sont très souvent refusés par les personnes âgées par manque d'informations sur leur utilité, leur mise en place et leur financement, et des difficultés d'acceptation d'objets synonymes de dépendance.

L'étude de la Dress fait un état des lieux des aides techniques et des aménagements du logement pour les personnes âgées vivant à domicile. Cinq types d'aides ont été pris en compte dans l'étude :

- 1- Les aides à la mobilité regroupent trois aides : les cannes ou béquilles, les fauteuils roulants manuels ou électriques et les déambulateurs
- 2- Les aides pour pallier les problèmes d'incontinence regroupent les protections absorbantes (ces protections sont utilisées aussi bien pour les selles que pour les urines) et les systèmes d'évacuation d'urine (sonde, collecteur d'urine...)
- 3- L'aide auditive
- 4- La téléalarme
- 5- Les dispositifs d'aménagement du logement et le mobilier adapté (WC adaptés, sièges percés, élévateur de WC, barres d'appui), les baignoires, douches ou lavabos, les tables ou

³²⁸ INPES. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. INPES, 2005, p.8.

cuisines adaptées, les dispositifs de soutien (barres d'appui, mains-courantes...) ainsi que les dispositifs pour ouvrir, fermer les portes, volets, rideaux.

Un lien est fait entre augmentation de l'âge et augmentation du recours aux aides techniques. Les femmes utiliseraient plus ces dispositifs que les hommes. Les dispositifs d'aide à l'audition et à la mobilité sont les plus utilisés, la téléalarme et l'adaptation du logement ne sont pas aussi développées. Les divers dispositifs offerts aux personnes âgées garantissent leur sécurité et leur santé dans leur environnement, mais « *Le recours à une aide technique doit à cet égard être mis en relation avec l'environnement de la personne et, en particulier, la présence d'aides humaines, professionnelle ou familiale, avec lequel il se combine. Cette combinaison entre aides humaines et aides techniques ne se traduit pas par des phénomènes de substitutions. Ces deux types d'aides apparaissent davantage comme complémentaires dans la perspective des compensations apportées à la personne âgée pour lui permettre de pallier ses difficultés ou pour soutenir l'aidant.* »³²⁹

Les dispositifs techniques permettent le maintien à domicile, mais ne le garantissent pas. En effet, il reste nécessaire de les combiner avec une aide humaine, des aidants naturels ou des professionnels. Dans ce cadre, les aides techniques apparaissent comme « un plus », mais non comme un déterminant du maintien à domicile ou d'entrée en institution. Il n'existe aucune donnée concernant l'équipement du logement des personnes âgées à domicile victimes de fracture du col du fémur que ce soit au niveau national ou régional. Notre recherche a donc permis de quantifier ce qui n'avait pas encore été quantifié, mais à l'échelle micro locale (cf. p.138).

Notre étude permet de préconiser une meilleure diffusion de l'offre disponible et d'adapter cette offre à chaque utilisateur. Les professionnels sont donc en première ligne afin d'étendre les informations et la connaissance du public sur cette offre qui contribue aussi bien au maintien à domicile et à l'évitement des risques de fractures.

³²⁹ KERJOSSE, R., WEBER, A. “ Aides techniques et aménagements du logement: usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile. ”, *Etudes et résultats*, n° 262, septembre 2003, p. 7

Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, le maintien à domicile des personnes âgées dépend fortement de la présence d'aides humaines, qu'elles soient professionnelles ou qu'il s'agisse d'aidants familiaux. L'importance de l'entourage est citée par les professionnels du service notamment pour la mise en place et la compréhension de cette mise en place d'aides par les personnes âgées.

La santé et la maladie se vivent d'abord dans la sphère familiale. De nombreux chercheurs parlent ainsi de "soins profanes" prodigués par la famille, en comparaison avec les soins professionnels effectués par les médecins, les kinésithérapeutes, les infirmières, par le monde spécialisé de la santé. Par exemple G. Cresson parle de « *production sanitaire profane ou de travail domestique de santé* » et définit les différentes ressources engagées par la famille d'un malade dans l'activité domestique de soins (affectives et relationnelles, cognitives, et pratiques) en partant de l'idée centrale que « *les professionnels n'assurent qu'une partie des soins nécessaires à la vie et à la santé. Les gens ne sont pas seulement des consommateurs de soins, ils en produisent. Ils prodiguent des soins à toutes les personnes passagèrement ou durablement dépendantes, aux enfants, aux malades et aux personnes âgées, à l'ensemble de leurs proches.* »³³⁰ Pour G. Favrot, l'activité domestique est pensée à travers tous les gestes de soins à la personne, les toilettes, les repas, le ménage, ou l'entretien du linge. Cette activité peut se cumuler à celle professionnelle et autant au domicile familial qu'à celui de la personne dépendante.

Il y a donc triple activité. Les soins dits « profanes » ont aussi la particularité de ne pas être perçus en terme de travail, c'est à dire reconnus comme une activité avec ses contraintes et ses horaires et rémunéré comme le sont les soins professionnels.

³³⁰ CRESSON, G. Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. In AÏACH, P., CEBE, D. et al Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques. Rennes : Ecole nationale de la santé publique, 2001, p. 303

Ceci dit, d'autres auteurs comme R. Massé³³¹, insistent plus sur la distinction linguistique faite par les pays anglo-saxons entre « disease » évoquant la maladie dans ses dimensions biologiques, physiologiques, « illness » dans ses dimensions culturelles, et « sickness » qui traduit plus une dimension socioculturelle qui détermine les choix thérapeutiques, le cheminement fait par l'individu après découverte des premiers symptômes jusqu'à la mise en pratique d'un traitement. On peut aussi distinguer en anglais « care », les soins coutumiers liés aux fonctions d'entretien de la vie, de « cure » les soins de réparation, non présents dans la langue française qui les entend sous le même terme. Grâce aux définitions de santé, de maladie et de soins profanes, un cadre théorique a été placé et l'on peut aisément présager la place de la famille dans la prise en charge des soins aux membres atteints par une affection.

On peut alors se demander par qui et comment ces soins profanes sont prodigués? Ce qui ressort de nombreuses études sociologiques et anthropologiques est la place prépondérante des femmes dans ces activités de soins domestiques. Citons à titre d'exemple « *Si toutes les sociétés se sont dotées, depuis des temps immémoriaux, de « spécialistes » appelés à l'aide pour conjurer maladie et accidents de santé: guérisseurs, sorciers...., la responsabilité de la transmission de la santé et des pratiques concourant à la sauvegarder a reposé en première ligne sur l'environnement familial- et plus spécialement les femmes* »³³², « *Tout se passe encore comme si elles (les femmes) étaient les agents sanitaires exclusifs au sein des familles, chargées du soin des nourrissons, de l'inculcation des principes aux enfants, de l'économie et de la propreté domestique, de la surveillance de la santé de chacun, des contacts avec le*

³³¹ MASSE, R. Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal, Paris : Casablanca, G. Morin, 1995, p. 36 à 39

³³² PITROU, A. « La prévention à la maison. », *Informations Sociales Famille et santé*, n°4, 1986, p.19

corps médical et de l'aide aux vieillards »³³³, « *Aux mères et aux grand-mères revient par préférence (...) le rôle de médecin familial.* »³³⁴.

Ces quelques citations ne sont qu'une petite partie parmi d'innombrables, mais toutes témoignent du rôle et de la présence des femmes dans le contexte sanitaire de la famille. Pour élargir le propos, certains sociologues ont aussi montré la place des femmes dominante dans les professions de soin, d'éducation et d'aide à la personne. En effet, selon M. Maruani, les catégories socioprofessionnelles les plus féminisées en 2002 sont les personnels de service aux particuliers (88 % en pourcentage de femmes), les employés administratifs d'entreprise (81 % de femmes), les employés civils et agents de service de la fonction publique (78 % de femmes), les professions de la santé, travail social (77 % de femmes), et les instituteurs et assimilés (64 % de femmes)³³⁵. Les femmes se retrouvent donc à travailler dans des activités pouvant se rapporter à leurs activités domestiques. Nous ne reviendrons pas ici sur l'histoire du travail des femmes, mais insisterons plus sur cette corrélation et sur ce qu'elle implique dans le quotidien familial dans des situations de prise en charge. Au-delà des statistiques et si l'on se focalise sur l'organisation et la répartition des tâches dans les familles, peu importent les groupes sociaux, l'âge ou la situation professionnelle des hommes et des femmes, ce sont en majorité ces dernières qui sont chargées des soins profanes, de l'éducation sanitaire, de l'hygiène, de la diététique et ce pour le bien-être de tous les membres de la famille du plus jeune au plus âgé. G. Cresson dit « *Cependant, quels que soient la situation et ses contextes de contraintes, le constat global est quand même celui d'une prise en charge des soins essentiellement féminine* »³³⁶.

³³³ Ibid. p.21

³³⁴ BRABANT, J. “ Aux petits maux les petits remèdes. ”, *Informations sociales Famille et santé* n°4, 1986, p.42

³³⁵ MARUANI, M. tableau « les six catégories socioprofessionnelles les plus féminisées » de 1962 à 2002. *Travail et emploi des femmes*. Paris : la Découverte, 2003, p.38

³³⁶ CRESSON, G. Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. In AÏACH, P., CEBE, D. et al *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*. Rennes : Ecole nationale de la santé publique, 2001, p.313

Pour expliquer cette féminisation de l'activité domestique de soins, on peut se placer dans le cadre des rapports sociaux de sexes. Car si les femmes sont surreprésentées c'est bien par rapport aux hommes : « *Partout dans le monde, les femmes s'investissent plus que les hommes pour maintenir et alimenter les réseaux sociaux au sein desquels circulent des biens, des services, des liens, sous un mode non marchand et dans une logique dite de « réciprocité »*³³⁷. Aussi, pour A.M. Devreux « *dans le domaine des pratiques soignantes, la définition de l'activité de soin profane (...) est elle aussi directement dépendante de la catégorisation de sexe. L'enjeu tant économique que symbolique en est de taille puisqu'on retrouve ici la question de l'invisibilité du travail domestique assuré par les femmes et celle du partage du travail rémunéré/non rémunéré entre hommes et femmes.* »³³⁸. Ramener la question de cette inégalité dans le partage des soins domestiques aux rapports de sexes est pertinent puisqu'elle conjugue aspect historique, social, psychologique, et professionnel. Il ne faut pas oublier ces divers aspects pour comprendre les spécificités actuelles. En effet, il faut garder en tête que l'arrivée des femmes sur le marché du travail n'a pas forcément fait entrer les hommes dans la sphère domestique et que les représentations sociales pensent l'homme dans l'"économique", la femme dans le "domestique". M. Ferrand analyse très bien cette situation et l'illustre ainsi « *Les femmes sont maintenant majoritairement actives professionnellement, mais cette nouvelle réalité n'a guère bouleversé la division traditionnelle du travail. Les hommes n'en ont pas profité pour investir le champ du domestique.* »³³⁹ Les représentations sociales et la division du travail ont donc une valeur explicative dans la féminisation des soins « profanes ». R. Dandurand et F. Saillant poussent la logique en analysant le rôle secondaire des hommes dans les démarches de soins. Ces derniers le justifient par l'indisponibilité :

³³⁷ BOULIANNE, M. Dé-marchandisation des soins de santé et construction socio-historique des genres. In SAILLANT, F. *Transformations sociales, genre et santé, perspectives critiques et comparatives*, Paris : l'Harmattan, 2003, p. 118

³³⁸ DEVREUX, A.M. Les rapports sociaux de sexe: un cadre d'analyse pour des questions de santé?, In AÏACH, P., CEBE, D. et al *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*. Rennes : Ecole nationale de la santé publique, 2001, p.113

³³⁹ FERRAND, M. *Féminin, masculin*. Paris : La découverte, 2004, p.20

« des facteurs liés à la réticence de pères, fils, frères ou conjoints face à la maladie, permettant de saisir les sources de l'absence de collaboration masculine; ces dernières prennent la forme du découragement, de la panique, du déni, de l'indifférence ou de la fuite devant la maladie ou la responsabilité qu'elle implique. »³⁴⁰ Quand il est question de maladie, d'accident ou de dépendance, les femmes sont en première ligne. Beaucoup de socio-anthropologues témoignent de cette place si particulière donnée aux mères en montrant son caractère « naturel » et « silencieux ». En effet, nombre d'auteurs ont explicité la vision naturaliste en montrant que la prise en charge par les femmes relève de caractéristiques « naturelles ». On attribue aux femmes une aptitude naturelle aux soins et à l'aide à la famille qui serait même intériorisée dans leurs identités de genre. On parle alors de « naturel » en référence à la procréation où dès les premiers instants de la grossesse, les mamans sont les garantes de la bonne santé du fœtus, puis du nourrisson, puis de l'enfant jusqu'à son indépendance et tout au long de son existence.

La santé du fœtus passe donc directement par la santé de la mère et par continuité elle devra prendre soin naturellement de l'enfant. Cette prise en charge des enfants est-elle vraiment aussi naturelle? Ne représente-t-elle pas une contrainte pour les mères? La société joue ici un rôle non négligeable puisqu'elle fournit à chacun de nous une partie de nos codes de conduites et de nos représentations. Les représentations sociales de la maternité assimilent, presque par défaut ou manques d'explications, ce caractère ou ce lien inaliénable et aussi naturel entre la mère et son enfant. La proximité physique pendant la grossesse se prolonge après la naissance et tout au long de la vie de l'enfant. Si l'on demande aux mères les justifications de leurs rôles de « soignantes », elles répondent volontairement par la logique, l'allant de soi, le naturel, l'amour, ce lien si spécial, tout simplement parce que c'est leur rôle. AM. Devreux le confirme « *Quelques auteurs féministes ont montré, comment, précisément, les rapports sociaux de sexe « fonctionnent à l'amour (...) c'est-à-dire utilisent la dimension affective des rapports entre hommes et femmes pour justifier du travail gratuit de ces dernières. Le cas de l'assignation des femmes aux fonctions de soins des personnes de tous âges dans la famille (et*

³⁴⁰ SAILLANT, F. Transformations sociales, genre et santé, perspectives critiques et comparatives, Paris : l'Harmattan, 2003, p.158.

la belle-famille), au nom de l'amour porté à un homme, en est une illustration très parlante. »³⁴¹ Aussi, parler de « silencieux » renvoie au fait que les soins profanes sont essentiellement faits dans la sphère privée de la famille et par ce caractère « naturel » lui-même qui serait mal compris ou perçu par la société si l'on parlait ouvertement de contraintes ou en cas de refus des femmes de prendre en charge ses membres dépendants.

Il faut rappeler que la contrainte ne semble pas avoir une grande place dans les soins profanes tels que les conçoit la société, mais dans le quotidien de celles qui prennent en charge il en est tout autre. En outre, G. Favrot-Laurens³⁴² montre dans ses recherches le brouillage entre soins profanes et soins professionnels, amenant à passer sous silence le travail domestique de soin. En effet, quand les intervenants se multiplient, la famille joue un rôle d'intermédiaire, de relais, leurs aides au quotidien n'étant pas reconnues comme spécialisées par rapport aux savoir-faire scientifiques et techniques.

Aussi, l'auteur parle du lien entre surinvestissement et dépression de l'aidant. La personne chargée ou qui a choisi de s'occuper à plein temps d'un malade, se retrouve décalée de sa vie d'avant pendant une plus ou moins longue période et a du mal à s'y retrouver après guérison ou parfois après le décès de la personne. L'auteur parle ainsi de « maternage » quand il s'agit de personnes âgées. Les femmes sont donc les premières concernées en cas de problèmes sanitaires. Les "soins profanes" sont donc majoritairement des attributs féminins. Aussi on comprend le décalage qu'il peut y avoir entre la réalité et les discours, entre le « naturel » et la contrainte et le silence qui peuvent entraîner les aidantes dans des difficultés qui ne seront pas prises en charge.

³⁴¹ DEVREUX, A.M. Les rapports sociaux de sexe: un cadre d'analyse pour des questions de santé?, In AÏACH, P., CEBÉ, D. et al *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*. Rennes : Ecole nationale de la santé publique, 2001, p.106

³⁴² FAVROT LAURENS, G. Soins familiaux ou soins professionnels ? La construction des catégories dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. In KAUFMANN, JC. *Faire ou faire faire*. Rennes : Presses universitaire de Rennes, 1995.

Les explications de la féminisation de prise en charge sanitaire sont de nature diverse: naturaliste, de genre, de la division du travail, historique, de l'arrivée des femmes sur le marché du travail, des représentations sociales.

Des enquêtes sur l'hôpital ont permis de mieux cerner les différents groupes qui soignent ou qui sont soignés. Elles se sont aussi penchées sur le rôle de l'entourage du malade. Ces derniers trouvent une place légitimée au sein des structures pour sa bonne marche. Si la famille trouve sa place au sein des établissements de santé, la réforme hospitalière du 31/12/1970 porte aussi sur l'hospitalisation à domicile. Si cette nouvelle forme de soin prend en compte les besoins des malades et de leurs familles, il ne faut oublier les raisons principales de son application: réduire les coûts de l'hôpital en réduisant la durée des séjours pour pouvoir renouveler plus rapidement le nombre de patients. Réduire les coûts, car les soins seront délégués aux familles et en ne considérant plus l'hébergement comme une tâche spécifique à l'hôpital. Cette réforme semble être un renversement ou un retour en arrière dans le sens où la production de soins est passée de la cellule familiale à la cellule professionnelle qui la renvoie à nouveau à la sphère domestique. Mais à quel prix pour cette dernière? C'est ce que s'est demandé M. Bungener en constatant que l' « *on économise sur les frais d'hébergement et de surveillance (...). Mais l'économie ainsi réalisée ne profite pas à la collectivité tout entière, car les charges pèsent alors sur la famille. Il est intéressant d'étudier ce qui l'en coûte.* »³⁴³ Selon elle et d'un point de vue économiste, vouloir attribuer un prix aux soins pose problème, car ils ne se trouvent pas dans un marché soumis à l'offre et la demande. Les coûts des soins peuvent se traduire par les coûts des moyens mis en œuvre, en calculant soit les équivalents en temps professionnels rémunérés, soit la recherche d'équivalents marchands (par exemple, pressing/laverie; crèches/nourrice à domicile.)

Finalement, les soins profanes ne sont pas facilement quantifiables et du point de vue sociétal, c'est le qualitatif qui domine par les sentiments de devoir, d'amour les rendant « naturels ».

³⁴³ BUNGENER, M. “ Malades à domicile : Ce qu'il en coûte aux familles? ”, *Informations Sociales*, N° spécial, n°4, Novembre 1986, p.73

N. Thivierge et M. Tremblay parlent à leur tour de désengagement de l'État dans ce "virage ambulatoire" « *L'état se désengage de certaines responsabilités assumées depuis plusieurs années, en les transférant vers d'autres acteurs sociaux, notamment les personnes malades et leurs proches* »³⁴⁴ et de coûts pour les aidantes. Ici, les femmes aidantes peuvent être considérées comme les laissées pour compte: malgré leurs diverses tâches au quotidien, on leur en rajoute sans penser aux conséquences et à leur bien-être. Finalement, on peut entrevoir une certaine fatigue, un épuisement physique et émotionnel, qui à force de continuer sans être pris en compte, pourraient changer les schémas « classiques » des prises en charge.

En conclusion, il est clair que dans notre système de soins français les femmes jouent un rôle primordial. Nous avons vu leur prédominance quantitative et qualitative dans les soins dits « profanes » et ce pour toutes les personnes de leurs familles. Cela commence dès les premiers instants de la vie de l'enfant aux derniers jours de la vie des parents et parfois du conjoint ou d'un membre de la fratrie. Les explications de ce surengagement féminin dans ces tâches sanitaires se trouvent dans les représentations sociales des rapports de sexe, dans la division du travail et dans un rapport plus structurel où les réformes sur l'hôpital ont joué un rôle. Cette dimension de l'anthropologie de la santé a donné lieu à de multiples études qui ont eu le mérite dans un premier temps de s'interroger sur ce « phénomène silencieux », de le mettre en avant et de pousser les réflexions pour dénoncer les problèmes et y remédier. Il est possible d'affirmer que la présence d'aidants autour de la personne âgée est un facteur principal de maintien à domicile, mais influence également le choix et la décision d'institutionnaliser (cf. p.249).

L'entrée en institution dépend largement de la volonté des aidants. La charge ressentie dépend des comportements de la personne aidée, mais aussi du vécu de la dégradation d'un être cher ressenti par les aidants. Au contraire la volonté de la personne âgée n'entre que peu en ligne de compte dans le processus d'entrée en institution.

³⁴⁴ THIVIERGE, N., TREMBLAY, M. Virage ambulatoire et transfert des soins à domicile: comment sortir les femmes aidantes de l'ombre?. In SAILLANT, F *Transformations sociales, genre et santé, perspectives critiques et comparatives*. Paris : l'Harmattan, 2003, p.12

Comme peu d'enquêtes prennent en compte le point de vue de la personne âgée, il est difficile de déterminer clairement les motifs personnels qui mènent à des démarches d'entrée en établissement. L'enquête du Conseil Général du Bas-Rhin a cependant montré que la volonté de soulager les aidants et de rompre avec l'isolement et la solitude pouvaient être des motifs d'entrée en institution tout comme la dépendance accrue et le besoin d'un suivi médical plus important. La présence d'aidants autour de la personne âgée est un facteur principal de maintien à domicile, au contraire, leur épuisement est un des motifs d'entrée en institution. Ces éléments permettent de faire émerger des pistes d'améliorations quant à l'aide humaine non professionnelle. Une première piste vise à rendre davantage visible cette aide et son importance en amont et en aval du processus de prise en charge. Il s'agit également de trouver des éléments de réponse au manque d'aidants naturels auprès d'une personne âgée et d'éviter les situations d'épuisement.

En 2008, 8,3 millions de personnes se déclaraient « aidantes » en France, dont 47 % exerçaient une activité professionnelle³⁴⁵. Selon le baromètre « le regard des Français sur les Aidants »³⁴⁶, 69% des aidants déclarent ne pas être suffisamment reconnus par la société. Perçus comme de simples ressources palliatives par les pouvoirs publics (37%) et le système de santé (34%), les aidants sont trop souvent ignorés dans les débats qui concernent la perte d'autonomie.

En outre, la formation des aidants quant aux risques de fracture est une piste opérationnelle. L'entourage peut également infantiliser les personnes âgées sans le vouloir, de manière inconsciente et dans une visée positive. Or cette infantilisation se retrouve dans le schéma des chutes : les personnes âgées restent moins actives et actrices de leurs mouvements et donc augmentent leur risque de chuter engendrant l'apparition du syndrome post chute.

³⁴⁵ DREES, enquête Handicap-Santé-aidants, 2008.

³⁴⁶ Baromètre « le regard des Français sur les Aidants » réalisé par Senior Strategic en collaboration avec l'UNA, auprès de 1 513 personnes représentatives de la population Française âgées de 18 à 79 ans, du 16 au 19 août 2014 par téléphone.

En dehors de l'institution, la présence de l'entourage et des aides professionnels est également à développer. Le surplus d'aides et le besoin de protection des familles envers la personne âgée infantilisent et ont l'effet inverse en promouvant les chutes.

Par exemple, des personnes âgées finissent par rester au fauteuil ou chez eux, ont moins d'activités physiques ce qui entraîne une baisse de la masse musculaire et de l'équilibre, une baisse de la confiance en soi et donc augmente les risques de chutes.

Une dernière piste envisage le développement de l'aide apportée par un homme. En découlent des questionnements sur la déculpabilisation des aidantes lorsque ces dernières ne peuvent assumer cette présence. C'est le regard de tout à chacun qui devrait changer sur les rapports sociaux de sexe et sur les rôles assignés.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, la vieillesse est pensée de manière problématique dans le domaine sanitaire, politique et social. La médicalisation de la société fait de cette partie de la vie, une phase de prise en charge nécessairement médicale infantilisant les personnes âgées.

Les possibilités de vieillir que proposent les politiques et les professionnels de santé sont duales : l'institutionnalisation ou le maintien à domicile à la condition principale de la présence d'aidants. Le consentement de la personne âgée est dans la majorité des cas recherché, mais souvent oublié et laissé de côté aux motifs d'une plus grande importance accordée au pathologique. La région Alsace est bien dotée en offre de soin et permet de couvrir les besoins de prise en charge pour chacune des deux options. Les professionnels de santé et les responsables politiques tentent depuis une décennie d'humaniser et d'individualiser cette offre de soin par la formation professionnelle notamment, redonnant plus de place à la personne âgée dans son parcours de vie. Cela se traduit par un questionnement sur le consentement de la personne et sur le concept d'autonomie.

Dans une optique d'élargissement du point de vue sur les ressources collectives en amont pour éviter les risques de fractures, nous proposons de poursuivre cette recherche de manière plus pragmatique et de poser la question de la recherche du consentement. En découlent des interrogations sur la notion même d'autonomie.

Dans un grand nombre de cas, la personne âgée n'est pas le premier acteur dans la mise en place préventive ou curative de la dépendance. Il faut souvent qu'un accident de la vie comme la chute ou une maladie vienne perturber le cours classique du quotidien pour mettre en place ces aides techniques ou humaines.

Il semble également que l'objectif commun à l'ensemble des protagonistes (personnes âgées, entourages, professionnels de santé, politiques) est de prendre en charge au mieux le patient atteint de cette pathologie afin qu'il puisse continuer de vieillir dans son lieu de vie, prioritairement au domicile. Les manières de procéder sont cependant bien distinctes selon le point de vue auquel on se place. Du point de vue strictement médical, l'objectif du traitement de la fracture du col du fémur est sa réparation ou sa guérison totale ainsi que l'absence de séquelles physiques et psychiques à travers la rééducation fonctionnelle et l'évitement du syndrome post-chute. Du point de vue de l'institution hospitalière, l'objectif est que le patient soit pris en charge de manière médicale et administrative avec une compensation financière et que la sortie se fasse le plus rapidement possible. Les politiques publiques sont votées et instaurées localement dans cette perspective de maintien à domicile. Les professionnels intervenant auprès de la personne âgée vont agir et mettre en place les aides disponibles. Les aidants vont aider à leur manière : simple présence, déplacements, courses, repas, ou ménage. Les personnes âgées quant à elles peuvent accepter ou refuser la présence d'aides humaines ou techniques et en faire leurs usages propres lorsqu'elles en ont les capacités et la motivation. En théorie, le consentement de la personne âgée est nécessaire à tout changement, en pratique c'est l'imposition qui domine compte tenu de l'état de santé physique et psychique de la personne âgée. Comment gérer ce décalage d'un point de vue éthique pour les professionnels et les personnes âgées ?

Pour commencer, le consentement du patient est clairement défini dans les textes de loi de santé publique : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. »³⁴⁷

Pour obtenir le consentement « éclairé » du patient, le médecin doit apporter l'information sur la nature exacte des soins ou des investigations proposées, les conséquences de ces soins : bénéfices attendus, risques encourus (y compris exceptionnels), et l'existence d'alternatives thérapeutiques entre lesquelles le malade pourrait avoir un choix.

Les personnes peuvent être considérées comme inaptes à donner un consentement de bonne qualité du point de vue juridique lorsque la capacité de compréhension est faible ou troublée (sujet confus par exemple). Par ailleurs, on peut provisoirement être inapte à consentir sans être juridiquement incapable (coma, personnes âgées).

Le comité consultatif national d'éthique a précisé que "si le médecin a l'impression que la personne n'est pas en état de comprendre ou de choisir, il lui incombe d'établir que ces capacités lui font défaut. Autant que cela n'est pas établi, il doit l'informer".

Notre enquête met en évidence certains de ces cas où le consentement est altéré par l'état de santé et la situation de fragilité due à la chute puis à l'hospitalisation. Pour la majorité des patients pris en charge, nous avons vu que la recherche du consentement est faite sur les modalités de traitements et les possibilités de prise en charge pour la sortie d'hospitalisation. Les patients suivent les préconisations des soignants ou plutôt la trajectoire possible qui leur est faite lors de l'hospitalisation.

³⁴⁷ Article R.4127-36 du code de la santé publique. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>. Consulté le 26/11/2014

C'est l'adhésion du patient au protocole médical qui peut poser problème quant au bon déroulement de cette trajectoire (suivi de régimes alimentaires, prises de médicament, participation aux exercices de kinésithérapie.). En dehors du système hospitalier, l'ensemble des discours recueillis, notamment par les médecins traitants, montre qu'il est souvent difficile d'obtenir, non pas le consentement, mais l'acceptation des personnes âgées à tels ou tels dispositifs d'aides ou suivi de traitement. L'analyse des dossiers médicaux va dans le même sens puisqu'un grand nombre de comptes-rendus notent la non-adhésion aux traitements, la démotivation ou la non-présentation aux consultations de suivi.

Notre recherche a permis de mettre en lumière plusieurs freins quant à la mise en place d'aide à domicile. Ces freins permettent quant à eux de s'interroger sur la ou les manières de les dépasser afin de permettre aux principaux concernés de vieillir chez eux. Les freins psychologiques englobent la volonté de ne pas modifier un espace de vie, l'inflexibilité au changement, le besoin d'une routine, le refus de faire peser le poids de la dépendance sur les proches notamment, et le déni du niveau de dépendance.

Viennent ensuite les freins structurels (économique, géographie du lieu de vie, non-compréhension du système et ignorance de l'offre) et les freins médico-sociaux (le surplus d'aidants, la dépendance accrue, le suivi médical quotidien). Il semble que le système hospitalier connaît ses freins et tente de les pallier grâce à l'intervention sociale et aux partenariats extérieurs avec les centres de rééducation et le réseau d'assistants sociaux de secteur.

Pour résumer, il n'est pas ici forcément question de consentement, mais d'adhésion et d'acceptation à une thérapeutique. L'équipe hospitalière joue un rôle à chaque échelon : le chirurgien cherche le consentement éclairé pour son intervention, le kinésithérapeute cherche l'adhésion aux exercices de rééducation, la diététicienne au suivi d'un régime, l'assistante sociale aux possibilités de retour au lieu de vie. Le médecin traitant et l'entourage de la personne âgée, quand il y a, recherchent également l'adhésion au suivi de préconisations. Les personnes âgées acceptent le plus souvent de jouer le jeu, mais trouvent des « échappatoires » ou des alternatives qui leur permettent de rester « maîtres » de leur parcours.

Le refus de se plier aux prescriptions ou le fait de ne les suivre que partiellement, l'utilisation détournée des aides à la marche en sont de bons exemples.

La trajectoire et le parcours de soin des patients suivis semblent satisfaisants pour l'ensemble des acteurs impliqués. Une autre manière plus théorique nous permet de mieux envisager ce bon fonctionnement : la didactique professionnelle et le développement de l'éducation pour la promotion de la santé. Ces deux approches ont clairement modifié les manières de concevoir et de faire la santé en prenant en compte d'autres sphères que le savoir et le discours médical. L'éducation pour la promotion de la santé intègre les déterminants de santé (facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et sociaux comme les revenus, l'éducation, le niveau d'instruction, les modes de vie, les conditions d'emploi et de logement) sur lesquels l'OMS préconise d'agir pour influencer sur la santé. La charte d'Ottawa envisage différents axes d'intervention avec « les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services et les gouvernements.

Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé. »³⁴⁸ La santé n'est plus seulement une affaire médicale et de médecins. De là, la formation des professionnels prend un autre visage. La didactique professionnelle, par la formation, permet finalement une déprofessionnalisation au sens d'élargissement des compétences, et une certaine réflexivité. L'objectif est de changer du médico-centrisme, c'est-à-dire se dégager de l'universalité du savoir médical, et de l'ethnocentrisme, c'est-à-dire l'universalité de ses normes et valeurs.

Les sciences humaines et sociales ont un rôle important dans cette perspective, preuve en est de l'essor de leur enseignement dans les formations médicales et paramédicales.

Pour exemple à Strasbourg un master d'éthique est commun à la faculté des sciences sociales et de médecine. De même, l'enseignement en sociologie et sciences sociales débute dès le premier cycle d'études de médecine.

³⁴⁸ Charte d'Ottawa, p.4 http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf. Consulté le 26/11/2014

On peut en conclure que la prise en charge de ces patients s'est améliorée depuis près de 20 ans, car elle a été mieux comprise puis organisée par un ensemble d'acteurs conscients des nécessités de modifier les approches pour une meilleure prise en charge. Le concept d'autonomie est tout à fait pertinent à étudier dans ce contexte, car il révèle bien la complexité des approches et fait échos à cette recherche de consentement par les professionnels de santé et surtout les politiques publiques. Pour bien nous situer, l'autonomie est une notion que l'on entend finalement partout, mais qui est souvent indéterminée, une catégorie savante et pratique, un « fourre-tout » le plus souvent employé pour désigner son contraire, la dépendance qu'elle soit physique, mentale, sociale, morale et pour n'importe quel public : personne âgée, handicapée, marginale, malade mental, toxicomane, etc. Il est nécessaire de définir l'environnement dans lequel on parle d'autonomie pour en comprendre le sens. Dans notre cas, quel sens est donné à l'autonomie dans le domaine de la santé? D'après notre recherche, il serait plus pertinent de parler d'autonomies, au pluriel et de distinguer « capacité à » et « obligation de », « droit à la santé » et « obligation de bonne santé ».

Nous assistons actuellement à une double inscription de cette notion dans l'espace collectif et individuel, la société penchant plus vers une autonomie d'injonction, l'individu vers une autonomie de revendication. Un certain paradoxe émerge alors entre une société qui encourage à l'individualisme, à une responsabilisation des comportements notamment de santé, et des individus en quête de reconnaissance et de protection s'en remettant de plus en plus à l'État lorsqu'il est question de prise en charge ou d'accompagnement dans les moments de rupture comme le chômage, une séparation, un accident, ou la dépendance. La recherche du consentement éclairé et de l'adhésion à une prise en charge par la personne âgée peut se confondre avec un sentiment plus éthique à savoir le maintien de son autonomie, au sens de capacités d'agir, de penser et de décider par soi-même. Un autre enseignement est que l'autonomie est un apprentissage sur un cours ou long terme et à tous les âges de la vie.

On apprend effectivement aux enfants à faire seul les gestes du quotidien, la propreté, on apprend aux adolescents à décider par eux-mêmes, à entrer dans un métier, on apprend aux adultes à devenir et être parents, aidants, acteurs économiques, citoyens, on apprend aux malades à gérer leurs pathologies et symptômes, on apprend enfin aux personnes âgées à utiliser les nouvelles technologies et à bien vieillir, etc.

On peut alors se demander ce qui peut se passer lorsque l'autonomie n'est pas souhaitée par la personne ? Cette recherche systématique d'autonomie et de consentement ne seraient-ils pas source de souffrance et même de stigmatisation ? Souffrance de la part du patient qui peut hésiter entre les thérapies et donc douter de faire le bon choix pour se sauver lui-même, stigmatisation de la part des soignants et de la société qui devront le prendre en charge, un éventuel refus de soin allant à l'encontre même de l'objectif de la profession. Le refus de soins « jugé à l'aune d'une efficacité médicale réputée croissante, apparaît toujours - vu du côté de la médecine - comme une sorte de contrainte, une transgression du principe de bienfaisance. Un tel manquement au devoir d'optimiser les chances de guérison du patient (ou parfois de protéger la société) soulève un questionnement éthique d'autant plus aigu que le refus de la thérapeutique proposée peut sembler entaché d'un défaut de discernement chez un malade en situation de souffrance, dans un état de vulnérabilité particulière, diminué par la conscience de sa propre faiblesse, parfois à l'approche de la mort. Mais ce refus peut aussi être perçu comme une mise en cause même du concept de bienfaisance selon un point de vue unilatéral strictement médical. »³⁴⁹ On peut citer plusieurs refus de soin par le malade lui-même : refus des thérapeutiques jugées trop invasives comme les hospitalisations, de se nourrir, de la trachéotomie, de la chimiothérapie ou de la perfusion ; le refus dans les situations d'urgence (transfusion, réanimation) et des situations de refus dans les domaines psychiatriques et des soins palliatifs.

La judiciarisation du domaine de la santé a permis ce double effet de favoriser l'autonomie des patients en les protégeant individuellement tout en les contraignant à s'autonomiser.

Les deux concepts largement utilisés dans les discours médicaux et politiques, le consentement et l'autonomie, sont des ressources collectives sur lesquelles il est possible de travailler pour améliorer les prises en charge du public âgé.

³⁴⁹ COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE. *Avis n° 87 Refus de traitement et autonomie de la personne*, 14 avril 2005, p.4.

Nous sommes revenus sur la question de consentement pour montrer les dissonances entre individualisme et demandes accrues de prise en charge collective. Le développement de l'éthique et de la promotion de la santé ont modifié les manières de penser la santé et la maladie et les pratiques professionnelles et individuelles. Le patient devient le principal responsable de sa santé et donc des troubles qui pourraient l'affecter, dans notre cas, de la baisse d'autonomie. Le patient se doit de participer activement aux préconisations médicales et de suivre un parcours balisé avec une prise en charge collective. Cela nous amène à comprendre quelles ressources individuelles peuvent être mises en œuvre une fois la fracture réparée chirurgicalement et médicalement.

CHAPITRE 10 : LES RESSOURCES INDIVIDUELLES POUR VIVRE AVEC UN TRAUMATISME ET SE RELEVER

Notre recherche montre que la fracture a des conséquences immédiates sur l'autonomie du patient et est considérée comme un double traumatisme, physique et psychique. Ce traumatisme interroge le devenir de la personne victime. Comment chaque personne va ou non se relever après une fracture ?

L'ADAPTATION AUX SÉQUELLES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

L'ensemble des éléments recueillis sur le terrain d'enquête conclut aux effets séquellaires de la fracture sur la personne âgée hospitalisée. Ces séquelles sont d'ordre physique et psychique. Les premières peuvent être illustrées par les douleurs liées au choc et les douleurs persistantes après l'opération, mais aussi par la limitation des déplacements des patients après la sortie d'hospitalisation. La quasi-totalité des patients rencontrés lors de l'hospitalisation ont affirmé avoir eu de fortes douleurs liées au choc entraînant la fracture. Yvonne, une personne âgée, parle de son état de santé qui s'est dégradé après la fracture, selon elle : *« il y a quand même cette grande fatigue, ces douleurs »*, c'est pourquoi elle continue les séances de kinésithérapie. Nadia, IDE, souligne l'importance de la prise en compte de la douleur : *« je dis toujours à mes collègues, si une personne âgée ne se plaint pas, ça ne veut pas dire qu'elle n'a pas mal »* surtout s'il s'agit d'une fracture du col du fémur *« on sait que ça fait très mal »*. Une des principales conséquences de la FESF pour les patients rencontrés est qu'ils ont fortement limité leurs déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du domicile (cf. p. Chapitre 5 : Description de la population d'enquête).

Suzanne, une personne âgée, se plaint de ne plus avoir ses facultés antérieures à la FESF : *« je mets un certain temps (...), mais je peux marcher comme avant, mais je fais attention à cause des vertiges »* et *« Je ne peux plus sortir, je ne peux plus rien faire. Avant de tomber, je pouvais encore sortir, faire mes courses, faire à manger, lentement mais sûrement. Le ménage, je n'avais pas besoin de femme de ménage. »*

Marie-Louise avoue faire davantage attention lorsqu'elle se déplace, d'autant qu'elle pense avoir un risque de se casser le col du fémur de l'autre côté : « *bien sûr. Je me tiens au mur pour monter l'escalier. Bon je fais attention plus qu'avant, ça c'est vrai* ».

Outre les séquelles physiques, les séquelles psychologiques sont clairement explicitées par le syndrome post-chute et le syndrome de glissement comme nous avons pu le voir dans le chapitre 6 : Le choc de la fracture, Événement Révélateur. Les soignants et les personnes âgées sont d'accord pour affirmer l'impact psychologique de la chute. Par exemple, Denise, aide-soignante, parle de la chute comme un élément traumatisant dont certains vont parler en disant que ce ne sera plus comme avant, alors que d'autres vont angoisser. De même, Claire, IDE, remarque à propos des patients victimes de FESF « *Il y en a qui se laissent aller. Et c'est vrai que pour une personne âgée, c'est difficile de se voir vulnérable, de se voir dépendant et aussi de voir que c'est difficile de récupérer ; ils n'ont plus la même forme physique* ». Les professionnels du service interrogés ont tous des « trucs » afin d'amener le patient à une reprise de la marche, à se relever physiquement et psychologiquement. Laurence, kinésithérapeute, est en première ligne lorsqu'il s'agit de relever un patient. Elle explique « *On les stimule beaucoup* » et elle évoque la peur des patients à la reprise de la marche. Dans tous les cas, « on doit parfois user de beaucoup de psychologie, quelquefois il faut être ferme, d'ailleurs souvent. Mais le but c'est vraiment de les faire sortir du lit ». Maria, diététicienne, s'assure de la bonne alimentation nécessaire à la reprise de la marche et aux activités quotidiennes en demandant les goûts et les habitudes antérieures aux patients : « *J'essaie d'adapter au maximum l'alimentation d'après leurs habitudes alimentaires, leurs goûts* ». Nadia, IDE, fait d'avantage appel à l'observation des signes envoyés par le patient âgé « *Obligatoirement on est obligée de s'adapter, il faut parler doucement, il faut se rapprocher, il faut prendre du temps. Il faut parfois jouer, faire appel à des processus d'interprétation.* », Pour Tania, IDE, la prise en charge de la douleur est importante. Elle explique qu'un patient qui a mal ne sera pas levé « *si c'est juste pour le faire souffrir et le recoucher deux minutes après.* » L'adaptation de chacun des professionnels intervenant auprès de ce public se fait avec une prise en compte du temps nécessaire pour se relever après la chute. Les professionnels déploient chacun leurs techniques ou leurs stratégies auprès des patients âgés afin que ces derniers retrouvent leur autonomie à la marche.

Les personnes âgées également semblent mettre en place des stratégies afin de se relever. Les exemples les plus cités lors de l'enquête de terrain sont : prendre plus son temps, porter une plus grande attention et concentration lors des déplacements, limiter les déplacements, se complier aux soins.

Les personnes âgées semblent faire des ajustements à leur environnement lors de phases critiques telle la FESF. G. Ribes dit à ce propos : « *l'âge est le temps de l'adaptation nécessaire. Adaptation à un corps qui devient de plus en plus présent, par les changements où la question du normal et du pathologique est omniprésente.* »³⁵⁰. Ce processus d'adaptation a été mis en évidence par P. et M. Baltes³⁵¹ dans une perspective de vieillissement réussi. Ces auteurs parlent ainsi de modèle SOC : la sélection, l'optimisation et la compensation. « *L'élément sélection correspond à une restriction des activités d'une personne à certains domaines particuliers de son fonctionnement en raison de changements liés au vieillissement et à la maladie, les domaines d'activités conservés dénotant souvent les priorités de la personne. L'élément optimisation, quant à lui, traduit l'engagement d'une personne dans des comportements qui lui permettent de réaliser les activités de la vie courante les plus importantes pour elle. Finalement, la compensation survient au moment où il devient impossible d'adopter les comportements spécifiques nécessaires à l'accomplissement de certaines activités. Des changements de comportement ou des modifications dans l'environnement sont alors nécessaires afin de favoriser un fonctionnement optimal* »³⁵².

Pour les patients rencontrés lors de l'hospitalisation, l'élément sélection correspond à la restriction de l'activité de la marche dans un milieu différent de leur lieu de vie. L'élément

³⁵⁰ RIBES, G. Résilience et vieillissement. *Reliance*, 2006, n°21, pp.12-18, p.15

³⁵¹ BALTES, P., BALTES, M. Psychological perspectives on successful ageing: The model with selective optimisation and compensation. In BALTES, P., BALTES, M. *Successful aging: perspectives from behavioral sciences*. New York: 1990, Cambridge University Press, p. 1-34.

³⁵²CARDINAL, L., LANGLOIS, M.-C., GAGNE, D., TOURIGNY, A. *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux, de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2008, 58 pages.

optimisation correspondrait aux suivis des prescriptions médicales et paramédicales des professionnels du service dans un but de reprise de la marche. La compensation pourrait s'observer dans les cas de non reprise de la marche où les patients refusent de se lever, ou vont accepter les aides humaines et aides techniques à la marche.

Pour aller plus loin dans l'analyse de cette adaptation des personnes âgées, je fais un lien avec les modèles de vieillir en interaction avec son environnement développé par M. Lawton et L. Nahemow³⁵³ puis par T. Glass et J.L. Balfour³⁵⁴. Les premiers ont élaboré un modèle théorique écologique du vieillissement (Ecological Model of Aging) qui met en parallèle les compétences de la personne (habiletés cognitives, capacités psychologiques et physiques) et la demande exercée par son environnement. Ils expliquent : « *Contrainte de s'adapter continuellement, avec plus ou moins de succès, aux changements qui surviennent, la personne vieillissante présente des comportements adaptatifs, manifestations de ses compétences (performance cognitive, capacité d'adaptation, santé physique, etc.), et des réponses affectives aux différents stimuli auxquels elle est exposée. Les comportements adaptatifs sont définis selon les normes sociales qui ont cours, mais également selon des critères personnels d'actualisation de soi.* »³⁵⁵ L'adaptation qui réfère à l'expérience affective, perceptuelle et cognitive de la personne âgée est la base du vieillissement.

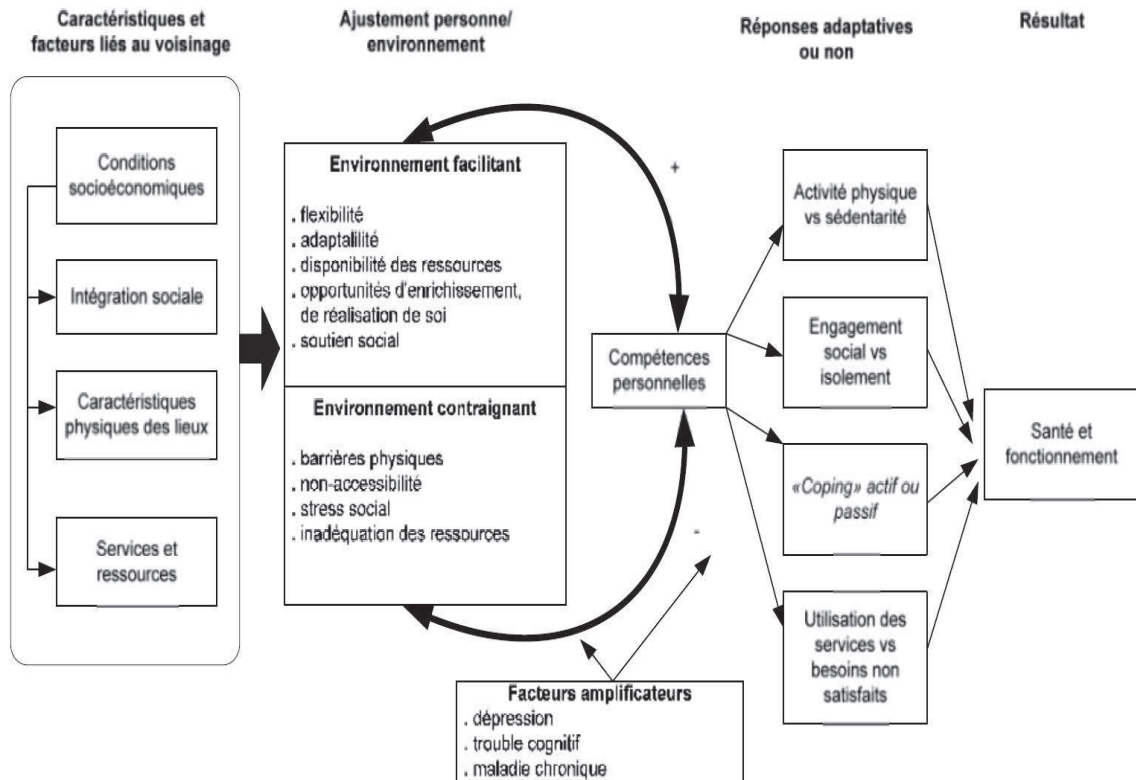
Inspirés par ce modèle écologique du vieillissement, les seconds auteurs présentent un modèle basé sur la relation entre la personne et son environnement (cf. **Figure 52**), mais où l'environnement plus immédiat des personnes est constitué du voisinage.

³⁵³ LAWTON, M.P., NAHEMOW, L. Ecology and the aging process. In EISDORDER, C., LAWTON, M.P. *Psychology of adult development and aging*. Washington DC: American Psychological Association, 1973, p. 619-675.

³⁵⁴ GLASS, T.A., BALFOUR, J.L. Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations. in KAWACHI, I., BERKMAN, L.F. *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press, 2003, p. 303-334

³⁵⁵ CARDINAL, L., LANGLOIS, M.-C., GAGNE, D., TOURIGNY, A. *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux, de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2008, p.17

Figure 52 : le modèle d'ajustement de la personne âgée à son environnement



Source 68 : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillesseSante.pdf

Les auteurs mettent en lien quatre catégories de facteurs du voisinage avec l'état de santé et les incapacités de la personne âgée : les conditions socioéconomiques, le niveau d'intégration sociale, les caractéristiques physiques de l'environnement, et la présence des ressources et services. « Ce modèle relie à l'environnement une série de facteurs qui sont soit favorables comme la flexibilité, l'instrumentation, la disponibilité des ressources, le milieu enrichissant,

*et le soutien social ou contraires (barrières physiques, éloignement de la communauté, stress social, absences de ressources) à un vieillissement en santé et sans incapacité. »*³⁵⁶

Par exemple, un environnement sans services de proximité ou un habitat sans ascenseur impliquerait un engagement social moins fort ou une activité physique limitée influant négativement sur l'état de santé de la personne âgée.

Ces modèles permettent de mieux rendre compte des domaines d'intervention possibles pour les professionnels de santé, les politiques publiques et les personnes âgées elles-mêmes dans un but de bien vieillir.

LA RÉSILIENCE OU COMMENT SE RELEVER APRÈS UNE FRACTURE

La résilience est d'abord un terme de physique en mécanique qui définit le degré de résistance d'un matériau soumis à un impact. En reprenant l'étymologie latine du terme, rebondir, ressauter, la psychologie définit la résilience comme la capacité à faire face aux épreuves de l'existence, mais aussi à les dépasser. Ce concept est introduit en psychologie dans les années 1980 grâce aux travaux d'Emmy Werner³⁵⁷ et en France par Boris Cyrulnik³⁵⁸.

La première a mené une recherche sur l'île de Kauai à Hawaii où elle a suivi pendant 30 ans une cohorte de 700 enfants. Sa principale conclusion est qu'un pourcentage élevé de jeunes sortent indemnes d'expériences de vie difficiles et développent des personnalités saines et stables.

³⁵⁶ CARDINAL, L., LANGLOIS, M.-C., GAGNE, D., TOURIGNY, A. *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux, de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2008, p. 19

³⁵⁷ WERNER, E., SMITH, R. *Overcoming the Odds. High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca-London: Cornell University Press, 1992, 304p.

³⁵⁸ CYRULNIK, B. *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob, 1999. 218 p.

Le second part de ses exemples observés sur le terrain, dans son cabinet de psychothérapeute en France et à l'étranger comme en Bosnie, au Cambodge, au Brésil ou en Russie, pour conclure au caractère non inné de la résilience, même si elle s'acquiert dès l'enfance. La définition la plus répandue est celle de Michel Manciaux et al. « *La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.* »³⁵⁹ Elle a la particularité de prendre en compte le niveau individuel et le niveau collectif.

Notre étude s'attache à montrer les changements possibles dans la vie de personnes âgées avant et après avoir été victimes d'un traumatisme. La notion de résilience nous permet à présent de voir comment ces dernières font face et quels facteurs interviennent dans la reprise du cours de leur vie. Qu'est-ce qui fait qu'une personne âgée se relève d'une chute et arrive à se reconstruire? Et qu'est-ce qui fait qu'une personne se relève parfois plus forte après une chute ?

Colin Mangham et al définissent la résilience comme « l'aptitude des individus et des systèmes (les familles, les groupes et les collectivités) à vaincre l'adversité ou une situation de risque. Cette aptitude évolue avec le temps ; elle est renforcée par les facteurs de protection chez l'individu ou dans le système et le milieu ; elle contribue au maintien d'une bonne santé ou à l'amélioration de celle-ci »³⁶⁰. Un lien est fait entre résilience et bonne santé, mais aussi l'affirmation d'une évolution possible à tout âge de la vie. Ces auteurs ont découvert, à la suite d'une revue exhaustive de la littérature, que trois grandes catégories de facteurs de protection contribuent à la résilience des individus : les facteurs individuels, les facteurs familiaux et les facteurs de soutien (cf. **Figure 53**). Pour notre population âgée, les facteurs personnels tels la capacité à planifier, les compétences cognitives et le sentiment de signification peuvent être moins performants que pour les populations plus jeunes. De même, les facteurs familiaux sont également moins favorables puisque les personnes âgées vivent le

³⁵⁹ MANCIAUX, M et al. *La résilience : résister et se construire*. Genève : Médecine et hygiène, 2001, 253 p

³⁶⁰ MANGHAM, C., MCGRATH, P., REID, G., STEWART, M. *Resiliency: Relevance to health promotion*. Ottawa: Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues, 1995

plus souvent seules. Dans ces cas, la résilience est moindre, ce qui se ressent sur l'état de santé. Louis Ploton, et Boris Cyrulnik se sont penchés sur la résilience et le vieillissement³⁶¹. Ils s'intéressent au mécanisme de défense mis en œuvre par les séniors pour se relever de traumatismes passés, comme le déni, le désengagement, la désadaptation à l'environnement social ou l'agressivité ; puis ils étudient la manière dont certaines personnes âgées luttent naturellement contre les souvenirs déplaisants au travers d'un narcissisme solide, d'un attachement sécurisé ou de liens affectifs constructifs. Partant de ces analogies, les auteurs démontrent que l'humour, la créativité, la musique ou les animaux constituent des pistes à creuser pour accompagner les séniors vers la résilience. Ces éléments sont à prendre en compte dans les métiers du sanitaire et des services à la personne en contact avec les personnes âgées.

Figure 53 : Les trois facteurs de résilience

Les facteurs individuels :	<ul style="list-style-type: none"> ✦ sentiment de compétence personnelle, ✦ capacité à planifier, ✦ compétences cognitives ✦ sentiment de signification ✦ capacité de résoudre des problèmes ✦ optimisme ✦ locus de contrôle interne ✦ capacité de faire face au stress ✦ habileté à chercher un soutien <p>(Mangham et coll, 1995, page 5).</p>
Les facteurs familiaux :	<ul style="list-style-type: none"> ✦ rapports parents-enfants propices ✦ chaleur et affection ✦ soutien familial solide et cohésion familiale <p>(Mangham et coll, 1995, page 5).</p>
Les facteurs de soutien :	<ul style="list-style-type: none"> ✦ la présence de personnes aidantes comme des enseignants ✦ des membres de la famille étendue ou des personnes se situant à l'extérieur de la famille immédiate ✦ des milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, la responsabilité et le contrôle "

Source 69 : <http://sylviecastaing.chez.com/resilience.htm>

³⁶¹ PLOTON, L., CYRULNIK, B. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2005, 190 p.

Les résultats de notre étude mettent également à jour l'importance du déni et du désengagement. Le déni de l'état de santé et du niveau de dépendance se traduit par l'écart entre le score de dépendance évalué par les soignants et le jugement personnel des patients sur leur état de santé. Les répondants estiment principalement leur état de santé comme bon, et ceci, peu importe leur niveau de dépendance (cf. [Tableau 37](#)) De même, un des résultats marquants de notre étude montre que les personnes âgées décédées ont donné une meilleure note à leur qualité de vie que les autres patients.

Par ailleurs, le désengagement s'est principalement fait ressentir dans les discours des soignants rencontrés, comme Laurence, kinésithérapeute qui témoigne d'un suicide dans le service : « *il y a même eu un suicide. (...) un monsieur d'ailleurs qui avait de la famille, mais qui se rendait compte qu'il n'arriverait plus à s'en sortir ou alors ça serait très, très peu et que son échéance était faible(...) il s'est pendu avec son fil du téléphone* ».

Brigitte, cadre de santé résume « *Mais souvent la personne a le temps de cogiter et de se dire « j'ai 90 ans, pour qui, pourquoi je dois me battre ?* »

Un autre aspect de la résilience est qu'elle est variable dans le temps pour un même individu. C'est ce qu'affirme M. Manciaux³⁶² « *la résilience n'est jamais absolue, totale, acquise une fois pour toutes. Il s'agit d'une capacité qui résulte d'un processus dynamique, évolutif, au cours duquel l'importance d'un traumatisme peut dépasser les ressources du sujet ; et est variable selon les circonstances, la nature des traumatismes, les contextes et les étapes de la vie. Elle peut s'exprimer de façons très variées, selon les différentes cultures.* » Cette variabilité est à prendre en compte si l'on veut comprendre pourquoi une personne se remet ou non d'une fracture.

Nous pouvons nous demander si les patients rencontrés lors de notre étude sont résilients. Sur la base des résultats comparant leur vie avant et après la FESF, il est possible de l'affirmer pour les 86 patients non décédés après un an, particulièrement pour cinq qui ont mentionné le fait d'avoir déjà chuté avant l'épisode de l'hospitalisation pour FESF.

³⁶² MANCIAUX, M. “ « La résilience » Un regard qui fait vivre. ”, *Études*, 2001, n°10, Tome 395, p.225

La majorité de nos patients ont donc trouvé des facteurs de résilience propres pour dans un premier temps retrouver leur vie antérieure puis dépasser le traumatisme.

Ces patients se sont adaptés aux changements corporels initiés par le vieillissement et par la fracture et aux changements de lieux des prises en charge. On retrouve l'idée développée par C. Aldwin : « *Grâce à une longue expérience, les aînés apprennent à discerner les stratégies les plus appropriées à la spécificité des situations, gaspillant moins d'énergie en utilisant des stratégies moins nombreuses, mais plus efficaces (...) les personnes âgées ont des chances de bien se tirer de leurs propres affaires.* »³⁶³

La routinisation du quotidien est un bon exemple de stratégie d'adaptation que la personne âgée met en œuvre pour retrouver son mode de vie antérieur. S. de Beauvoir l'illustre de cette manière « *Contre la précarité objective de sa situation, contre son anxiété intime– le vieillard cherche à se défendre : il faut interpréter– du moins en grande partie – comme des défenses, la plupart de ses attitudes. Il en est une qui est commune à presque tous : ils se réfugient dans des habitudes.* »³⁶⁴ Suzanne et Yvonne, deux personnes âgées rencontrées dans leurs lieux de vie un an après l'hospitalisation, ont clairement explicité la routinisation de leur quotidien en terme d'horaire et de visite de professionnels de soins à domicile. Pour Suzanne une journée banale commence à 7h30. Elle commence par aller aux toilettes, enfle sa robe de chambre, aère son lit puis va prendre son petit déjeuner. Elle fait sa toilette puis refait son lit. Tout ça lui prend environ une heure et demie. Elle ne donne aucune indication de ce qu'elle fait ensuite, avant que vienne l'Abrapa qui réchauffe le repas. Elle mange aux alentours de midi. L'après-midi elle essaie de lire « *mais c'est dur, ça me fait mal à la tête* » puis « *l'infirmière passe pour voir si je suis encore sur pied, si je ne suis pas tombée et aujourd'hui c'est vendredi alors elle m'a lavé le dos.*».

³⁶³ ALDWIN, C. Psychologie du vieillissement. In REUBEN, D.B., YOSHIKAWA, T.T., BESDINE R.W. *Geriatric Review Syllabus : A core Curriculum in Geriatric Medicine Syllabus*, livre I, pp. 24-29 Traduction française par ALARD M., et FORETTE, B. Paris : IPSEN, 1998, 464.p

³⁶⁴ BEAUVOIR, S. (DE). *La vieillesse*. Paris: Gallimard, 1970, p.489.

Ce propos marque la conscience du risque de chute. Suzanne interprète les passages de l'infirmière comme une surveillance accrue des chutes, pas forcément comme un acte médical d'aide dans les gestes de la vie quotidienne. Le soir elle se fait une tisane et elle mange les restes du midi avec autre chose. Avant le coucher « *je prends un café au lait avant de dormir, un deuxième petit déjeuner* ».

Elle écoute la radio pendant le repas notamment les informations. Yvonne quant à elle commence également sa journée vers 7h30 « *je peux faire une partie de ma toilette, je le fais, je me recouche et j'attends l'infirmière qui vient aux alentours de 8 heures. Et elle continue à me laver les pieds, le reste de la toilette et elle m'aide à m'habiller. Après, je me prépare le petit déjeuner ici et après je me recouche un petit peu. Après, je lis le journal. Oui et tous les 15 jours il y a le petit déjeuner en commun en bas. Alors on n'est pas nombreux 10 à 12 personnes. (...) on a du pain frais, des viennoiseries, ça fait plaisir. Après, le repas de midi et je fais une sieste et après lecture, télé. Je fais aussi pour ma rééducation, je marche déjà le matin, pour descendre je prends l'ascenseur et je fais le va-et-vient dans le couloir. Et je sors aussi. Plus maintenant, mais quand il faisait beau, je sortais déjà le matin faire un tour dans la cour pour faire ma petite marche. Ça en fait, je le fais plusieurs fois par jour. Ou je sors dans la rue. (...) lecture, télé ou simplement ne rien faire. Et après je prépare le repas du soir et après c'est les infirmières qui passent et après c'est encore la télé. En général je me couche d'assez bonne heure ; vers 8h je me couche* ».

On remarque pour ces deux personnes que le quotidien est balisé par les visites de professionnels pour les aides à la toilette et au repas, mais aussi pour une simple surveillance de leur équilibre, s'assurer qu'elles n'ont pas rechuté. De même, la télévision, la radio et la lecture sont citées comme occupations, ce qui témoigne de leur volonté de s'inscrire dans l'actualité.

En conclusion, tenir compte de la résilience nous permet d'affirmer qu'à tout âge, une meilleure trajectoire de vie est possible et que le passé n'est pas le déterminant du devenir. La personne âgée, même fragilisée par une cassure physique et psychique, trouve souvent les ressources pour se relever et reprendre un quotidien. La résilience met à jour les niveaux possibles de prévention comme les facteurs de risques et les facteurs protecteurs. Une attention particulière peut être portée aux facteurs de soutien direct et extérieur.

Les patients rencontrés dans le cadre de ce travail ont pour la plupart réussi à se remettre dans la marche de leur quotidien grâce à des ajustements personnels. Pour un tiers des patients, les personnes décédées, le travail personnel et la prise en charge n'ont pas permis de « les remettre sur pieds ». Ce sont les cas extrêmes de ruptures biographiques.

CRISES, TOURNANTS ET RUPTURES BIOGRAPHIQUES

Si les médecins parlent de crise pour caractériser l'apparition aiguë d'une maladie ou l'aggravation rapide d'un état de santé, les sociologues se penchent davantage sur les transformations de la vie quotidienne et les changements opérés dans l'identité de la personne suite à un événement. La question est ici : comment définir l'évènement de la fracture et l'impact sur les patients âgés ? S'agit-il d'une crise, d'un tournant ou d'une rupture ? Nous verrons que selon les cas, elle relève de ces trois notions.

Dans un premier temps, la FESF est considérée comme un moment de crise. Du point de vue médical, nous avons vu qu'elle est souvent un déclencheur de pathologies sous-jacentes et de décompensations. Le caractère de l'imprévu et de l'urgence influe sur l'organisation du service et sur les possibilités de sortie des patients.

La notion de crise est particulièrement présente dans les travaux sur les parcours biographiques comme chez A. Giddens et A. Strauss. Le premier³⁶⁵ fait une distinction entre des événements prévisibles et d'autres imprévisibles, qui viennent briser les routines et créer un sentiment d'insécurité. A. Strauss distingue également les changements « prévus ou envisagés » et « les moments critiques » qui se produisent « *en dépit des anticipations normalisées* »³⁶⁶.

³⁶⁵ GIDDENS, A. *La constitution de la société*. Paris : PUF, 2012, 474 p.

³⁶⁶ STRAUSS, A. *Miroirs et masques*. Paris : Métailié, 1992, p.99

La crise est donc la conséquence d'évènements imprévus, mais elle se caractérise aussi par les possibilités d'issues. M. Grossetti³⁶⁷ défend cette idée : « *Il n'y a pas d'un côté des situations totalement prévisibles et de l'autre côté des situations totalement imprévisibles. Il y a plutôt des degrés et des formes variables d'imprévisibilité.* »³⁶⁸ Il a créé une typologie pour en rendre compte. Le modèle du carrefour est la première modalité où les issues sont prévues, le moment du choix est déterminé, mais l'orientation vers l'une ou l'autre des voies possibles est imprévisible. C'est le cas des votes électoraux.

Dans un deuxième temps, « *le moment peut être prévu, mais les issues ne sont pas délimitées au départ. C'est le cas dans les phases classiques de transition dans les parcours de vie, comme l'entrée dans la vie adulte, la retraite, etc. Le moment de ces transitions est modulable, mais plus ou moins prévisible.* »³⁶⁹ Et dans « *le troisième type de situation, l'imprévisibilité peut se produire sans qu'on s'y attende, mais on dispose d'avance d'un certain nombre de réponses possibles. Un des cas les plus simples est la maladie, imprévisible dans le temps (en général, on ne prévoit pas de tomber malade à un moment précis), mais pour laquelle des réponses institutionnalisées existent (prise en charge par le système de santé).* »³⁷⁰ Une autre caractéristique de la crise est son implication dans plusieurs sphères de la vie sociale, voire dans l'ensemble d'entre elles : professionnelle, famille, loisirs, relations sociales, santé, etc. O. Mazade résume cet effet de contagion de la sorte : « *Ce qui spécifie une crise, c'est précisément la situation où l'évènement biographique propage ses effets à l'ensemble des trajectoires. La crise devient l'incapacité à assurer le contrôle de son parcours de vie, à maîtriser la contagion à tous les domaines et les irréversibilités qui s'y*

³⁶⁷ GROSSETTI, M. « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux. », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, n°120, 2006, p. 5-28.

³⁶⁸ Ibid. p.16

³⁶⁹ Ibid. p.17

³⁷⁰ Ibid. p.17

développent (cette fois la mésentente conjugale produit des effets sur le travail, la santé, la sphère amicale, etc.) »³⁷¹.

La FESF est définissable comme une crise au sens sociologique du terme. Le moment de sa survenue est toujours imprévisible, même si des indices peuvent en augmenter la probabilité. C'est le cas pour les patients atteints d'ostéoporose, les mois froids, les résidents en EHPAD, la nuit, les problèmes de santé, etc. Les réponses proposées à la prise en charge de cette fracture sont institutionnalisées par l'hospitalisation, les soins à domicile, l'hébergement en EHPAD, les politiques de santé et de prévention et de promotion de la santé. Aussi, cette fracture a un impact sur l'ensemble des sphères de la personne âgée et ne se limite pas à la santé. Nous avons vu que certains patients limitent, voire stoppent, leurs déplacements intérieurs et extérieurs. Cela entraîne une perte des liens sociaux et de la visibilité de l'espace social. L'utilisation d'aides techniques doit être apprise. L'entrée de professionnels de soins dans l'espace privé ponctue les journées routinières. Le moment de l'hospitalisation constitue pour l'ensemble des patients un moment de crise. Le caractère de l'urgence médicale de cette pathologie nécessite un temps d'hospitalisation et le passage par plusieurs services hospitaliers et extrahospitaliers le temps de la rééducation. Les patients passent ainsi de leur lieu de vie à une organisation hospitalière pour la plupart de manière temporaire.

Ce laps de temps implique des changements dans les routines quotidiennes auxquelles les patients s'adaptent plus ou moins volontairement. L'entretien de Max illustre clairement en quoi la fracture peut être vécue comme une crise. Max, 82 ans, vit en couple dans son logement personnel.

Il ne souffre d'aucune affection et ne présente pas de signe de dépendance. Il est totalement autonome. Il jardine, marche beaucoup et s'occupe de sa femme. Il s'est cassé le col du fémur en voulant rattraper un vélo qui lui tombait dessus alors qu'il le réparait. Il est hospitalisé dans le service de chirurgie après son passage au service d'urgence. Il reste 16 jours dans le service avant de pouvoir rentrer à son domicile avec une prescription de séances de kinésithérapie.

³⁷¹ MAZADE, O. “ La crise dans les parcours biographiques : un régime temporel spécifique ? ”, *Temporalités*, n°13, 2011, <http://temporalites.revues.org/1457>

Depuis son retour, il a fait installer des rampes d'accès aux escaliers à trois endroits différents, intérieurs et extérieurs. Il a peur de rechuter et fait plus attention qu'avant à ses déplacements même s'il n'est pas limité physiquement. Dans ce parcours, c'est le moment de l'hospitalisation qui a constitué une crise puisque Max n'a pas pu assurer son rôle d'aidant auprès de sa femme. D'autre part, lors de son entretien, Yvonne s'est penchée longuement sur son passage dans les services hospitaliers, et ce de manière négative. Il y a d'abord eu le choc de fracture, qu'elle explique ainsi *« je me suis levée pour aller aux toilettes, j'ai buté sur un seuil entre la porte de la chambre et il faut traverser la cuisine, et j'ai buté sur ce seuil. Je suis tombée, je suis tombée en avant et je me suis cogné le visage, j'ai été blessée ici (montre l'arcade sourcilière) et j'ai saigné, saigné. J'ai eu une double fracture du nez. D'abord ce choc et je retombe sur le côté et je ne peux plus me lever. J'ai réussi à alarmer mes enfants en bas et ils ont appelé une ambulance. On m'a d'abord amenée à Saverne puis à Hautepierre. Et j'ai été opérée le même matin. Alors j'ai passé à Hautepierre et on m'a transférée à la Clinique Saint François où je suis restée 5 semaines. Et je suis rentrée ici le 13 ou le 15 mars »*. Puis son séjour à l'hôpital a été mal vécu à cause de sa voisine de chambre qui était *« une personne qui avait perdu la raison »*

Enquêteur : *« donc elle était un peu dérangeante ? »*

Yvonne : *« et comment ! Et comment ! Elle appelait au secours toute la journée, sa maman et un autre nom « maman, maman, au secours » jour et nuit. Et moi encore sous le choc de la chute, de l'opération, de tout ça, c'était choquant, c'était... et alors ça ! J'étais au bord de la crise de nerfs, je n'en pouvais plus. Quand je disais aux infirmières si elles ne peuvent pas la calmer pour que je puisse dormir « ah non, on ne peut pas l'assommer complètement ».* »

Son parcours hospitalier a été vécu comme une crise principalement en post-opératoire où elle était censée se remettre et se relever de cette fracture. Une fois revenue dans son lieu de vie, elle a pu reprendre son quotidien routinier, mais avec des visites d'infirmières plus fréquentes pour l'aider à l'habillage et par mesure de précaution en évitement des chutes.

Dans un deuxième temps, la FESF peut être considérée comme un tournant dans le sens où il y a eu changements dans l'organisation de la vie et dans l'évolution de l'identité du patient. Je m'appuie ici sur les résultats de l'enquête de S. Cavalli et C. Lalive d'Épinay portant sur les changements dans la seconde moitié de la vie³⁷². Les auteurs s'intéressent aux événements que les individus retiennent comme majeurs dans leur vie et au moment où ils se produisent dans le parcours de vie. La première conclusion est que la densité des événements relatés diminue avec l'âge, passant de 2,4 pour les jeunes adultes à 2 pour les quinquagénaires et octogénaires et 1,5 pour les sexagénaires. Aucune explication n'est cependant donnée sur cette baisse pour les sexagénaires.

La deuxième conclusion porte sur les domaines où se concentrent les changements, comme la profession, la famille, l'espace et les décès : « *au cours de l'avance en âge, les changements rapportés se concentrent sur un nombre de plus en plus restreint de domaines. Au milieu de la vie – à l'instar des âges antérieurs – 34% des événements se répartissent entre divers domaines distincts des cinq principaux, ce qui n'est plus le cas que de 12% pour les octogénaires.* »³⁷³ Cet effet s'explique par « *la fragilisation liée à l'âge, la santé devenant le domaine événementiel par excellence* »³⁷⁴. Une dernière conclusion porte sur la nature des tournants survenus dans la deuxième moitié de la vie (cf. **Figure 54**). L'importance des décès est remarquable pour les auteurs puisqu'« *à l'approche de la cinquantaine, un tournant sur cinq est provoqué par un décès, puis un sur trois dans la soixantaine et un sur deux avec la venue du grand âge* »³⁷⁵.

De même, le domaine de la santé fait intervenir des changements plus grands avec l'avancée en âge. : « *L'accélération des événements de santé est inexorable au fil de l'âge; parmi les octogénaires, ceux-ci constituent presque la moitié des changements récents. À cet âge, le*

³⁷² LALIVE D'ÉPINAY, C., CAVALLI, S. « Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie. », *Gérontologie et société*, n° 121, 2007, p. 45-60

³⁷³ Idem, p50

³⁷⁴ Idem.

³⁷⁵ Ibid. p.54

critère de sélection de tournants parmi les affections de santé s'affine encore : ce n'est pas tant la chronicité de la maladie que son caractère handicapant, le fait qu'elle rende la personne dépendante, soit encore parce que sa nature condamne la personne à une mort proche. »³⁷⁶ Nous retrouvons cette idée de finitude dans les discours des professionnels et des patients recueillis lors de l'enquête de terrain. Denise, aide-soignante nous dit de certains patients âgés : « *Y'en a qui veulent mourir* ». Tania, IDE, précise « *Le fait de se voir diminué c'est une fatalité, le fait d'être opéré à leur âge leur fait souvent penser qu'ils vont mourir, que c'est la fin* ». Nadia, IDE va dans le même sens : « *Au quotidien, je suis confrontée à des gens qui me disent que c'est la fin* ». Par exemple, Laurette, 88 ans, relate sa chute puis sa fracture en disant « *j'ai cru que j'allais mourir* ». Il y a bien un lien entre la pathologie de FESF et sentiment de finitude, ce qui en fait un tournant biographique pour les personnes âgées qui en sont victimes.

³⁷⁶ Ibid. p.57

Figure 54 : Les cinq domaines des tournants les plus fréquents, avec indication des principaux contenus, selon l'âge au moment de l'évènement.

Age au moment du tournant					
40-54 ans		55-69 ans		70-84 ans	
Domaine	%	Domaine	%	Domaine	%
Famille	24	Décès	33	Décès	52
- Naissance, mariage	14	- Conjoint	22	- (Petits)-enfants	25
- Divorce	8	- Père/mère	7	- Conjoint	20
		- Frère/Sœur	3	- Frère/Sœur	5
Décès	21	Profession	23	Santé	23
- Père/mère	11	- Retraite	20	- Maladie	16
- Conjoint	5				
Profession	21	Famille	16	Famille ²	10
- Changt d'emploi	11	- Naissance, mariage	8		
- Promotion	5	- Divorce	5		
- Licenciement	4				
Santé	7	Spatial ²	7	Spatial ²	10
Spatial	4	Voyages ²	4		
Autres	22	Autres	17	Autres	5
Total (n = 168)	100	Total (n = 75)	100	Total (n = 31)	100

1. Pour les tournants survenus entre 40 et 54 ans, on considère les réponses données par les trois classes d'âge, pour ceux survenus ultérieurement on ne dispose que des réponses de deux puis d'une des classes d'âge.
2. Retenons que le nombre de tournants dans ces domaines est inférieur ou égal à cinq.

Source 70 : LALIVE D'ÉPINAY, C., CAVALLI, S. Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie. *Gérontologie et société*, n° 121, 2007, p.53

Ces résultats peuvent être mis en lien avec les données épidémiologiques présentées dans ce travail : notre population âgée se définit principalement par des critères médicaux de mauvaise santé et de niveau de dépendance élevé. Dans les discours recueillis, que ce soit ceux des professionnels ou ceux des personnes âgées, nous retrouvons les notions de limitations fonctionnelles impactant sur la vie quotidienne. Pour exemple, Max ne jardine plus aussi souvent, et Yvonne et Suzanne ne sortent plus de leur logement.

Nous avons pu observer dans le chapitre 6 en quoi cette fracture est un choc physique et psychique. Le choc est ici compris comme une crise avec des conséquences telles que le syndrome post-chute et le syndrome de glissement.

La chute imprévue entraîne une prise de conscience par les patients âgés de leur baisse d'autonomie et des changements éventuels à effectuer dans leur lieu de vie. Les changements se font autant dans l'organisation quotidienne des victimes que dans leurs identités. Marie-Louise a fait quelques aménagements dans son logement « *La Carsat a écrit et ont envoyé 200 € pour une barre à la douche et quelque chose pour m'asseoir. Depuis 6 mois au moins.* » La fracture a fait naître un sentiment de fragilité qui l'oblige à faire davantage attention à ses mouvements et à ses déplacements « *Je me tiens au mur pour monter l'escalier. Bon je fais attention plus qu'avant, ça c'est vrai* ». À la question : « *Et vous avez peur de retomber ou vous n'y pensez pas trop ?* », elle répond « *je n'y pense pas trop, mais comme je me suis cassée le col du fémur, ça peut arriver de l'autre côté aussi. Je pense parfois à ça, mais pas tout le temps* ». Eugénie marche avec une béquille depuis sa fracture, mais elle spécifie « *je peux encore sortir sauf en ce moment parce qu'il y a beaucoup de neige* ». Le parcours de Suzanne est le plus significatif dans l'illustration de ce tournant. En effet, depuis sa chute, elle est beaucoup plus dépendante et son état de santé ne lui permet plus de se déplacer, ce qui a radicalement changé son quotidien et accru son sentiment de solitude. Elle trouve qu'elle est limitée physiquement notamment à cause des médicaments qui lui donnent des vertiges. Elle a une femme de ménage et pour les repas « *c'est l'Abrapa, pour moi c'est trop fatiguant, je ne peux plus* ». La mise en place de ce service est liée à sa chute et à l'intervention de l'assistante sociale du secteur. Elle est équipée de la téléalarme depuis sa chute « *mais je ne suis pas satisfaite avec (...) C'est bien quand on est assis dans le fauteuil et qu'on tombe, mais pour se balader autour, ce n'est pas bien. Vous voyez ça balance et dès que vous heurtez quelque part, ça s'accroche* ». Son sentiment de fragilité et de solitude se sont largement accrus si bien qu'elle aurait préféré une rupture biographique :

Suzanne : « *J'aurais mieux fait de tomber et ne plus... fini* »

Enquêteur : « *Vous vous sentez vraiment moins bien ?* »

Suzanne : *« Je ne peux plus sortir, je ne peux plus rien faire. Avant de tomber, je pouvais encore sortir, faire mes courses, faire à manger, lentement mais sûrement. Le ménage, je n'avais pas besoin de femme de ménage ! »*

Elle a entamé des démarches d'inscription en EHPAD. Même elle préfère rester dans son logement avec les aides disponibles, elle sait que cette solution est envisageable.

Elle explique : *« j'ai déjà demandé qu'on m'inscrive, mais je ne suis pas encore présentée .»*

Elle est inscrite dans trois établissements qu'elle connaissait déjà et les a choisis en fonction de leur proximité avec son quartier. Cependant, dans ces propos, on ressent le caractère contraignant de cette démarche : *« Mais si ça ne va pas, on me mettra ailleurs et tant pis, j'irai si ça ne va plus. Mais de préférence alors au cimetière »*. Nous pouvons donc affirmer que la fracture constitue un tournant biographique pour certains patients âgés.

Nous pouvons parler aussi de véritables ruptures biographiques pour les 32 personnes âgées décédées ainsi que pour les neuf qui ont changé de lieu de vie, passant du domicile en EHPAD. Le quotidien s'est arrêté pour les uns et il a radicalement changé pour les autres. En effet, pour les nouveaux résidents en EHPAD, le changement est géographique, spatial, relationnel et organisationnel. Ces patients ont déménagé, ont dû s'approprier de nouveaux lieux avec des espaces privés et collectifs, un autre panorama et environnement que leurs lieux de vie antérieurs ; ils ont dû créer de nouvelles relations avec les autres résidents, les professionnels y travaillant et réorganiser leur routine en fonction d'un règlement intérieur et d'horaires spécifiques. Nous ne disposons malheureusement d'aucun entretien pour illustrer ces ruptures.

En conclusion, les personnes âgées ont des capacités d'adaptation indéniables notamment lorsqu'il s'agit de gérer une crise ou un tournant dans leur vie. C'est le cas pour les FESF. Les personnes âgées trouvent des ressources pour se relever après une chute et pour retrouver un quotidien routinier. Elles font ainsi preuve de résilience. Nous pouvons conclure à l'importance de l'entourage proche et professionnel auprès de la personne âgée dans son processus de résilience. La majeure partie de nos patients rencontrés s'est relevée après l'hospitalisation. La fracture a constitué un tournant biographique, mais il ne faut pas oublier l'importance des ruptures pour près d'un tiers d'entre eux.

CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

Ce dernier chapitre rend compte des questions sociétales, éthiques, politiques et médicales qui se posent à la suite de l'évènement traumatique que constitue la FESF. Notre analyse permet de trouver des réponses opérationnelles à ces problématiques.

Dans le champ médical, les facteurs de risques de ces fractures sont connus. Il s'agit de l'ostéoporose, des troubles de la vision, de la polymédication et de l'inadaptation du logement. Pour ces quatre facteurs, il existe des moyens de prévention efficaces, pouvant être facilement mis en œuvre par la personne âgée sans l'intervention de professionnels de santé. C'est le cas pour le maintien d'une activité physique, le suivi d'un régime alimentaire riche en vitamine D et en calcium, l'achat de dispositifs pour mieux voir et se déplacer ou pour aménager son lieu de vie et éviter les situations à risques de chutes comme prendre appui sur un tabouret pour chercher un objet en hauteur ou marcher avec des chaussures usées. La prévention permet de limiter les risques de fracture, mais notre analyse montre que les messages et les informations fournis par l'entourage et/ou les professionnels de santé ont une portée limitée. Une meilleure diffusion des informations devrait être envisagée pour une connaissance accrue des dispositifs existants par les personnes âgées

Les actions de prévention des fractures permettent en partie d'améliorer le quotidien des personnes victimes de chute. Cependant, ce sont les capacités personnelles à chacune des personnes âgées qui leur permettent de se relever. Les patients mettent en œuvre des techniques d'adaptation afin de pallier leurs incapacités, même provisoires, et retrouver une routine acceptable. La majorité des patients rencontrés font preuve de résilience, ce qui amène à définir l'incident de la fracture comme une crise biographique et, lorsqu'il y a nécessité de réadapter son quotidien et son identité, nous pouvons parler de tournant. Pour un tiers des patients de notre étude, il y a eu une rupture marquée par le décès de la personne ou par une entrée en maison de retraite. Notre analyse fait ressortir l'importance de l'entourage proche et professionnel auprès des patients dans ces moments de crises, de tournants et de rupture. Si les manières de se relever après une fracture et les ressources diffèrent pour chaque personne, elles n'ont toutes que deux possibilités majeures de lieu de vie : le domicile ou l'EHPAD.

L'analyse de l'offre existante sur le territoire alsacien montre une situation assez favorable comparée à d'autres régions françaises. Notre intérêt s'est porté sur la place de la personne âgée dans les décisions quant à son lieu de vie.

Les politiques publiques privilégient le maintien à domicile avec nécessité d'une présence d'aidants professionnels et non-professionnels notamment si le niveau de dépendance s'accroît. La question éthique de la recherche du consentement et de l'utilisation de la notion d'autonomie nous permettent d'appréhender des situations de refus de soin socialement incomprises et presque inacceptables. Cela nous interroge sur les formes du bien vieillir ou du vieillissement réussi. Il semble que chaque patient a sa définition, mais des critères communs existent : être en bonne santé, être entouré, se déplacer, rester chez soi et ne pas subir dans son entourage trop de décès.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Comme nous l'avons vu tout au long de ce travail, le vieillissement de la population n'est plus à prouver et les conséquences qu'il représente pour nos sociétés sont multiples. Les fractures du col du fémur sont terriblement pertinentes à étudier, car elles révèlent bien des aspects de notre société, tant au niveau démographique, médical, épidémiologique qu'individuel pour la population âgée. Elles permettent de comprendre ce qui se joue tant à échelon global que plus restreint. L'ensemble de la démonstration témoigne de l'utilité de prendre différents niveaux d'observation possibles pour saisir toute l'ampleur que peut avoir une pathologie.

Concernant l'offre de soin, le territoire alsacien témoigne d'une offre de soin globalement positive puisque plusieurs indicateurs restent supérieurs à la moyenne nationale. Le taux d'équipement en places de SSIAD le plus faible de France hexagonale amène à réfléchir sur les dispositifs alternatifs à l'hospitalisation et à la prise en charge post-hospitalière. De même, nous pouvons nous interroger sur l'accessibilité à l'offre de soin dans la région : une offre positive ne certifie pas une égalité d'accès pour la population âgée. Le plan régional de santé en Alsace estime que *« le temps d'accès moyen est estimé à partir du centre des communes. Ainsi, tous les habitants d'une commune équipée sont considérés comme à proximité immédiate. À l'inverse, tous les habitants d'une commune non équipée sont considérés comme éloignés. Un critère de bon accès aux soins se caractérise notamment par le temps nécessaire pour se rendre du domicile au cabinet médical le plus proche. On estime aujourd'hui que 87 % de la population alsacienne est à moins de cinq minutes d'un médecin généraliste par la route, que ce médecin exerce en Alsace ou dans un département limitrophe. À contrario, 230 000 habitants et 433 communes en sont éloignés de plus de cinq minutes. »* Il existe un certain nombre de disparités au niveau régional quant à la démographie médicale et la densité d'offre de soin.

Concernant la fracture du col du fémur et son hospitalisation, nous pouvons conclure à l'intervention d'un nombre de professionnels qui tentent au maximum de prendre en compte les individualités. Nous avons pu observer la place de l'entourage laissée dans le secteur hospitalier par les professionnels et l'impact sur les décisions prises pour la personne âgée sur son devenir et la sortie d'hospitalisation. Le taux de mortalité observé pour les patients à un an après l'hospitalisation est globalement conforme à la littérature médicale existante sur le sujet avec une mortalité des patients les plus dépendants après l'hospitalisation.

L'analyse de « cas » concrets sur le vécu de ce parcours (avant, pendant et après l'hospitalisation) permet de confirmer des éléments déjà connus comme la démonstration du syndrome post-chute, le choc de la fracture (physique et psychologique) avec une prise en compte d'une dépendance possible ainsi qu'une baisse du niveau d'autonomie. Notre étude permet de quantifier cette baisse d'autonomie notamment pour sortir de chez soi, se déplacer dans le logement, l'aide à la toilette, à l'habillage et aux courses, mais également la mise en place d'aides techniques comme la téléalarme, un lit médicalisé, des barres d'appui et les aides à la marche (déambulateur et fauteuil roulant) pour ce public. Il ne faut cependant pas confondre niveau d'autonomie et qualité de vie. En effet, les personnes âgées interrogées les plus dépendantes ne sont pas celles qui déclarent une mauvaise qualité de vie et inversement.

Sur un versant plus préventif et informatif, nous avons pu constater une certaine méconnaissance sur les aides disponibles (adaptation du logement, nutrition, téléalarme, rehausseur de toilette, barre d'appui, atelier prévention des chutes, activités physiques) ainsi qu'un certain déni de l'état de dépendance par les personnes (démarches non préventives des chutes ou d'inscription en établissement) qui amène cet état d'urgence lors de la sortie d'hospitalisation où il y a souvent une nécessité d'imposer des prescriptions médicales et paramédicales.

Si l'on revient sur le parcours de soin et l'ordre négocié, les personnes âgées sont le plus souvent acteurs de leur vie jusqu'à la chute. Lors de la chute, elles se retrouvent agentes d'une prise en charge prédéterminée : secours, service d'urgence, entrée dans le service de traumatologie, opération, mise debout le lendemain de l'opération, temps de séjour dans le service puis retour au lieu de vie antérieur avec kiné et aides ou rééducation dans un centre entre deux et cinq semaines puis retour au lieu de vie antérieur avec kiné et aides. Elles subissent le plus souvent l'organisation hospitalière parce que d'une part elles n'ont pas forcément le choix et la capacité d'exprimer ce choix dans le contexte de choc et de fragilité, mais aussi par confiance dans le système de soin : les médecins vont les « réparer ». Au moment de la sortie d'hospitalisation, elles ne sont le plus souvent que spectatrices des décisions prises par les professionnels de soin, les professionnels sociaux, décisions qui dépendent de plusieurs facteurs tels le mode de vie et le lieu de vie antérieur de la personne âgée, son degré d'autonomie et son état de santé, la présence ou non d'entourage, des dispositions déjà entreprises par la personne âgée, de la disponibilité de places en centre de

rééducation, en établissement spécialisé et des lits disponibles dans les services hospitaliers et des disponibilités des services d'aide à domicile. Cependant à tout moment de ce parcours, elles ont la possibilité de redevenir acteurs, d'où la nécessité pour le service de s'adapter à la problématique gériatrique et de l'adaptation des prises en charge individualisée. Les soignants sont obligés de faire en fonction des capacités physiques des patients et surtout de leur volonté et envie de coopérer et de se conformer aux prescriptions.

Une des autres conclusions de ce travail est que le public âgé est difficile à approcher et reste donc une population silencieuse. Situation assez paradoxale étant donné leur grand nombre et la diversité de thématiques sur lesquelles il pourrait donner son avis. Un des objectifs de cette recherche était de redonner la parole aux principaux intéressés, chose qui s'est avérée complexe pour plusieurs raisons. La principale est la méconnaissance des techniques d'enquête en sociologie et la réticence à se raconter auprès d'un(e) inconnu(e). J'ai souvent pu entendre « *je ne rien à dire sur ma situation* », « *ça n'en vaut pas la peine* », « *ça ne sert à rien* », « *pourquoi ça vous intéresse ce que disent les vieux ?* ». Ces quelques commentaires traduisent bien le fait que cette population tait ses opinions et reste souvent silencieuse au risque d'être invisible. Or ce silence peut s'avérer préjudiciable lorsqu'il s'agit de consentement ou de choix de parcours de santé notamment. Nous trouvons également dans ces propos le sentiment d'inutilité. Cette inutilité peut se comprendre à court terme comme « *ça ne va rien changer à ma situation actuelle* », et à court ou moyen termes en lien avec la finitude. La seconde raison est que l'enquête s'est déroulée dans un contexte de fragilité physique et émotionnel, quelques jours après le choc de la chute et de la fracture et de l'opération chirurgicale. Certains patients déjà atteints de démence et ceux étant dans un état léthargique n'ont pas pu être enquêtés.

Notre étude va se situer dans un contexte de médicalisation de la société et principalement de la vieillesse, la définissant comme « *problématique de société* », synonyme de dépendance, de faiblesse avec besoin d'accompagnement médical. Cependant, les rencontres avec le public ciblé nous ont amenés à nous distancer de ce point de vue médicalisé en montrant que les individus profanes ont leur propre usage souvent détourné du savoir médical et qu'il est possible d'envisager la vieillesse d'un point de vue plus social.

Certes, la médicalisation de la vieillesse est une réalité, est souvent une demande sociale de l'entourage et des personnes âgées elles-mêmes, un des effets négatifs est que la personne âgée culpabilise en raison de sa fragilité et des besoins d'aides potentiels. L'éducation pour la santé et les politiques publiques ont réussi à faire en sorte que chacun se sente responsable de sa santé et des problèmes éventuels rencontrés. Dans le cas des personnes âgées, c'est le poids de la dépendance qui doit être plus conscient. Il serait donc utile de réfléchir sur d'autres manières d'envisager la vieillesse, d'une part moins réductrice et péjorative pour ce public qui présente des réalités bien diverses et d'autre part moins culpabilisante. Peut-être pourrait-on commencer par adopter un nouveau vocabulaire, par exemple remplacer « maintien à domicile » ou « prise en charge » par soutien ou accompagnement à domicile, mieux faire connaître les structures d'adaptation du logement et les aides disponibles au grand public et prioritairement aux futurs potentiels bénéficiaires ; autrement dit, accroître les professionnels d'accompagnement et de conseils plutôt que les professionnels médicaux.

Cette recherche en sociologie a été l'occasion de démontrer combien l'interdisciplinarité est essentielle pour la richesse des résultats. Nous avons pu approcher, de manière certes parcellaire, la démographie, la médecine, l'histoire, l'économie ou la politique pour dresser cet état des lieux des parcours de soins des personnes âgées victimes de fractures du col du fémur à Strasbourg.

Pour terminer, l'analyse du terrain et des données existantes a permis de tracer des pistes de préconisations et d'amélioration dans la prise en charge globale de notre population. La première piste avérée découle du manque d'informations et de connaissances du public sur les dispositifs existants, qu'ils soient matériels, économiques ou humains, à visée préventive et curative. Lors de moments de crises comme c'est le cas pour la fracture du col du fémur, il faut souvent l'intervention de l'entourage et de la légitimité du discours médical pour mettre en place des aides même temporaires ou amorcer des changements plus importants avec les démarches d'inscription en maison de retraite ou le réaménagement de l'intérieur. Les personnes âgées rencontrées se laissent guider par l'organisation hospitalière et suivent le parcours qui leur est proposé. Sorties de ce système, le retour au lieu de vie doit être préparé et c'est à ce moment que les réticences semblent le plus émerger.

Il serait opportun, pour faciliter la gestion de ces moments de crise, que les personnes âgées aient bien les informations nécessaires et qu'elles aient, en amont de ces situations, explicité leurs choix ou leurs volontés. Le rôle du médecin traitant, de l'entourage et des collectivités semble alors central dans la diffusion de l'information et le respect du consentement de la personne âgée.

Une deuxième piste d'amélioration pourrait s'appliquer à l'institution hospitalière et plus particulièrement aux services d'urgences. Que ce soit dans la littérature existante ou dans la restitution des différents discours recueillis lors de l'enquête de terrain, la prise en charge dans ce service est jugée problématique. L'attente souvent longue avant d'être vu par un médecin puis de faire les examens diagnostics et la prise en charge déshumanisée sont problématiques, car ne prenant pas en compte l'aspect gériatrique et traumatique pour des patients désorientés. L'intervention d'un médecin gériatre au sein même du service d'urgence pourrait dans un premier temps être bénéfique. Sur le long terme, la formation initiale et continue des personnels soignants aux questions gériatriques et à la désorientation participerait sûrement à une meilleure prise en charge et à un meilleur vécu de cette prise en charge. Une autre démarche pourrait également être développée au sein de l'institution hospitalière : un meilleur accès aux informations médicales et notamment aux prescriptions médicamenteuses. Ces informations sont indispensables surtout au moment de l'opération de la fracture et de l'anesthésie. Les prescriptions faites en milieu hospitalier et celles faites en médecine de ville pourraient être complémentaires plutôt que supplémentaires, en raison des risques de surmédication du public âgé. Dans ce cadre, le développement du dossier médical personnel constitue la réponse la plus adaptée. Ce dossier permet le partage des informations médicales entre les professionnels intervenant auprès d'un patient. Les antécédents médicaux, les résultats de laboratoire d'analyses, les imageries, et les traitements en cours pourraient être accessibles par un soignant dans le but d'éviter les prescriptions d'examens ou d'ordonnances inutiles, et de faciliter la coordination entre les professionnels.

Une troisième piste pencherait vers l'adéquation de l'offre et de la demande de prise en charge globale de la personne âgée, notamment celle qui n'est pas considérée comme dépendante. L'offre de soin dans notre région est satisfaisante au vu des données existantes. Il s'agirait de mieux connaître les usages que font les personnes âgées des dispositifs existants et de les adapter de manière individuelle.

Cette piste semble dans un premier temps illusoire, irréalisable, mais les premiers pas pourraient être faits sur les aides à l'adaptation du logement, les aides à la marche et les aides humaines à domicile. Nous avons pu observer que l'utilisation des aides à la marche et de la téléalarme et la médication étaient souvent détournées par les personnes âgées. Mieux connaître chaque usage de manière individuelle et les représentations que s'en font les personnes âgées permettrait sans doute de faire correspondre préconisations à bonne utilisation.

La dernière piste serait plus lexicale en questionnant l'usage des termes d'autonomie, de dépendance, de prise en charge, et de maintien à domicile. Ces notions sont largement diffusées dans le domaine médical, gériatrique, mais aussi dans le langage commun. Elles sont toujours comprises sous un angle problématique et négatif. C'est sur cet aspect que les représentations pourraient changer : ne plus définir la vieillesse comme une maladie. Nous proposerions de parler de vieillesse au pluriel, de préférer l'accompagnement ou le soutien plutôt que la prise en charge ou maintien à domicile. La diffusion de ces autres termes et de représentations sociales plus positives de la vieillesse et du vieillissement passerait peut-être par une démedicalisation des prises en charge et par le développement de professionnels d'accompagnement et d'informations.

LIMITES

Cette recherche s'est penchée sur une thématique déjà largement abordée dans la bibliographie médicale, mais son approche multidisciplinaire et les résultats obtenus sont inédits. Il faut tout de même admettre les limites de ce travail, limites qui amorcent de nouvelles réflexions et des pistes de recherche futures.

La première limite concerne l'approche méthodologique. Cette recherche s'inscrit dans plusieurs grandes disciplines universitaires : la sociologie, la démographie, l'épidémiologie et la médecine. Il est clair que passer d'une discipline à une autre ne permet pas d'être exhaustif et d'être hyperspécialisé. Des lacunes ou du moins des connaissances parcellaires seront donc sûrement remarquées par les spécialistes de chacune des disciplines.

La durée du financement a forcément joué sur la quantité et la qualité des résultats. Trois ans ont été accordés par le financeur, trois ans répartis pour 33 % du temps de travail, soit deux jours de travail hebdomadaires. Globalement, cette thèse a été réalisée sur une durée de 300 jours (avec une pause maternité de quatre mois entre temps.)

La deuxième limite cible les biais de l'enquête de terrain, à savoir dans un premier temps le choix de la population. Les définitions des personnes âgées et les échelles d'âges varient selon les institutions. Partir des 75 ans ou plus pour cette pathologie et ce service exclut donc d'office les personnes plus jeunes, celles hospitalisées dans les autres services et autres hôpitaux de la région et celles présentant d'autres pathologies.

Dans un second temps, les temps d'enquêtes ont été source de limitation. En effet, trois mois d'enquête dans le service étaient initialement prévus et impliquaient de voir plus de personnes âgées. Seuls deux mois ont pu être effectivement réalisés du fait de la grossesse. De plus, les passages dans le service se faisaient tous les deux à trois jours du lundi au vendredi ce qui a impliqué de ne pas pouvoir voir une petite part de patient pour le premier questionnaire et de ne pas avoir les éléments nécessaires à la poursuite de l'enquête (adresse, NIP). Ainsi, au vu de la faiblesse des répondants aux questionnaires après l'hospitalisation, il a été utile de rajouter deux temps pour retrouver les patients : la consultation au centre des archives et les appels aux médecins traitants.

Les conclusions de ce travail restent parcellaires d'un point de vue médical puisque les différentes pathologies et comorbidités n'ont pas été recensées alors qu'elles entrent dans une large part dans la compréhension du parcours de soin et du devenir des personnes enquêtées à la suite de leur fracture. De même, la problématique de la consommation médicamenteuse s'est révélée importante dans la compréhension des chutes et fait partie des interrogations du service pour une meilleure prise en charge notamment au moment de la chirurgie : les recherches d'antécédents et de prise de médicaments sont indispensables pour le choix de la technique opératoire et pour l'anesthésie. La non-prise en compte des facteurs médicaux et médicamenteux constitue également une limite forte.

Il semble légitime de juger de la faiblesse des approches qualitatives et quantitatives. Au niveau qualitatif, il était prévu d'illustrer ce travail à partir de dix situations de personnes âgées et si possible de leur aidant. Au final, seule la moitié a été possible.

Cela s'explique par le refus de certaines personnes à être à nouveau interrogées sur cette partie de leur vie, la difficulté de déplacement en période hivernale, et surtout à contacter directement la personne âgée. Au niveau quantitatif, les résultats chiffrés obtenus grâce aux questionnaires ne permettent pas d'être statistiquement significatifs. Certains questionnaires n'ont été renseignés que partiellement et l'ensemble des patients n'a pas pu être retrouvé.

En dernier lieu, la sortie d'hospitalisation en SSR n'a été que très partiellement développée dans ce travail de recherche. Ceci dit, des contacts avec les trois principaux centres de rééducation avaient été pris par courrier puis par téléphone sans succès.

L'ensemble de ses limites a vocation à être retravaillé dans la poursuite éventuelle de ce travail de recherche.

L'OUVERTURE VERS DE NOUVELLES QUESTIONS

Plusieurs pistes de travaux ou du moins des pistes de questionnement ou de réflexions émergent de ce travail. La problématique de la surconsommation médicamenteuse et la polymédication des personnes âgées en sont les principales. La problématique de polymédication pourrait être un gros facteur explicatif des chutes et la méconnaissance des prescriptions freine les professionnels de santé hospitaliers. La deuxième piste pourrait être sur la prévention de manière générale avec le développement des connaissances des différentes prises en charge possibles et le choix préventif des personnes âgées.

Cette méconnaissance globale des patients des dispositifs existants en matière de prévention des chutes et des aides possibles à mettre en place en prévision d'une perte d'autonomie amène à se demander quel(s) acteur(s) devrait intervenir ?

En outre, le manque de décisions directement prises par les personnes âgées en amont d'une baisse du degré d'autonomie est aussi à approfondir, car la fracture est un révélateur qui oblige à prendre rapidement des décisions. La chute est perçue comme évènement traumatique pour la personne âgée, à la fois physique et psychique.

Les chutes en établissement pour personnes âgées sont plus nombreuses que celles à domicile ou à l'extérieur alors que l'environnement et le suivi sont adaptés.

On voit donc apparaître ce paradoxe sécuritaire pour cette solution de prise en charge. Une perspective de recherche sur les chutes en établissements est à envisager afin de mieux comprendre ce fait.

Une dernière ouverture pourrait être faite sur les ruptures biographiques du public âgé. La chute et la fracture semblent être des tournants biographiques, mais non des ruptures pour la plupart des personnes âgées rencontrées. Il serait intéressant de procéder par récit de vie pour mettre à jour les logiques propres à chacun.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES IMPRIMÉS

ADAM, P., HERZLICH, C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : A. Colin, 2004, 127 p.

AIACH, P., CEBE, D., CRESSON, G. et al. *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches anthropologiques*. Rennes : ENSP, 2001, 330 p.

AIACH, P., DELANOË, D., CLEMENT, S., DRULHE, M. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanita*. Paris: Economica, 1998, 251 p.

AIACH, P., FASSIN, D. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos-Economica, 1994, 364 p.

AÏT ABDELMALEK, A., GERARD, A. *Sciences humaines et soins*. Paris : Masson 2001, 388 p.

ALBARET, J-M., AUBERT, E. *Vieillesse et psychomotricité*. Paris : Solal, 2003, 253 p

ALDWIN, C. “ Psychologie du vieillissement. ”, In REUBEN, D.B., YOSHIKAWA, T.T., BESDINE R.W. *Geriatric Review Syllabus : À core Curriculum in Geriatric Medecine Syllabus*, livre I, pp. 24-29 Traduction française par ALARD M., et FORETTE, B. Paris : IPSEN, 1998, 464.p

ALLARD, M., ROBINE, J.M. *Les centenaires français : étude de la Fondation IPSEN 1990-2000*. Paris : Serdi, 2000, 196 p.

AMYOT, J.J., De BEULE, C., STADELMAIER-PARIS, N. *Le guide de l'action gérontologique*. Paris : Dunod, 1997, 345 p.

AMYOT, J.J., ROBERT, F. *Travailler auprès des personnes âgées*. Paris : Dunod, 2008, 402 p.

AMYOT, JJ., VILLEZ, A. *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*. Paris : Dunod, 2001, 216 p.

ARBORIO, A.-M. *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Economica, 2012, 360 p

ARGOUD, D., GUISSSET, M.-J., VILLEZ, A. *L'accueil temporaire des personnes âgées*, Paris : Syrops, 1994, 216 p.

ARLIAUD, M. *Les médecins*. Paris : La découverte, 1987, 125 p.

ATTIAS-DONFUT, C. *Les solidarités entre les générations : vieillesse, familles, État*. Paris : Nathan. Université, 1995, 350 p.

AUGE, M., COLLEYN, J.P. *L'anthropologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2004, 127 p.

AUGE, M., HERZLICH C. *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris : Archives Contemporaines, 1983, 278 p.

BALTES, P., BALTES, M. "Psychological perspectives on successful ageing: The model with selective optimisation and compensation.", In BALTES, P., BALTES, M. *Successful aging: perspectives from behavioral sciences*. New York: 1990, Cambridge University Press, p. 1-34.

BILLE, M. *La chance de vieillir : essai de gérontologie sociale*. Paris, L'Harmattan, 252 p.

BADEY-RODRIGUEZ, C. *Les personnes âgées en institution. Vie ou survie: pour une dynamique de changement*. Paris : Seli Arslan 1997, 192 p.

BASZANGER, I et al. *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris : La Dispute, 2002, 249 p.

BAUDIER, F. *Prévention des accidents de la vie domestique. Le guide des programmes coopératifs*. Vanves : Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), 1995, 119 p.

BEAUD, S., WEBER, F. *Guide de m'enquête de terrain*, Paris : la Découverte, 2003, 357 p.

BEAUVOIR, S. (DE). *La vieillesse*. Paris : Gallimard, 1970, 608 p.

- BECK, U. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion, 2003, 521 p
- BECKER H., GEER B., HUGHES E., STRAUSS, A. *Boys in White*. University of Chicago Press, 1961, 456 p.
- BERGER, L., MAILLOUX, D. *Personnes âgées, une approche globale*. Paris : Maloine, 1989, 585 p.
- BERNOUX, P. *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, 1990, 382 p.
- BERTHELOT, J.M. *La construction de la sociologie*. Paris : PUF, 2005, 127 p.
- BITTAR, H. *Aider une personne âgée à choisir son lieu de vie*. Paris : Frison Roche, 1995, 2000
- BLANCHET, A., GHIGLIONE, R., MASSONNAT, J., TROGNON, A. *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1990, 197 p.
- BLANCHET, A., PAGES, M. *L'entretien dans les sciences sociales. L'écoute, la parole et le sens*. Paris : Dunod, 1990, 290 p.
- BOIS, J.P. *Histoire de la vieillesse*. Paris : PUF, 1994, 127 p
- BONNICI, B., *La politique de santé en France*, Paris : PUF, 1993, 125 p.
- BOURDELAIS, P. *L'âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population*. Paris : Odile Jacob, 1993, 441 p.
- BOURDESSOL, H., PIN, S. *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : Inpes, 2005, 156 p.
- BOURDIEU, P., CHAMBOREDON, J.C., PASSERON, J.C. *Le métier de sociologue : Préalables épistémologiques*. Paris : Mouton de Gruyter, 1968, 357 p.
- BRAMI, G. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD : droit et pratiques institutionnels en gérontologie*. Bordeaux : Etudes Hospitalières, 2006, 355 p.

BRANCHU C, VOISIN J, GUEDJ J, et al. *État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*. Inspection générale des affaires sociales, octobre 2009, 144 p.

BRUCHON-SCHWEITZER, M. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, 2005, 440 p.

BUCLIN, T., AMMON, C. *L'automédication. Pratique banale, motifs complexes*. Genève : Éditions Médecine et Hygiène, 2001, 288 p.

CABIROL, C. *Vivre la fin des hospices*. Toulouse : Privat, 1983, 272 p.

CADART, B. *En fin de vie*. Paris : Centurion, 1991, 247 p.

CAIRD, F.I. *La réadaptation du sujet âgé*. Paris : Masson, 1996, 104 p.

CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE. *L'équilibre où en êtes-vous ? Des ateliers pour prévenir les chutes chez les personnes âgées*. Dijon : CRAM Bourgogne et Franche-Comté, 1998, 91 p.

CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF. 2013, 290p.

CARDINAL, L., LANGLOIS, M.-C., GAGNE, D., TOURIGNY, A. *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux, de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2008, 58 p.

CARRICABURU, D., MENORET, M. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris: Editions Armand Colin, 2004. 235 p.

CARADEC, V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand colin, 2012, 128 p.

CAUSSE, L., FOURNIER, C., LABRUYERE, C. *Les aides à domicile. Des emplois en plein remue-ménage*. Paris : Syros, 1998, 226 p.

CHAMPAGNE, P. *Initiation à la pratique sociologique*. Paris : Dunod 2001, 233 p.

- CHAST, F. *Histoire contemporaine des médicaments*. Paris : La découverte. 1995, 280 p.
- CHEVANDIER, C. *Les métiers de l'hôpital*. Paris : La Découverte, 1997, 128 p.
- COLLECTIF. *Le Larousse médical*. Paris : Larousse, 2012, 1264 p.
- COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS EN GERIATRIE (CNEG). *Corpus de gériatrie*. tome 1. Montmorency: 2000, 2 M2, 183 p.
- COLVEZ, A., GARDENT, H. *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie*. Paris : C.T.N.E.R.H.I, 1990, 111 p.
- CRESSON, G. *Famille et santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, 301 p.
- CRESSON, G. “ Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. ”, In AÏACH, P., CEBE, D. et al *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*. Rennes : École nationale de la santé publique, 2001, 330 p
- CRESSON G. *Le travail domestique de santé*. Paris : L'Harmattan, 2000, 350 p.
- CRESSON, G. SCHWEYER; F.X. *Les usagers du système de soins*. Rennes : Editions ENSP, 2000, 351 p.
- CROZIER, M. *A quoi sert la sociologie des organisations ? Tome 1. Théorie, culture, et société*. Paris : Seli Arslan, 2000, 288 p.
- CROZIER, M., FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil, 1992, 500 p.
- CYRULNIK, B. *Les nourritures affectives*. Paris : Odile Jacob, 1993, 244 p.
- CYRULNIK, B. *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette 1992, 319 p.
- CYRULNIK, B. *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob, 1999. 218 p.
- DARNAUD T. *L'entrée en Maison de retraite, une lecture systémique du temps de l'accueil*. Paris : ESF, 1999, 186 p.

DERECKENEIRE, N., GENTRY, A., DONNAREL, G. “ Chutes chez les personnes âgées vivant à domicile : prévalence, incidence, circonstances et morbidité. ”, In : *La chute de la personne âgée* .Paris : Masson, 1999; pp. 1-7

DE CERTEAU, M. *L'invention du quotidien, tome 1 : Arts de faire*. Paris : Gallimard, 1990, 347 p.

DE KERVASDOUE, J. *L'hôpital*. Paris : PUF, 2004, 127 p.

DE SERDAN, J.P.O. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Paris : Academia, 365 p.

DHERBEY, B., PITAUD, P., VERCAUTEN, R. *La dépendance des personnes âgées. Des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi*. Aris : Erès, 1996, 174 p.

D'HOUTAUD, A. *La santé à travers les sciences humaines et sociales : approche linguistique et sociologique*. Paris : Masson, 1999, 132 p.

DRULHE, M. *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*. Vendôme : Presses Universitaires de France, 1996, 390 p.

DRULHE, M. *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin* Toulouse : Presses Universitaires du Mirail. 2011. 305 p.

DUNBAR, M.J., STUNKARD, A.J. “ Adhérence to diet and drug regimen. ”, In: LEVY, R., RIFKINK, B., DENNIS, B., ERNST, N. *Eds, Nutrition, lipids, and coronary heart disease*. New York: Raven Press, 1979, pp. 391-423.

ENJALBERT M., ABRIC M., CAZALET G., NOUVEL F., GRAU S., JACQUOT J-M. *Aides techniques et matériel d'assistance en gériatrie*. Paris : Masson, 2002, 238 p.

ETIENNE, J. *Dictionnaire de sociologie, Les notions, les mécanismes, les auteurs*. Paris : Hatier, 2004, 448 p.

FAGHERAZZI-PAGEL, H. *Mourir en long séjour*. Nancy : Presses Universitaires, 1993, 248 p.

- FAINZANG, S. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006, 159 p
- FAINZANG, S. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris : PUF, 2001, 156 p.
- FASSIN, D. *Faire de la santé publique*. Rennes : E.H.E.S.P, 2008, 69 p.
- FAURE, O. (dir.), *Les thérapeutiques. Savoirs et usages*. Lyon: Fondation Marcel Mérieux. 1999, 486 p.
- FAVROT LAURENS, G. “ Soins familiaux ou soins professionnels ? La construction des catégories dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. ”, In KAUFMANN, JC. *Faire ou faire faire*. Rennes : Presses universitaire de Rennes, 1995, 248 p.
- FEIL, N. *Validation : un guide pour aider les personnes âgées désorientées*. Paris : Pradel, 1994, 126 p.
- FERRAND, M. *Féminin, masculin*. Paris : La découverte, 2004, 123 p.
- FERREY, G., LE GOUES, G. *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : Masson 1993, 198 p.
- FOUCAULT, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1998, 688 p.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF, 8ème éd. 2009, 240 p.
- FOUCAULT, M. *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard, 1993, 360 p.
- FREIDSON, E. *La profession médicale*. Paris : Payot, 1984, 369 p.
- GARDENT, H. *Dépendance des personnes âgées et charge en soins. Expérimentation simultanée de six grilles de dépendance*. Paris : C.T.N.E.R.H.I, 1988, 396 p.
- GIDDENS, A. *La constitution de la société*. Paris : PUF, 2012, 474 p.
- GIRARD, J.F ; EYMERI, J.M., *Quand la santé devient publique*. Paris : Hachette, 1998, 258 p.

GLASS, T.A., BALFOUR, J.L. Neighborhoods, “ Aging, and Functional Limitations. ”, In KAWACHI, I., BERKMAN, L.F. *Neighborhoods and health*. New York: 2003, Oxford University Press, p. 303-334

GOFFMAN, E. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Ed de Minuit, 1968, 447 p.

GONNET, F. *L'hôpital en questions, un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Paris : Lamarre, 1992, 359 p.

GOOD, B.J. *Medicine, Rationality and Expérience*. Cambridge : Cambridge University Press, 1993, 262 p.

GORI, R.; DEL VOLGO, M-J. *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Denoel, 2005, 272 p.

GUILLAUMOT, P. *Le sujet âgé, ses proches et ses soignants*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006, 158 p.

HAS. *Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose*. Mai 2007, 6 p.

HEBERT R. *L'Interdisciplinarité en gérontologie*. Paris : Maloine 1990, 568 p.

HENRARD, J.C., ANKRI, J., CASSOU, R., LAW-KOUNE, J.D. *Soins et aides aux personnes âgées. Description, fonctionnement du système français* Paris : C.T.N.E.R.H.I, 1988, 154 p.

HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrive le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, 194 p.

HERTZLICH, C. *Médecine, maladie et société*. Paris : Mouton, 1970 115 p

HERZLICH, C. *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Paris : École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, juin 2005, 210 p.

HUGONOT, R. *Violence contre les vieux*. Toulouse : ÉRÉS, 1990, 144 p.

HUGHES, E.C. *Le regard sociologique*. Essais choisis, textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulié. Paris : éditions de l'EHESS. 1996, 344 p.

HALPERN, C. *La santé : un enjeu de société*. Auxerre : Sciences humaines édition, 2010, 345 p.

HATZFELD, H., SPIEGELSTEIN, J. *Méthodologie de l'observation sociale. Comprendre, évaluer, agir*. Paris : Dunod, 2000, 185 p.

HINTERMEYER, P. " L'art du retrait. ", In THIEL, M.-J. (dir) *L'automne de la vie, Enjeux éthiques du vieillissement*. Strasbourg : Presses de l'Université de Strasbourg, 2012, p. 393-403.

HOERNI, B. *Les nouvelles alliances médicales*. Paris : Flammarion, 2003, 243 p.

ILLICH, I. *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*. Paris : Seuil, 1975, 291 p.

INPES. *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Inpes, 2005, 156 p

IMBERT, J. *Les hôpitaux en France*. Paris : PUF, 1996, 127 p.

JOEL, M., MARTIN, C. *Aider les personnes âgées dépendantes : arbitrages économiques et familiaux*. Paris : ENSP, 1998, 132 p.

JORLAND, G. *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*. Paris : Gallimard. 2010, 361 p.

JACQUAT, J. *Comment assurer les soins des personnes âgées au XXI^e siècle*. Paris : M et M conseil, 1995, 135 p.

JACQUOT, J-M., STRUBEL, D., PELISSIER, J. *La chute de la personne âgée*. Paris, Masson, 1999, 390 p.

JANKELEVITCH, V. *La mort*. Paris : Flammarion, 1992, 478 p.

KAGAN, Y. *Dictionnaire de pratique gérontologique*. Paris : Frisons-Roche, 1996, 840 p.

KAUFMANN, JC. *Faire ou faire faire*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 1996, 248 p.

KELLER, PH, PIERRET, J. *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*. Paris : La Découverte et Syros, 2000, 239 p.

KUBLER ROSS, E. *Vivre avec la mort et les mourants*. Monaco : Du Rocher, 1990, 208 p.

LACOURSE, M.T. *Sociologie de la santé*. Montréal : Chenelière Education, 2006, 229 p.

LACROIX, A., ASSAL, JP. “L'éducation thérapeutique des patients.”, In : *Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Vigot, 1998

LALANNE, M. *Sociologie des risques domestiques. Des accidents invisibles ?* Paris : Tec & Doc Lavoisier, 2010, 200 p.

LAMY, Y. *L'évolution des métiers de la gériatrie*. Rennes : ENSP, 1992, 145 p.

LAUZON S, ADAM, E. *La personne âgée et ses besoins*. Seli Aslam, Paris, 1996, 867 p.

LAVOIE, J.P. *Famille et soutien aux parents âgés dépendants*. Paris :L'Harmattan, 2000, 274 p.

LAWTON, M.P., NAHEMOW, L. “Ecology and the aging process.”, In EISDORDER, C., LAWTON, M.P. *Psychology of adult development and aging*. Washington DC: 1973, American Psychological Association, p. 619-675.

LE BRETON, D. *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié, 2006, 240 p.

LE BRETON, D. *La sociologie du corps*. Paris : Presses Universitaires de France , 2004, 127 p.

LECLERC, A., FASSIN, D., GRANDJEAN, H, et al, *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte-INSERM., 2000, 447 p.

LESOURD, B., RAPIN, C., SACHET, P. *Ostéoporose - Pour une prévention nutritionnelle du risque*. Paris : Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles (CERIN), 2003, 150 p.

LEVESQUE, L., ROUX, C., LAUZON, S. *Alzheimer, comprendre pour mieux aider*. Montréal : Erpi, 1990, 332 p

LORIOU, M. *L'impossible politique de santé publique en France*. Paris : Erès, 2002, 168 p.

- LOUVARD, A. *Guide d'exercice physique du troisième âge*. Amphora, Paris, 1989, 205 p.
- MAILLARD, C. *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours, comment la santé est devenue une affaire d'état*. Paris : Dunod, 1986, 200 p.
- MALLON, I. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Rennes : PUR, 2004. 300 p.
- MAMOU, Y. *Parents à charge. Quand nos proches deviennent dépendants*. Paris : Grasset, 1998, 370 p.
- MANGHAM, C., MCGRATH, P., REID, G., STEWART, M. *Resiliency: Relevance to health promotion*. Ottawa: Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues, 1995
- MANCIAUX, M et al. *La résilience : résister et se construire*. Genève : Médecine et hygiène, 2001, 253 p
- MARCILLAT, H. *Vieillesse et société : le rendez-vous manqué*. Paris : Erès, 2000, 158 p.
- MARTIN, J.P., CHOQUE, J., ASSIA, K., et al. *Connaissance de la personne âgée, Anatomie, physiologie, pathologie, psychologie*. Revigny-sur-Ornain : Doc'Editions, 2006, 146 p.
- MARUANI, M. *Travail et emploi des femmes*. Paris : Éditions la Découverte, 2003, 123 p.
- MASSE, R. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Paris : Casablanca, G. Morin, 1995, 499 p.
- MASRI-ZADA, T., GOUBERT, JP. *La douleur : approches pluridisciplinaires*. Paris : L'harmattan, 1992, 175 p.
- MENDRAS, H. *Éléments de sociologie*, Paris : Armand Colin, 2003, 268 p.
- MERTON, R. *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris : Armand Colin, 1997, 384 p.
- MESSY, J. *La personne âgée n'existe pas*. Paris : Rivages, 1992, 192 p
- MIAS, L., DECOURT, E. *Pour un art de vivre en long séjour*. Paris : Bayard, 1993, 252 p

- MICHEL, C. “ La prise en charge des personnes âgées de 75 ans ou plus : de fortes disparités régionales. ”, In Insee. *Données sociales La société française*. Paris: Insee. (pp. 545-556)
- MILES, M.B; HUBERMAN, A.M. *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck Université, 2003, 626 p.
- MEYER, P., TRIADOU, P. *Leçons d'histoire de la pensée médicale. Sciences humaines et sociales en médecine*. Paris : Editions Odile Jacob., 1996, 397 p.
- MINTZBERG, H. *Le pouvoir dans les organisations*. Paris : Éditions d'Organisation, 2003, 688 p.
- MINTZBERG, H. *Structures et dynamique des organisations*. Paris : Organisation, 1998, 440 p.
- MOLINA, N. *L'automédication*. Paris : Puf, 1988, 264 p.
- MARUANI, M. *Travail et emploi des femmes*. Paris : la Découverte, 2003, 128 p.
- PAUGAM S. *L'enquête sociologique*. Paris : Presses Universitaires de France. 2010, 480 p.
- PARSONS, T. *Eléments pour une sociologie de l'action*. Paris, Plon, 1955, 353 p. - *The social system*, New-York : Free Press, 1951 116 p.
- PARSONS, T. “ The mental hospital as a type of organization. ”, In *The patient and the mental hospital* GREENBLATT, M., LEVINSON, D. J. WILLIAMS R. H.. New York, The Free Press, 1957
- PENNEFF, J. *L'hôpital en urgence, étude et observation participante*. Paris : Métailié, 1992, 257 p.
- PENNEFF, J. *La France malade de ses médecins*. Paris : Empêcheurs de penser en rond, 2005, 357 p.
- PERSONNE M. *Prendre en charge les personnes âgées dépendantes*. Paris : Dunod, 1998, 183 p.
- PERSONNE, M. *Soigner les personnes âgées à l'hôpital*. Toulouse : Privat, 1991, 239 p.

- PERSONNE, M. *Le corps du malade âgé*. Toulouse : Privat, 1994, 232 p.
- PHANEUF, M. *Démarche de soins face au vieillissement perturbé*. Paris : Masson, 1998, 290 p.
- PICHAUD, C., THAREAU, I. *Vivre avec des personnes âgées. À domicile, en établissement*. Paris : Chroniques Sociales, 2007, 200 p.
- PLOTON, L., CYRULNIK, B. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2005, 190 p.
- POULAIN, J-P. *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*. Paris : Privat, 2002, p.193
- QUEVAUVILLIERS, J., SOMOGYI, A., FINGERHUT, A. *Dictionnaire médical de poche*. Paris : Elsevier Masson, 2008, 524 p.
- RACINE, G. *La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. Paris : Berger-Levrault 2000, 200 p.
- RAJABLAT M. *Voyage au cœur du soin, La toilette*. Vincennes : Éditions Hospitalières, 1997, 111 p.
- RAUCH, A. *Histoire de la santé*. Paris : PUF, 1995, 127 p.
- RIBAURT, M., AROLATARIO, C. *L'hôpital entreprise : pourquoi pas*. Paris : Lamarre, 1991, 289 p.
- MISHARA, B. R., RIEGEL, R.G. *Le vieillissement*. Paris : Presses Universitaires de France, 1984, 340 p.
- RIPON, A. *Éléments de gérontologie sociale*. Privat 1992
- SACKS, O. *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau et autres récits clinique*. Paris : Seuil, 1992, 312 p.
- SAILLANT, F. *Transformations sociales, genre et santé, perspectives critiques et comparatives*. Paris : PUL, L'harmattan, 2003, 311 p.

- SAIMSAULIEU, I. *La communauté de soin en question, le travail hospitalier face aux enjeux de la société*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2006, 267 p.
- SCHWEYER, F.X. *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes : E.N.S.P, 2004, 303 p
- SFEZ, L. *La santé parfaite : critique d'une nouvelle utopie*. Paris : Editions du Seuil, 1995, 407 p.
- SMITH, H.L. “ Un double système d'autorité, le dilemme de l'hôpital. ”, In HERZLICH, C. *Médecine, maladie et société*. Paris : École pratique des Hautes études-Mouton, p. 259-262.
- STEUDLER, F. *Sociologie médicale*. Paris : Armand Colin, 1972, 388 p.
- STEUDLER, F. *L'hôpital en observation*. Paris : Armand Colin, 1974, 271 p.
- STINGRE, D. *Le service public hospitalier*. Paris : PUF, 3eme éd., 2004, 127 p.
- STRAUSS, A. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan, 1992, 319 p.
- STRAUSS, A. *Miroirs et masques*. Paris : Métailié, 1992, p.99
- TAVERNIER-VIDAL, B., MOUREY, F. *Réadaptation et perte d'autonomie chez le sujet âgé. La régression psychomotrice, 2e édition*. Paris : Frison-Roche, 1994, 111 p.
- THELOT, B., RICARD, C. *Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Année 2004*. Réseau Epac. Institut de veille sanitaire, juillet 2006
- THEVENON, A., FOURNIER, P., PARDESSU, V., POLEZ, B. “ Le retour au domicile des personnes âgées. ”, In CODINE, P., BRUN, V. *La réinsertion sociale et professionnelle des personnes handicapées*. Paris : Masson, 1994
- THOMASSIN, C, GILIBERT, J.M. *Le désir de santé. Nouvelle aspiration des consommateurs, nouveau défi des entreprises*. Paris : Editions d'Organisation – Eyrolles, 2007, 191 p.

- TOULLY, V., CHICOYE, A., CHAUVENET, M., GRENECHE, S., PIARD, A.L. *Les enjeux du vieillissement : quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs?* Paris : Editions de Santé, 2003, 268 p.
- TOURNAY, V. *La gouvernance des innovations médicales.* Paris : Presses Universitaires de France, 2007, 337 p.
- VAN GENNEP, A. *Les rites de passage.* Étude systématique des rites. Paris : Picard, 1981, 288 p.
- VELLAS, P. *Le vieillissement réussi.* Paris : Serdi, 1997, 105 p
- VELLAS, P. *Architecture urbanisme, vieillissement.* Paris : Gérontologie sociale, 1987, 118 p.
- VERCAUTEREN; R.; LABOREL, B.; JAHAN, F. *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées.* Ramonville Saint- Agne: Eres. 1999, 271 p.
- VERCAUTEREN, R. *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées.* Ramonville saint-agne: Erès, 2000, 437 p.
- VIDAL, L. *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement.* Paris : La Découverte, 2010, 292 p.
- VIGARELLO, G. *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen-Âge.* Paris : Seuil, 1993, 390 p.
- VINEL, V. *Féminin, masculin : Anthropologie des catégories et des pratiques médicales.* Editions du Portique, 2007, 278 p
- VIRIOT DURANDAL, J.P. *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités.* Paris : Presses Universitaires de France, 2003, 514 p.
- VIRIOT DURANDAL, J.P., PIHET, C., CHAPON, P.M. *Les défis territoriaux face au vieillissement.* Paris : La documentation française, 2002,

VLOEBERGH, A., DURU, G., TACHON, M. *La société inquiète de la santé*. Toulouse: Erès, 1988, 180 p.

WERNER, E., SMITH, R. *Overcoming the Odds. High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca-London: Cornell University Press, 1992, 304 p.

ZBOROWSKI M. *People in pain*. San Francisco : Jossey Bass ; 1969, 274 p.

ZIMMERMANN, V. *Vivre avec les personnes atteintes de démence*. Paris : Centurion, 1989, 183 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES IMPRIMES

AKRICH M. “ Petite anthropologie du médicament. ”, *Techniques et culture*, janvier, décembre 1995, n°25-26, pp.129-157

ALIAGA, C., NEISS, M. “ Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution. ”, *Etudes et Résultats*, octobre 1999, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 35, pp. 1-8.

ALIAGA, C., WOITRAIN, E. “ L'accueil familial de personnes âgées et d'adultes handicapés. ”, *Etudes et Résultats*, septembre 1999, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 31, pp.1-8.

ANDRIEU, S., GRAMAIN, A., BERTHIER, F., BOCQUET, H., POUS, J. “ Facteurs prédictifs de la rupture de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. ”, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 45, n° 5, 1997, pp. 400-406

ANKRI, J. “ Dépendance du sujet âgé: quels chiffres ? ”, *La Revue du Praticien*, 2001, 15, pp. 1623-1626.

ANKRI, J., LE DISERT, D., HENRARD, J.C. “ Comportements individuels face aux médicaments, de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature. ”, *Santé Publique*, 4, 1995, pp. 427-441.

ARBORIO, A.-M. “Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l’institution hospitalière.”, *Genèses*, n° 22, mars 1996, pp.87-106

ARVEUX, I., FAIVRE, G., LENFANT, L., MANCKOUNDIA, P., MOUREY, F. et al. “Mise au point : Le sujet âgé fragile.”, *La revue de gériatrie*, 2002, 27, pp.569-581

ASSOUS, L., RALLE, P. “La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale.”, *Etudes et Résultats*, 2000, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 74, pp. 1-8

BADEYAN, G., COLIN, C. “Les personnes âgées dans les années 90 : perspectives démographiques, santé et modes d'accueil.”, *Etudes et Résultats*, novembre 1999, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, N° 40, pp. 1-8

BEAUCHET, O., EYNARD-VALHORGUES, F., et al. “Facteurs explicatifs de la chute du sujet âgé, motif d'admission en médecine aiguë.”, *Presse Médicale*: 2000, n° 29, pp.1544-1548.

BEECHER, HK. “Relationship of significance of wound to the pain experience.”, *Journal of the American Medical Association*, 1956, n°161, pp.1609-1613

BETEND, B., EYNARD, C., JOUDAIN, A., ROOS, C. “La chute chez les personnes âgées. Réflexions à propos d'un évènement ordinaire âgées.”, *Journal d'Ergothérapie*, juin 1995, tome 17, n°2, p.46-60.

BLAKE, AJ., MORGAN, K., BENDALL, M.J et al. “Falls by elderly people at home: Prevalence and associated factors.”, *Age-Ageing*, 1988, n°17, pp. 365-372

BLANPAIN, N., PAN KÉ SHON, J.-L. “La sociabilité des personnes âgées.”, *Insee Première*, 1999, n° 644. Pp.1-4.

BONESCHI, S. “Six personnes dépendantes sur dix vivent à domicile.”, *Insee Alsace, Chiffres pour l'Alsace*, février 2006, revue n°31, pp.3-8

BONTOUT, O., COLIN, C., KERJOSSE, R. “Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040.”, *Etudes et résultats*, DREES, février 2002, n°160, pp.1-12

BOCQUET, H., CHARLET JP., POUS, J. “ Troubles mentaux et comportements des personnes âgées: essai de classification et lien avec la charge des aidants.”, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, octobre 1997, pp. 392-399

BOURDIEU P. “ Les rites comme actes d'institution ”, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1982, n° 43, pp. 58-63

BRABANT, J. “ Aux petits maux les petits remèdes.”, *Informations sociales, Famille et santé*, n°4, 1986, p.42

BRAUER, CA., COCA-PERRAILLON, M., CUTLER, DM., et al. “ Incidence and mortality of hip fractures in the United States.”, *Journal of the American Medical Association*, 2009; n°302, pp.1573-1579

BRESSE, S. “ Le circuit de recours aux structures d'aide à domicile des personnes âgées.”, *Dossiers Solidarité Santé*, janvier-mars. 2003, n° 1, pp. 25-34.

BROUWER, BJ., WALKER, C., RYDAHL, SJ., et al.“ Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: A randomized trial.”, *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003, 51, pp.829-834

BROWN, J., JOSSE, R. “ Lignes directrices de pratique clinique 2002 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada.”, *Canadian medical association journal*, 2003, n°168, pp.1-39

BRYANT, J, SONERSON, A. “ Evaluer le coût du vieillissement.”, *Finances et développement*, septembre 2006, pp. 48-50

BUNGENER, M. “ Logique et statut de la production familiale de santé. *Sciences sociales et santé*, 1987, vol. V, pp, 44-59.

BUNGENER, M. “ Malades à domicile : Ce qu'il en coûte aux familles? ”, *Informations Sociales*, N° spécial, n°4, Novembre 1986, p.73

CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES. “ Soignés-soignants : les nouveaux rapports.”, *Informations sociales*. France : 1983, n° 3

CALLEWAERT, D., FRYDEL, Y. “ En Alsace, des spécialistes à moins de vingt-cinq minutes pour neuf patients sur dix. ”, *Les chiffres pour l'Alsace*, Insee, janvier 2014, n° 47, pp.1-6.

CAMBOIS, E., CLAVEL, A. ROBINE, J. M. “ L'espérance de vie continue d'augmenter ”, *Dossiers Solidarité et Santé*, Juin 2006, n°2: pp.7- 15

CAMBOIS, E., LABORDE, C., ROBINE, J-M. “ La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. ”, *Population et sociétés*, janvier 2008, n° 441, pp.1-4

CAMPBELL, A.J., BORRIE, M.J., SPEARS, G.E.“ Risk Factors for falls in a community-based prospective study of people 70 Years and older. ”, *Journals of Gerontology*, 1989, n°44, pp.4112-4117

CASTEL, P. “ Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. ”, *Revue française de sociologie*, 2005 Vol 46, pp. 443-467

CHAPIREAU, F.“ La mobilité des personnes âgées et handicapées hébergées en établissements. ”, *Dossiers solidarité en santé*, 2006, n° 2, pp. 33-42

CHARLES, E. “ Maisons de retraite, EHPAD : une adaptation continue à la perte d'autonomie. ”, *Revue du soignant en gériatrie*, 2006/05-06, n° 24, pp.19-20.

CNOCKAERT, X. “ Le syndrome de glissement. ”, *La Revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, 2005, n°117, pp.345-347

COLIN, C. “ Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête handicaps-incapacités-dépendance. ”, *Etudes et Résultats*, 2000, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 94, pp.1-8

COLIN, C. “ L'autonomie des personnes de 80 ans et plus. ”, *Gérontologie et société*, septembre 2001, n°98, pp. 37-48

COLLIN, J., JACOB SUISSAB A. “ Les multiples facettes de la médicalisation du social. ”, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 26.

CONRAD, P. “ The meaning of medications: another look at compliance. ”, *Social Science & Medicine*, 20, 1, 1985, pp. 29-37.

CONTANS, T. “ Malnutrition protéino-énergétique. Méthodes diagnostiques et épidémiologie. ”, *La Presse Médicale*, Décembre 2000, n°39, 16: pp. 2171-2176.

CZERNICHOW, P., THOMINE, J,M,, ERTAUD, A., BIGA, N., FROMENT, L. “ Pronostic vital des fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Etude chez 506 patients âgés de 60 ans et plus. ”, *Revue de Chirurgie Orthopédique*, 1990, 76, pp.161-169.

DAHL, E.“ Mortality and life expectancy after hip fractures. ”, *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 1980, 51, pp. 163-170

DARGENT-MOLINA, P., BREARD, G. “ Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. ”, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1995, 43, pp.72-83

DESCLAUX, A., LEVY, J. “Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?” *Anthropologie et Sociétés*, 2003, vol. 27, n° 2, p. 5-21.

DELOMIER, Y. “ Les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement. ”, *Psychologie Médicale*, 1985; n°17, pp. 1111-1115.

DERRIEN, E. “ Soins palliatifs et accompagnement en gériatrie. ”, *Revue du soignant en gériatrie*, 2006/03-04, n° 23, pp.11-20

DESEQUELLES, A., BROUARD, N. “ Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile ou en institution. *Population*, 2003. Vol. 58, n°2, pp. 201-227.

DESPRES, C., DOURGNON, P., FANTIN, R., JUSOT, F. “ Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. ”, *Questions d'économie de la santé* Irdes, 2011, n° 170, pp.1-6.

DIDIERJEAN, F. “ Après 90 ans, une solitude moindre en Alsace. ”, Insee, *Chiffres pour l'Alsace*, n° 28•septembre 2005, pp.7-9.

DUBOIS, M., et al. “ Syndrome De glissement : ce n’est plus une fatalité ! ”, *Le Concours médical*, 2007, Tome 129, pp.1057-1059.

DUCOUDRAY, J.M., VETEL, J.M. “ Modèles de perte d'autonomie ou de dépendance : trois modèles américains ADL de Katz, PSMS et IADL de Lawton, RUG de Brant Fries. ”, *Revue gériatrique*, 1993, n° 18, pp.501-510

DUEE, M., REBILLARD, C. “ La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. ”, *Santé et protection sociale*, 2006, pp. 613-619

DUFOUR-KIPPELEN, S. “ Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution. ”, *Etudes et résultats, DREES*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité octobre 2001, n°138, pp.1-12.

DUTHEIL, N. “ Les aides et les aidants des personnes âgées. ”, *Etudes et résultats*, novembre 2001, n°142, pp.1-12.

EENSCHOOTEN, M. “ Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus. ”, *Etudes et Résultats*, mars 2001, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 108, pp.1-8.

EGOL, K.A., KOVAL, K.J., ZUCKERMAN, J.D. “ Functional recovery following hip fracture in the elderly. ”, *Journal of Orthopaedic Trauma*. Nov 1997, n°11, pp.594-599.

ENNUYER, B. “ La construction du champ de la vieillesse dépendante. 1973-1997 : le retour en force du modèle biomédical. ”, *Prévenir*, 1998, n° 35, pp. 63-70

ENNUYER, B. “ Les paradigmes de la vieillesse. ”, *Documents CLEIRRPA-Cahier n°22*. Avril 2006, pp.2-3.

EVITT, CP., QUIGLEY, PA. “ Fear of falling in older adults: A guide to its prevalence, risk factors, and consequences. ”, *Rehabil Nurs*, 2004, 29, pp. 207-210.

FANELLO, S. “ Evaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée. ”, *Santé publique*, 2000, vol 12, n°1, pp. 83-90.

FREUDIGER, S., PITTET, G. “ Le vécu de la rotation du personnel par des résidents âgés. ”, *Perspective soignante*, 2006/04, n° 25, pp.16-37

GRIFFON, P. “ Nouvelle approche dans la prise en charge des personnes âgées présentant une déficience visuelle récente. ”, *ErgOTérapie*, 2003, 11, pp.17-28

GRIGNON, M. “ Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. ”, *Questions d'économie de la santé*, Mars 2003, n° 66, pp1-6

GROSSETTI, M. “L'imprévisibilité dans les parcours sociaux ”, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, n°120, 2006. p. 5-28.

GUERET MF. “ La toilette de la personne âgée. *Revue du soignant en gériatrie*, 2004/10, n° 13, pp. 25-27.

HOURNAU BLANC, J., LAMOTTE, C., HAOND, P. “ Le patient grabataire non communiquant dans l'évolution finale d'une démence : réflexion sur la notion de personne. ”, *Ethique et santé*, 2006/05, vol. 3, n° 2, pp.82-87

Insee “ Les personnes dépendantes en institution. ”, *Insee première*, août 1999, pp. 1-4.

IONS, GK., STEVENS, J: “ Prediction of survival in patients with femoral neck fractures. ”, *Journal of bone and joint surgery*, 1987, 69, pp. 384-387.

ISRAEL, L., DEJEAN DE LA BATIE, M.A. “ Mémoire et stimulation mentale. ”, *Gérontologie et société*, 1985, 32, pp.15-26

JACQUOT F., FERON JM., BONNEVALLE P. “ Présentation de la série du symposium des fractures des sujets âgés de plus de 80 ans. ”, *Revue Chirurgie Orthopédique*. 2003; 89: pp.138- 142

KEENE, G.S., PARKER, M.J., PRYOR, G.A. “ Mortality and morbidity after hip fractures. ”, *British Medical Journal*, 13 novembre 1993; n°307, pp 1248-1250

KENNY, R.A., RICHARDSON, D.A. “ Carotid sinus syndrome and falls in older adults. ”, *American Journal of Geriatric Cardiology*, 2001, n°10, pp.97-99

KERJOSSE, R., WEBER, A. “ Aides techniques et aménagements du logement: usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile. ”, *Études et résultats*, septembre 2003, n° 262, pp.1-12.

KESKES, H. et al, “ Facteurs de pronostic des fractures de l’extrémité supérieure du fémur chez le sujet âgé (étude prospective à propos de 88 cas). ”, *J.I. M. Sfax*, juin-décembre 2006, N°11/12, pp. 21- 26

LALIVE D’ÉPINAY, C., CAVALLI, S. “ Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie. ”, *Gérontologie et société*, n° 121, 2007, p. 45-60

LAROQUE, G. “ La toilette des personnes âgées dépendantes. ”, *Gérontologie et société*, 1999/06, n° 89, pp.85-93.

LARSSON, S., FRIBERG, S., HANSSON, L. “ Trochanteric fractures. Mobility, complications, mortality in 607 cases treated with the sliding-screw technique. ”, *Clin Orthop*, 1990, 260, pp.232-241.

LAUBLIN, S. “ L’infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique. ”, *Le Journal des psychologues*, 2008, n° 256, p. 34-36,

LAZAROVICI, C. “ Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d’urgences de plus de 75 ans et plus en France. Résultat d’une enquête nationale. ”, *La presse médicale*, décembre 2006, tome 35, n°12, cahier 1, pp. 1804-1810

LE MONDE, col.6, 16 avr. 1980, p.15.

LEBEAUPIN, A. “ Les incapacités permanentes des personnes âgées. Les français et leur santé. Enquête santé 1992. ”, *Solidarité santé Etudes statistiques*, 1994, 1, pp. 57-66

LECOMTE T. “ L’automédication a-t-elle un avenir en France ? ”, *Prospective et Santé*, n°47-48, 1988, pp. 187-190.

LEIDER, B. “ Les recommandations médicales au secours des familles en période critique. ”, *Retraite et société*, n° 67, 2004, p. 44-63

LEMAIRE, P., GANDINI, D. “ La psychologie du vieillissement cognitif. ”, *Les grands dossiers des sciences humaines*, 2006/06-07-08, n° 3, pp. 60-63

LE PEN, C. “ L'économie du vieillissement conduit à s'interroger sur ce qu'est une personne âgée. ”, *Lettre du collège des économistes*, Décembre 2006, n° 4, pp.1-8

LEPORTOIS, D. “ Chez les personnes âgées, quand la vue diminue, toute la santé décline. ”, *Nouvel obs.* Article publié le 02-03-2012.*

LOMBRAIL, P., PASCAL, J., LANG, T. “ Inégalités sociales de santé. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? ”, *Santé, société, Solidarité*, 2004, vol. 3, n°2, pp. 61-71.

LOONES, A., DAVID-ALBEROLA, E., JAUNEAU, P. “ La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures. ”, *Credoc, Cahier de recherche* n°256, décembre 2008, 83 p.

MANCIAUX, M. “ « La résilience » Un regard qui fait vivre. ”, *Études*, 2001, n°10, Tome 395, p. 321-330.

MARTIN, FC., HART, D., SPECTOR T., et al. “ Fear of falling limiting activity in young-old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. ”, *Age Ageing* 2005, 34, pp. 281-287

MAZIERE, S. “ Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évaluation fonctionnelle récente. ”, *La presse médicale*, 2011, Vol 40, Issue 2, pp. 101-110.

MERGIER J. “ Epidémiologie de la malvoyance. ”, *Le Bulletin ARIBA*, 1998, n°2, pp. 2-4

MESLE, F., VALLIN, J. “ Les causes de décès en France II: Leur influence sur l'espérance de vie. ”, *Le panorama du médecin*, 14 mars 1990, pp. 40-43.

MESLE, F., VALLIN, J. “ Les causes de décès en France : I. Une longue histoire. ”, *Le panorama du médecin*, 7 mars 1990, pp. 36-38.

MEYER, S. “ Etude des conceptions de l'activité en ergothérapie auprès des personnes âgées. ”, *Journal d'Ergothérapie*, décembre1996, tome 18, n°4, p.142-148

MONNET, F. “ L'accueil des familles lors de l'entrée d'un résidant en établissement. ”, *Revue du soignant en gériatrie*, 2006/01-02, n° 22, pp. 17-19

MONTEIL, C. ROBERT-BOBÉE, I. “ Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. ”, *Insee-première*, juin 2005. n° 1025, pp.1-4.

MORMICHE, P et le Groupe de Projet HID. “ Le handicap en institution: le devenir des pensionnaires entre 1998 et 2000. ”, *Insee Première*, 2001, 803, pp. 1-4.

MOUREY, F. “ La chute et ses conséquences : une entité en réadaptation gériatrique âgées. ”, *Journal d'Ergothérapie*, décembre 1994, tome 16, n°4, pp.187-189.

MOUREY, F., CAMUS, A., PFITZENMEYER, P. “ Posture et vieillissement : données fondamentales actuelles et principes de prise en charge. ”, *La presse médicale*, 2000, 29, pp.340-343

MURPHY, J., ISAACS, B. “ The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. ”, *Gerontology* 1982; n°28, pp. 265-70

NEVITT, MC. CUMMINGS, S.R., KIDD, S., BLACK, D. “ Risk Factors for recurrent nonsyncopal falls : A prospective study. ”, *Journal of the American Medical Association*, 1989, n°261, pp. 2663-2668

OBERLIN, P., MOUQUET, M.C. “ Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement? ”, *Etudes et résultats*, 2010, n°723, pp.1-6

OBERLIN, P., MOUQUET, M.C. “ Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009. ”, *Etudes et résultats*, 2011, n°774, pp.1-8.

ODD, JA., ROBINSON, RJ. “ Osteoporosis and Exercise. ”, *Postgraduate Medical Journal*, 2003 Jun, n° 79, pp.320-323.

PARKER, M.J., GILLESPIE, W.J., GILLESPIE, L.D. “ Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review. ”, *British Medical Journal*, 2006; n°332, pp.571-574

PENNEC, S. “ Les âges dans la ville entre anonymat et proximité. ”, *Annales de la recherche urbaine*, n° 100. Juin 2006, pp.51-58

PERRIG-CHIELLO, P. “ Images sexuées de la vieillesse: entre stéréotypes sociaux et auto-définition. ”, *Revue Retraite et Société*, octobre 2001, n°34, pp. 69-87

PFITZENMEYER, P. “ Le vieillard malade : particularité physiologiques, sémiologiques et psychologiques. ”, *La revue de Gériatrie*, 1998, 23, pp .415-422

PIERRET, J. “ La mémoire des femmes. ”, *Informations Sociales, Famille et santé*, n°4, 1986, p.35

PIERRET, J. “ Entre santé et expérience de la maladie. ”, *Psychotropes*, vol 14, 2008/2, pp. 47-59

PITROU, A. “ La prévention à la maison. ”, *Informations Sociales, Famille et santé*, 1986, n°4, p.19

POLTON, D., SERMET, C. “ Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé. ”, *BEH*, 2006 ; n°5-6, pp. 49-52

PREVOST, P., VINCKE, B., VUILLEMIN, C. “ A propos de 15 000 personnes âgées en établissements et à domicile évaluées par la grille AGGIR. ”, *La revue de gériatrie*, 1996, 21, 3, pp. 179-188

PRÉVOT, J. “ Les résidents des établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2007. ”, *Etudes et résultats*, août 2009, n°699, pp.1-8.

PULJALON, B. “ Pour une approche culturelle et sociale du vieillissement. ”, *Documents CLEIRRPA-Cahier*, n°22, Avril 2006

RAOUX, FX., LAFONT, CH., VELLAS, B. “ Suivi a un an de 100 patients âges victimes d’une fracture de hanche. ”, *Année Gérontologique*, 1993, 7, pp. 267-268.

ROBERT-BOBÉE, I., CADOT, O. “ Mortalité aux grands âges : encore des écarts selon le diplôme et la catégorie sociale. ”, *Insee Première* février. 2007, n° 1122, pp.1-4

ROBINE J.-M., LABBE M., SEROUSSI M.-C., COLVEZ A. “ L'enquête longitudinale de Haute-Normandie sur les capacités fonctionnelles des personnes âgées. ”, *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 1989, 37, pp. 37-48.

SAUVEL, C., BARBERGER-GATEAU, P., DEQUAE, L., LETENNEUR, L., DARTIQUES, J.F. “ Facteurs associés à l'évolution à un an de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à leur domicile. ”, *Revue d'épidémiologie et santé publique*. 1994, 42, pp.12-23

SERMET, C. Évolution de l'état de santé des personnes âgées en France 1970 - 1996. ”, *Question d'Économie de la Santé*, 1998, N° 12

SCHEERLINCK, T., HAENTJENS, P. “ Fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte. *Encycl Med Chir, appareil locomoteur*, 2003, 14, p.18

SIX, P. “ Epidemiologie des Stürzes und der Hüftfraktur. ”, *Schweiz Rundsch Med (Praxis)* 1992, 81, pp. 1378-1382

SOMME, D. “ Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. ”, *Dossier solidarité et santé*. 2003, janvier-mars, pp.35-47

STRUBEL, D., MARTIN-HUNYADI, C. “ Le vieillissement et l'équilibration. ”, *Revue Oto-neuro-ophtal*, 1991, 11, pp. 7-12

SZASZ, T., HOLLANDER, M. A “ contribution to the philosophy of medicine. ”, *Archives of International Medicine*, XCVII, 1956, p. 585-592

TINETTI, M.E., SPEECHLEY, M., GINTER, S.E. “ Risk Factors for falls among elderly persons living in the community. ”, *New England Journal of Medicine*, 1988, n°319, pp.1701-1707

TONETI, J., COUTURIER, P., REMY, A., NICOLAS, L., MERLOZ, P., FRANCO, A. “ Fracture de l'extrémité supérieure du fémur après 75 ans. Pronostic vital et fonctionnel d'une cohorte de 78 patients suivie 2,5 ans. ”, *Revue de chirurgie orthopédique et de traumatologie*, novembre 1997, vol 83, n°7, pp.636-644.

VALLIN, J., MESLE, F. “ Les causes de décès en France de 1925 à 1978 : reconstitution de séries statistiques cohérentes. ”, *Cahiers de Sociologie Médicale*, 1987, vol. XXVII, n 4, pp. 13-31.

VALLIN, J., MESLE, F. “ Les causes de décès en France de 1925 à 1978 : présentation d'un Cahier de l'INED. ”, *Population*, 1988, vol. 43, n 1, pp. 165-179.

VELLAS, B., FAISANT, C., LAUQUE, S. et al “ Investigation sur la chute accidentelle, recherche épidémiologique. Étude Icare. Recherche épidémiologique. ”, *L'année gérontologique* 1995 ; 9, pp.423-436.

VETEL, J. “ AGGIR : Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources. ”, *La revue de gériatrie*, 1994, 3, Tome 19, 3, pp. 249-259

VETEL, J. “ AGGIR. Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? ”, *La revue de gériatrie*, 1994, II, Tome 19, 9, pp. 647-651

VIENNEY, A. “ Le vieillissement des personnes handicapées- les conséquences sur le logement. ”, *Réadaptation*, 2000, N° 467, 1, pp. 27-29

VIRIOTIUS, J.M., DELOUIS, B. “ Le service de rééducation fonctionnelle dans les situations de fin de vie. ”, *Journal de réadaptation médicale*, 1994 14/3, pp. 102-106

WEIMANN-PERU, N., PELLERIN, J. “ Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. ”, *L'Encéphale*, juin 2010, vol 36, Supplément 2, pp D1-D6.

WILLIAMS, KN., HERMAN, R., GAJEWSKI, B., WILSON, K. “ Elderspeak communication: impact on dementia care. ”, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, Feb-Mar 2009; n° 24, pp. 11-20.

WHITE, BL., FISHER, WD., LAURIN, CA. “ Rate of mortality for elderly patients after fracture of the hip in the 1980's. ”, *J Bone Joint Surg (Am)*, 1987, 69, pp. 1335-1340

ZOLA, I.K. “ Culture and symptoms-an analysis of patients presenting complaints. ”, *American Sociological Review*, 1966, n°31, .pp. 615-630

SITES WEB CONSULTÉS

www.agevillage.com Le site internet du Grand Âge : des informations, des conseils, des services pour l'entourage des personnes âgées dépendantes. Consulté le : 17/04/2012

www.agisme.fr/. Consulté le 17/06/2014

www.alzheimer.ca Site canadien en français et en anglais, spécialisé sur la maladie d'Alzheimer. Consulté le : 15/03/2013

www.alzheimer-montpellier.org Des médecins, des neurologues, des neuropsychiatres et des neurogériatres parlent, décrivent et informent sur cette maladie. Consulté le : 03/03/2014

www.apf.asso.fr Association des paralysés de France. Consulté le : 04/03/2014

www.amcehpad.fr/spip.php?rubrique30 syndicat national des généralistes et gériatres intervenant en EHPAD. Consulté le : 14/04/2012

www.ameli-sante.fr. Site de l'assurance maladie. Consulté le 20/09/2013

www.atih.sante.fr. Site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Consulté le : 26/03/2012

www.chru-strasbourg.fr Consulté le : 26/03/2012

www.chu-toulouse.fr/alzheimer_ca Le site spécialisé Alzheimer du CHU de Toulouse : les unités de soins Alzheimer, conseils aux soignants, conseils aux familles. Consulté le : 12/11/2013

www.chu-rouen.fr Consulté le : 23/03/2012

www.corpusgeriatrie.org Consulté le : 15/05/2014

www.criugm.qc.ca Le centre de recherche en santé et vieillissement de l'Université. Consulté le : 02/02/2013

www.csmf.org Le site de la Confédération des Syndicats Médicaux Français. Consulté le : 03/02/2013

<http://www.drees.sante.gouv.fr/statiss-statistiques-et-indicateurs-de-la-sante-et-du,10328.html>: Consulté le : 26/03/2012

www.ecosante.fr. Les bases en ligne (consommation de soins, état de santé, hospitalisation, PMSI...). Consulté le : 26/03/2012

www.escarre.fr Site destiné aux professionnels de santé, aux patients et à leur entourage. Il traite de l'escarre, sa prévention et son traitement. Consulté le : 06/05/2013

www.fhf.fr . Le site de la fédération hospitalière de France Consulté le : 26/03/2012

www.fng.fr Le site documentaire de la Fondation Nationale de Gérontologie. Consulté le : 27/03/2012

www.fondation-mederic-alzheimer.org La Fondation Médéric Alzheimer est dédiée à l'aide aux aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés liés au vieillissement. Consulté le : 03/02/2013

www.francealzheimer.org Le site de l'association France Alzheimer. Consulté le :

www.geronto.com Le site de la FNG (Fondation Nationale de Gérontologie), SFG (Société Française de Gérontologie), SNGC (Syndicat National de Gérontologie Clinique). Il répertorie les événements, colloques, congrès, dossiers thématiques autour de la gérontologie et de la gériatrie. Consulté le : 09/10/2013

www.grio.org Le GRIO, Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses, diffuse sur son site une information éthique, consensuelle, objective et indépendante afin de lutter contre les ostéoporoses. Ce site s'adresse aussi bien au grand public qu'au corps médical. Consulté le : 09/10/2013

www.handicap-icom.asso.fr Consulté le : 14/11/2013

www.handitel.org Des milliers d'adresses utiles aux personnes handicapées dans la vie quotidienne. Consulté le : 22/05/2014

www.happySenior.com Ce répertoire national d'établissements d'hébergement pour personnes âgées permet une recherche par critère (médicaux, de tarifs, de confort, etc..) avec un tri en fonction des places disponibles. Consulté le : 17/04/2012

www.has-sante.fr . Site de la Haute Autorité en Santé. Consulté le : 26/01/2015

www.hopital.fr Consulté le : 26/01/2015

www.ined.fr/. Consulté le : 06/02/2014

www.infirmiers.com. Consulté le : 03/02/2015

www.invs.sante.fr. Site de l'Institut de vielle sanitaire. Consulté le 03/12/2013

www.iugm.qc.ca Institut universitaire de gériatrie de Montréal (maison de rééducation, d'évaluation et de long séjour pour personnes âgées du Québec) Consulté le : 27/03/2012

www.irdes.fr Consulté le : 26/03/2012

www.insee.fr Consulté le : 27/03/2012

www.inserm.fr Consulté le : 27/03/2012

www.legifrance.gouv.fr Consulté le : 26/11/2014

www.mayoclinic.com. Consulté le 10/10/2014

www.mg-coordonnateurs.org Site d'informations professionnelles pour les médecins coordonnateurs. Consulté le : 27/11/2014

www.neuromedia.ca Un site canadien sur le vieillissement cérébral. Consulté le : 09/05/2013

www.notretemps.com. Consulté le : 11/03/2013

www.personnes-agees.gouv.fr Le site internet du Secrétariat d'État aux personnes âgées. Consulté le : 08/01/2015

www.rhumatologie.asso.fr.Site de la société française de rhumatologie. Consulté le 10/10/2014

www.rifvel.org. Un réseau dont la mission est de promouvoir le dépistage et la prévention des abus à l'égard des personnes âgées. Consulté le : 29/09/2014

www.sante.gouv.fr Consulté le : 26/11/2014

www.sante.journaldesfemmes.com/ . Consulté le 12/10/2014

www.seniorplanet.fr Consulté le : 11/03/2013

www.sfgg.fr Consulté le : 03/02/2015

www.sfo.asso.fr/. Société française d'ophtalmologie. Consulté le 19/09/2014

www.travail-solidarite.gouv.fr Consulté le : 26/11/2014

vosdroits.service-public.fr Consulté le : 26/11/2014

www.who.int. Site de l'Organisation Mondiale de la santé. Consulté le : 14/01/2015

AFFICHES ET PLAQUETTES

INPES. Alzheimer et maladies apparentées - Education pour la santé du patient - Formation de soignants, CD-Rom, 2004-2007

INPES. Aménagez votre maison pour éviter les chutes. Brochure, octobre 1999

INPES. Après 55 ans, doit-on manger autant de viande et de poisson qu'avant ? Affiche Jusqu'au 30/11/2000

INPES. Bien dans son assiette après 50 ans. Pour se nourrir, se parler, et surtout se faire plaisir, Cidil et les produits laitiers. Brochure, Septembre 1998

INPES. Comment aménager sa maison pour éviter les chutes. Brochure, août 2009

INPES. Comment garder son équilibre après 60 ans ? Brochure, 2001

INPES. Fortes chaleurs : prévenir les risques sanitaires chez la personne âgée. Dépliant, mai 2007

INPES. L'accompagnement de la maladie d'Alzheimer au domicile : perceptions et pratiques des professionnels du soin et de l'aide. Dépliant, septembre 2010

INPES. Le guide nutrition à partir de 55 ans. Brochure, septembre 2006

INPES. Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées. Brochure, septembre 2006

INPES. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Brochure, février 2005

INPES. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Outils, février 2005

INPES. Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention. Dépliant, mai 2009

INPES. Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile. Dépliant, 2006

INPES. Peut-on reprendre le sport à tout âge? Affiche, Jusqu'au 30/11/2000

INPES. *Mémo nutrition*. Dépliant, septembre 2006

INPES. Quand la malvoyance s'installe. Dépliant, 2008

INPES. Regards croisés sur la maladie d'Alzheimer : perceptions, opinions et attitudes du grand public, des aidants proches et des aidants professionnels. Dépliant, septembre 2010.

RAPPORTS IMPRIMES

ACADEMIE DE MEDECINE. *Le maintien de l'insertion sociale des personnes âgées*. Rapport de Maurice Tubiana, 2005.

AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRES DES ALIMENTS *Avis sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle*. Maison Alfort, 9 janvier 2009, 32 p

AGENCE REGIONALE DE SANTE ALSACE. *Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016. L'état des lieux*. Strasbourg : janvier 2012, 303 p.

AGENCE REGIONALE DE LA SANTE ALSACE. *Projet Régional de Santé: état des lieux*. Décembre 2010, 254 p.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Rapport 2011. Accompagner les proches aidants, ces acteurs «invisibles»*. CNSA, 109p

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE. *Vivre ensemble et plus longtemps*. Questions sociales, Rapports et documents, 2010, n°28.

COLIN, C., KERJOSSE, R. *Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*. Document de travail. DREES, série études, n°16, Juillet 2001, 310 p.

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE. *Avis n° 87 Refus de traitement et autonomie de la personne*, 14 avril 2005, 39 p.

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *Les personnes âgées dans la société, rapport de Maurice Bonnet*, éditions des Journaux Officiels, 2001.

CONSEIL GENERAL DU BAS-RHIN. *Des hommes et des territoires* Strasbourg, 2003.

CONSEIL GENERAL DU BAS-RHIN. *Données démographiques. Plan gérontologique du Bas-Rhin*. Strasbourg: 1992.

CRAES CRA. *Nutrition des personnes Agées* - Synthèse documentaire. Juin 2006.

DREES. *L'état de santé de la population en France Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*. Rapport 2011, 340 p.

Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Octobre 2007, 115 p.

FNORS. *Vieillessement des populations et état de santé dans les régions de France*. Paris : septembre 2008, 88p.

GIRARD, J.F., CANESTRI, A. *La maladie d'Alzheimer* ; Paris : 2000, 47 p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France*. Paris : la documentation française, 2002, 410 p.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE *Vieillessement, longévité et assurance maladie*. Note adoptée le 22 avril 2010. 126 p.

HAS. *Recommandation des bonnes pratiques*. 2010.

HAS. *Synthèse des recommandations professionnelles - Stratégies de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*. 2007.

HAS. *Commission d'évaluation des produits et prestations*. Avis de la commission du 10 janvier 2007, 22p.

INPES. *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Paris: Inpes.2005

INPES. *Programme national nutrition santé 2011-2015*. Paris, INPES, 2011.

INSEE. *Les personnes âgées*.Paris : 2005, 117 p.

IRDES. *Enquête sur la santé et la protection sociale en 2008*. Paris, juin 2010, n°1800.

ISPED. *Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine - Situation en 2005*. Drass d'Aquitaine; 2006.

JOUGLA, E., HEMON, D. *Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 – Rapport d'étape*. Inserm, 2003

MEDECINS DU MONDE., ORS MIP. *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Rapport 2010*. Médecins du monde, 2011, 260 p.

NESTLE NUTRITION INSTITUTE. *Manuel d'utilisation du Mini Nutritional Assessment MNA..Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés*. 2003

ORS ALSACE. *État de santé et déterminants de santé en Alsace*. Septembre 2010. p.162

ORSAL, HUS Centre Gérontologique et AGIRA. *Vivre la dépendance à domicile*. 1998, 136 p.

PERRIN-HAYNES, J. *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées - Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007*. Série Statistique Dress; 2010.160 p

POLESI, H., BENAÏM, A., et al. *L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace*. ORS Alsace, décembre 2009, 84 p.

SCRIS. *L'alternative: le domicile ou l'établissement médico-social*. Lausanne: juin 1990, 121 p.

VERAN-PEYRET, M.F., COLVEZ, A., ROSENBERG, C., et al. *Les conditions de vie des personnes âgées*. Lyon : Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes (ORSRA), 1987, 79 p

COMMUNICATION DANS UN CONGRES

DRULHE, M. L'hôpital aux prises avec le "retour" du malade et du social. Coopération, conflits et concurrences dans le système de santé. In : *Colloque international. Faculté de Médecine Toulouse-Purpan, Université Paul Sabatier, 29 - 30 Novembre 2001*,. Résumés.

CAMPILLO, Y. Place de l'ergothérapeute dans un centre d'évaluation et de conseil pour l'autonomie des personnes âgées. In : *Communication au salon Handica 98 "Personne âgée et domicile" Lyon 1998*

CHARDRON, Y. Perte de mobilité. Prise en compte des aspects fonctionnels, domiciliaires, familiaux pouvant être cause d'échec. In : *Communication au salon Handica 98 "Personne âgée et domicile" Lyon 1998* <http://www.france-tourisme.com/valduloir/chardron> consulté le 12/01/2014

COLIN, C., KERJOSSE, R. Les différents modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes. In : Communication au colloque "Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID", DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001, Série études n°16, 27-38

COUTTON, V. Estimation de niveaux de sévérité de la dépendance en fonction des groupes iso-ressources. In : Communication au colloque "Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID", DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001, Série études n°16, pp. 93-104

DUFFY, S. Orientation et mobilité en présence de dégénérescence maculaire liée à l'âge : Identification des situations difficiles. In : *Communication au 6e symposium scientifique sur l'incapacité visuelle et la réadaptation « Apprentissage et neuro-plasticité » décembre 2002, Université de Montréal*

FORETTE, F., et al. Grandir et vieillir : le défi du 3e millénaire. In : *2e Colloque à l'UNESCO, 1999*

GOMAS, M. Fin de vie. Prise en compte de la personne et de son entourage. In : *Communication au salon Handica 98 "Personne âgée et domicile" Lyon 1998*

GONTHIER, R. Mécanismes dans le cadre du vieillissement conduisant à la perte de mobilité et leur évaluation. In : *Communication au salon Handica 98 "Personne âgée et domicile"* Lyon 1998

GRIFFON, P. Psychologie de la personne âgée malvoyante. In : *Communication au "Forum des professions de la gérontologie et du handicap"* Fédération Hospitalière de France, Paris 2003

GRIFFON, P., RENOUX, P-F. Nouvelle approche dans la prise en charge des personnes âgées présentant une déficience visuelle récente. In : *Communication au colloque "Handicap, cognition et prise en charge individuelle"*, Association des Jeunes Chercheurs en Science de la cognition d'Aix-Marseille, 2001

MICHEL, C. La dépendance des personnes âgées en région Centre. In : *Actes du Colloque CODERPA, Bourges : 8 octobre 2002*

ARTICLES ET OUVRAGES ELECTRONIQUES

CENTRE DES MEDIAS DE L'OMS. *Les chutes*. Aide-mémoire, Octobre 2012, n°344

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>. Consulté le 06/05/2014

CHANTERAUD, A. *L'adaptation des personnes âgées à l'environnement gériatrique*; 2008, p. 3 <http://xxi.ac-reims.fr>. Consulté le 19/04/2013

COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE. *Les chutes*. Université Médicale Virtuelle Francophone : 2008-2009. Consulté le 21/010/2014

<http://www.fascicules.fr/data/consulter/geriatrie-polycopie-chutes-du-sujet-age.pdf>

COLLEGE FRANÇAIS DES ENSEIGNANTS EN RHUMATOLOGIE. *Ostéoporose*. Université Médicale Virtuelle Francophone : 2008-2009, 20 p. Consulté le 21/010/2014

<http://www.fascicules.fr/data/consulter/rhumato-polycopie-osteoporose.pdf>

FRIARD D. *Les représentations de la maladie*. Consulté le 07/10/2014
http://www.serpsy.org/formation_debat/diagnostic/representations.html

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? *Points clés et solutions*, septembre 2014. 13 p. Consulté le : 26/01/2015

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201410/fpcs_prescription_web.pdf

INSEE. *Les personnes âgées*. 2005, 117 p.

<http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/PERSAG05.PDF> Consulté le 27/03/2012

LE BRETON, D. *Douleur et anthropologie*. 2005 Consulté le 10/11/2014 <http://www.institut-servier.com/download/douleur/8.pdf>

LEGRAIN, S. *Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance*. HAS, 2005, 16 p. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf Consulté le: 26/01/2015

MAZADE, O. “ La crise dans les parcours biographiques : un régime temporel spécifique ? ”, *Temporalités*, n°13, 2011, <http://temporalites.revues.org/1457>. Consulté le 12/01/2015

VACAS, F., KRAUS, F. *Le système de santé, l'accès aux soins et les couvertures complémentaires*. Ipsos, 10 octobre 2007. Consulté le 11/03/2014 <http://www.inarchive.com/page/2011-02-25/http://www.ipsos.fr/ipsos-publicaffairs/actualites/systeme-sante-1%E2%80%99acces-aux-soins-et-couvertures-complementaires>.

VINEL, V. “ Genre et travail biographique au grand âge ”, *Sociologies*, dossier « Genre et vieillissement » (coord. Par M. Legrand et I. Voléry), publié le 15 novembre 2012, <http://sociologies.revues.org/4132>

MEMOIRES ET THESES

DESTERNES, D. *Analyse de 6 mois de chutes en EHPAD. Prévention et prise en charge du résident chuteur*. DIU de Formation à la Fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD. Université René Descartes Paris V, Faculté Cochin-Port-Royal. Année 2008-2009, 34 p.

LACAILLE, S. *Observance des traitements médicamenteux*. Thèse, Paris, CHU Bichat, 2002

VINCENT, S., *Une Anthropologie du médicament, la consommation de médicaments chez les 20-40 ans en France*. Mémoire de maîtrise, Paris, Sorbonne. 2004.

ANNEXES

<u>QUESTIONNAIRE 1: MODE DE VIE ET ETAT DE SANTE PERÇU AVANT L'HOSPITALISATION</u>	352
<u>QUESTIONNAIRE 2 : MODE DE VIE, RESENTI SUR LA QUALITE DE VIE ET ETAT DE SANTE APRES L'HOSPITALISATION</u>	358
<u>QUESTIONNAIRE 3</u>	363
<u>GRILLE D'ENTRETIEN POUR PERSONNEL DU SERVICE DE TRAUMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE DES HUS</u>	374
<u>GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES PERSONNES AGEES A 12 MOIS APRES HOSPITALISATION</u>	376
<u>GRILLE D'ENTRETIEN AIDANTS FAMILIAUX</u>	378
<u>QUESTIONNAIRE CHIRURGIEN</u>	380
<u>FICHE SUIVI DE DOSSIER MEDICAL</u>	386
<u>TABLEAU RECAPITULATIF DES PERSONNES INTERROGEEES ET RENCONTREES</u>	387
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC SUZANNE, UNE PERSONNE AGEE</u>	389
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC YVONNE, UNE PERSONNE AGEE</u>	393
<u>ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC MARIE-LOUISE, UNE PERSONNE AGEE</u>	398
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC MAX, UNE PERSONNE AGEE</u>	399
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC GUILLAUME UN AIDANT</u>	400
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC DENISE, AIDE-SOIGNANTE</u>	402

<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC LUCIE, ASSISTANTE SOCIALE</u>	407
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC BRIGITTE, CADRE DE SANTE</u>	414
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC CLAIRE, IDE</u>	423
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC MARIA, DIETETICIENNE</u>	429
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC AGNES, MEDECIN DES SOINS CONTINUS</u>	433
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC LAURENCE, KINESITHERAPEUTE</u>	440
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC NADIA, IDE</u>	445
<u>SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC TANIA, IDE</u>	450
<u>LES ECHELLES D'EVALUATION GERIATRIQUES</u>	455

QUESTIONNAIRE 1: MODE DE VIE ET ETAT DE SANTE PERÇU AVANT L'HOSPITALISATION

1. Présentation générale

1.1. Votre commune de résidence :

1.2. Actuellement, où vivez-vous ?

Dans votre domicile personnel

Dans un établissement d'hébergement pour personne âgée³⁷⁷

Dans le logement de proche(s)

Autres (précisez) :

1.3. Actuellement, vivez-vous ... ?

Seul (e)

En couple

En famille

Dans une communauté religieuse.

Autre :

1.4. De quand date votre fracture ?

1.5. Les circonstances de survenue de la fracture ?

J'ai glissé ou heurté un obstacle³⁷⁸

Chute liée à un malaise

³⁷⁷ Comprend les EHPAD, les maisons de retraites, les unités de longs séjours

³⁷⁸ Chute mécanique due :

- Aux troubles de la vue (facteur favorisant : cataracte, lunette mal adaptée...)

- Diminution de la vigilance due aux médicaments (effets secondaires, posologie mal adapté)

- Modification de l'environnement

- Locaux mal adapté aux personnes âgées (sol glissant, lit trop haut, éclairage insuffisant...)

- Altération des fonctions supérieures : séquelles neurologiques, orthopédique, améliorée avec aide : canne, prothèse...).

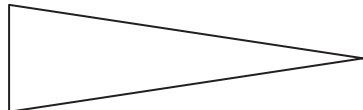
Fracture spontanée
Accident
Autre :.....

2. Santé perçue³⁷⁹ et qualité de vie avant la fracture

2.1. Etat de santé perçu : comment jugez-vous votre état de santé général ?

Très bon
Bon
Moyen
Mauvais
Très mauvais

2.2. Notez sur cette votre qualité de vie : Tracez un trait vertical

Bonne qualité de vie  mauvaise qualité de vie

2.3. La semaine, sortez-vous de chez vous ?

- Oui, seul (e)
- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
Si oui, préciser la personne principale :
- une aide à domicile
un proche (famille, voisin, amis).....
un soignant
- Non

2.4. Pouvez-vous vous déplacer dans votre logement

- Oui, seul (e)
- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
Si oui, préciser la personne principale :
- _____

³⁷⁹ Question issue des enquêtes européennes Eurostat.

- une aide à domicile
- un proche (famille, voisin, amis).....
- un soignant

Non je reste au lit ou au fauteuil

2.5. Vous habillez-vous seul(e) ?

- Oui, seul (e)
- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
Si oui, préciser la personne principale :
 - une aide à domicile
 - un proche (famille, voisin, amis).....
 - un soignant
- Non

2.6. Faites-vous seul(e) votre toilette ?

- Oui, seul (e)
- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
Si oui, préciser la personne principale :
 - une aide à domicile
 - un proche (famille, voisin, amis).....
 - un soignant
- Non

2.7. Faites-vous vos courses ?

- Oui, seul (e)
- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
Si oui, préciser la personne principale :
 - une aide à domicile
 - un proche (famille, voisin, amis).....
 - un soignant
- Non

3. Les aides humaines et matérielles avant la fracture

3.1. Bénéficiez-vous d'une aide à domicile ?

Non

Oui

Si oui, pour le ménage ? Oui Non

Si oui, pour les repas (préparation et prise) ? Oui Non

3.2. Bénéficiez-vous de l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA) ?

Oui

Non, mais en aurait eu besoin

Non n'en a pas l'utilité

3.3. Bénéficiez-vous de la téléalarme/ téléassistance (bip)

Oui

Non, mais en aurait eu besoin

Non n'en a pas l'utilité

3.4. Votre lieu de vie est-il équipé

3.4.1. Lit médicalisé / soulève malade	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3.4.2. rehausseur de toilette / chaise percée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3.4.3. barres d'appui dans les sanitaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

4.5. Avant votre fracture, vous vous déplaçiez?

Sans aide

Avec une canne

Avec deux cannes

Avec un déambulateur

En fauteuil roulant

4. Conseils et informations

4.1. Avant votre fracture, aviez-vous reçu des conseils nutritionnels (apport en calcium, équilibre des repas...) de la part de votre médecin ou de votre entourage ?

- Non
- Oui et je suis ces conseils
- Oui, mais je ne suis pas ces conseils
- Je ne sais pas.....

4.2. Avant votre fracture, aviez-vous reçu des informations sur les bienfaits d'une pratique physique quotidienne ?

- Non
- Oui et je pratique une activité physique
- Oui, mais je ne pratique pas d'activité physique
- Je ne sais pas.....

4.3. Avant votre fracture, aviez-vous connaissance d'aides proposées par des associations pour l'adaptation du logement et le maintien à domicile (éclairage, aménagement du logement, financement de travaux...) ?

- Non
- Oui et j'en ai bénéficié
- Oui, mais je n'en ai pas bénéficié
- Je ne sais pas.....

4.4. Avant votre fracture, aviez-vous connaissance des ateliers équilibre ou atelier « chute » pour connaître les bons gestes en cas de chute ?

- Non
- Oui et a participé
- Oui, mais n'a pas participé
- Je ne sais pas.....

5. L'hospitalisation pour fracture

5.1. A quelle date êtes-vous entré (e) à l'hôpital: __/__/____

5.2. Dans quel(s) service(s) avez-vous été admis pendant votre hospitalisation ? (ordre chronologique)

1.

2.

3.

4.

5.

6. Divers

6.1. Seriez-vous d'accord de poursuivre cette étude sous la forme d'interview (face à un sociologue³⁸⁰) ?

Oui

Non

6.2. Commentaires libres : voulez-vous rajouter quelque chose sur votre hospitalisation ou votre vie avant la fracture qui a entraîné l'hospitalisation?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

³⁸⁰ Anne BENAÏM, chargée d'études à l'ORS Alsace et doctorante en sociologie à l'Université de Strasbourg. Entretien qualitatif sur le thème de la prise en charge des fractures du col du fémur. L'entretien se fait sur le lieu de votre choix et dure entre 30 minutes et une heure. Il y a la possibilité de vous faire accompagner par une personne de confiance.

QUESTIONNAIRE 2 : MODE DE VIE, RESENTI SUR LA QUALITE DE VIE ET ETAT DE SANTE APRES L'HOSPITALISATION

1. Présentation générale

1.1. Votre commune de résidence :

1.2. Actuellement, où vivez-vous ?

Dans votre domicile personnel

Dans un établissement d'hébergement pour personne âgée³⁸¹

Dans le logement de proche(s)

Autre (précisez) :

1.3. Actuellement, vivez-vous ... ?

Seul (e)

En couple

En famille

Dans une communauté religieuse..

Autre :

2. Santé perçue³⁸² et qualité de vie après la fracture

2.1. Etat de santé perçu : comment jugez-vous votre état de santé général ?

Très bon

Bon

Moyen

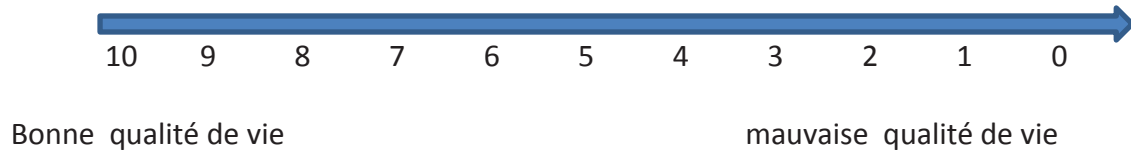
Mauvais

Très mauvais

³⁸¹ Comprend les EHPAD, les maisons de retraites, les unités de longs séjours

³⁸² Question issue des enquêtes européennes Eurostat.

2.2. Notez votre qualité de vie (satisfaction quant à votre environnement familial, amical, sur vos ressources matérielles, votre lieu de vie) : 10 étant la meilleure vie possible et 0 la plus mauvaise



2.3. La semaine, sortez-vous de chez vous ?

- Oui, seul (e)
- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
Si oui, préciser la personne principale :
 - une aide à domicile
 - un proche (famille, voisin, amis).....
 - un soignant
- Non

2.4. Pouvez-vous vous déplacer dans votre logement

- Oui, seul (e)
- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
Si oui, préciser la personne principale :
 - une aide à domicile
 - un proche (famille, voisin, amis).....
 - un soignant
- Non je reste au lit ou au fauteuil

2.5. Vous habillez-vous seul(e) ?

- Oui, seul (e)
- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
Si oui, préciser la personne principale :
 - une aide à domicile
 - un proche (famille, voisin, amis).....
 - un soignant
- Non

2.6. Faites-vous seul(e) votre toilette ?

- Oui, seul (e)
- Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider
Si oui, préciser la personne principale :

- Non

 une aide à domicile

 un proche (famille, voisin, amis).....

 un soignant

2.7. Faites-vous vos courses ?

- Oui, seul (e)

 Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider

 Si oui, précisez la personne principale :

 une aide à domicile

 un proche (famille, voisin, amis).....

 un soignant

 Non

3. Les aides humaines et matérielles avant la fracture

3.1. Bénéficiez-vous d'une aide à domicile ?

- Non

 Oui

 Si oui, pour le ménage ? Oui Non

 Si oui, pour les repas (préparation et prise) ? Oui Non

3.2. Bénéficiez-vous de l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA) ?

- Oui

 Non, mais en aurait eu besoin

 Non n'en a pas l'utilité

3.3. Bénéficiez-vous de la téléalarme/ téléassistance (bip tranquille)

- Oui

 Non, mais en aurait eu besoin

 Non n'en a pas l'utilité

3.4. Votre lieu de vie est-il équipé

3.4.1. Lit médicalisé / soulève malade	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.4.2. rehausseur de toilette / chaise percée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

3.4.3. barres d'appui dans les sanitaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	---

4.5. Pour vos déplacements à pieds, avez-vous besoin?

- Aucune d'aide
- Une canne
- Deux cannes
- Un déambulateur
- Un fauteuil roulant

4. Conseils et informations

4.1. Avez-vous reçu des conseils nutritionnels (apport en calcium, équilibre des repas...) de la part de votre médecin ou de votre entourage ?

- Non
- Oui et je suis ces conseils
- Oui, mais je ne suis pas ces conseils

4.2. Avez-vous reçu des informations sur les bienfaits d'une pratique physique quotidienne ?

- Non
- Oui et je pratique une activité physique
- Oui, mais je ne pratique pas d'activité physique

4.3. Avez-vous connaissance d'aides proposées par des associations pour l'adaptation du logement et le maintien à domicile (éclairage, aménagement du logement, financement de travaux...) ?

- Non
- Oui et j'en ai bénéficié
- Oui, mais je n'en ai pas bénéficié

4.4. Avez-vous connaissance des ateliers équilibre ou atelier « chute » pour connaître les bons gestes en cas de chute ?

- Non
- Oui et a participé
- Oui, mais n'a pas participé

5. L'hospitalisation pour fracture

5.1. Combien de temps a duré votre séjour hospitalier : _ _ _ _ jours

5.2. Vers où avez-vous été dirigé à la sortie de l'hôpital?

Un service de rééducation

Votre domicile

Une maison de retraite

Autre :

5.3. Avez-vous reçu la visite de l'assistante sociale pendant votre séjour ?

Oui

Non

6. L'après hospitalisation

6.1. Avez-vous changé de lieu de vie même temporairement ?

Oui

Non

6.1.1. Si oui, où ?

6.2. Avez-vous peur de rechuter/retomber ?

Oui

Non

6.3. Avez-vous entamé une procédure d'inscription en établissement pour personne âgée ?

Oui avant la fracture

Oui après la fracture

Non, mais je l'envisage

Non et je ne l'envisage pas

7. divers

7.1. Commentaires libres : voulez-vous rajouter quelque chose sur votre hospitalisation et sur votre situation après la fracture?

.....
.....

Merci pour votre participation

Identifiant :«identifiant»

Etude sur l'état de santé et le mode de vie des personnes âgées victimes d'une fracture du col du fémur en 2012 et hospitalisées aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Questionnaire « Etat de santé et mode de vie avant et après la fracture du col du fémur »

Vous avez été victime d'une fracture du col du fémur en 2012 et hospitalisé(e) dans le service de traumatologie et de chirurgie orthopédique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Une étude est en cours qui vise à mieux connaître les conséquences de ces fractures sur la vie quotidienne des personnes qui en sont victimes et leur devenir à la sortie de l'hôpital.

Nous vous remercions de consacrer quelques minutes au remplissage de ce questionnaire. Il est en effet important qu'un maximum de personnes participe à cette étude. Elle permettra de dresser des pistes pour l'amélioration la prise en charge de personnes victimes de fractures du col du fémur en Alsace.

Comme vous le constaterez, dans ce questionnaire totalement anonyme, la plupart des questions visent à comparer votre situation avant la fracture du col du fémur et la situation actuelle.

Identifiant :«identifiant»

1. Présentation générale

Avant la fracture	Actuellement
<u>Dans quelle commune résidiez-vous ?</u>	<u>Dans quelle commune résidez-vous ?</u>
<u>Où viviez-vous ?</u> <input type="checkbox"/> Dans votre domicile personnel <input type="checkbox"/> Dans un établissement d'hébergement pour personne âgée ¹ <input type="checkbox"/> Dans le logement de proche(s) <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	<u>Où vivez-vous ?</u> <input type="checkbox"/> Dans votre domicile personnel <input type="checkbox"/> Dans un établissement d'hébergement pour personne âgée ² <input type="checkbox"/> Dans le logement de proche(s) <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :
<u>Viviez-vous ... ?</u> <input type="checkbox"/> Seul (e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> En famille <input type="checkbox"/> Dans une communauté religieuse <input type="checkbox"/> Autre :	<u>Vivez-vous ... ?</u> <input type="checkbox"/> Seul (e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> En famille <input type="checkbox"/> Dans une communauté religieuse <input type="checkbox"/> Autre :

¹ Comprend les Etablissements pour personnes dépendantes(EHPAD), les maisons de retraites, les unités de longs séjours

² Comprend les EHPAD, les maisons de retraites, les unités de longs séjours

Identifiant :«identifiant»

2. Santé perçue³ et qualité de vie

Avant la fracture	Actuellement
<p><u>comment jugez-vous votre état de santé général ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais</p>	<p><u>comment jugez-vous votre état de santé général ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais</p>
<p><u>Notez votre qualité de vie (satisfaction quant à votre environnement familial, amical, sur vos ressources matérielles, votre lieu de vie) : 10 étant la meilleure vie possible et 0 la plus mauvaise.</u></p> <p style="text-align: center;">/10</p>	<p><u>Notez votre qualité de vie (satisfaction quant à votre environnement familial, amical, sur vos ressources matérielles, votre lieu de vie) : 10 étant la meilleure vie possible et 0 la plus mauvaise.</u></p> <p style="text-align: center;">/10</p>
<p><u>La semaine, sortez-vous de chez vous ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider</p> <p>Si oui, précisez la personne principale :</p> <p><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis) <input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante) <input type="checkbox"/> une aide à domicile <input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p>	<p><u>La semaine, sortez-vous de chez vous ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider</p> <p>Si oui, précisez la personne principale :</p> <p><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis) <input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante) <input type="checkbox"/> une aide à domicile <input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p>

³ Question issue des enquêtes européennes Eurostat.

Identifiant :«identifiant»

Avant la fracture	Actuellement
<p><u>Pouviez-vous vous déplacer dans votre logement ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider Si oui, préciser la personne principale :</p> <p><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis) <input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante) <input type="checkbox"/> une aide à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Non je reste au lit ou au fauteuil</p>	<p><u>Pouvez-vous vous déplacer dans votre logement ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider Si oui, préciser la personne principale :</p> <p><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis) <input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante) <input type="checkbox"/> une aide à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Non je reste au lit ou au fauteuil</p>
<p><u>Vous habilliez-vous seul(e) ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider Si oui, préciser la personne principale :</p> <p><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis) <input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante) <input type="checkbox"/> une aide à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p><u>Vous habillez-vous seul(e) ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider Si oui, préciser la personne principale :</p> <p><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis) <input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante) <input type="checkbox"/> une aide à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p><u>Faisiez-vous seul(e) votre toilette ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider Si oui, préciser la personne principale :</p> <p><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis) <input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante) <input type="checkbox"/> une aide à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p><u>Faites-vous seul (e) votre toilette ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider Si oui, préciser la personne principale :</p> <p><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis) <input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante) <input type="checkbox"/> une aide à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>

Identifiant :«identifiant»

Avant la fracture	Actuellement
<p data-bbox="217 439 536 470"><u>Faisiez-vous vos courses ?</u></p> <p data-bbox="217 517 421 548"><input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p> <p data-bbox="217 584 748 616"><input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider</p> <p data-bbox="217 651 692 683">Si oui, préciser la personne principale :</p> <p data-bbox="233 685 671 716"><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis)</p> <p data-bbox="233 719 762 750"><input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante)</p> <p data-bbox="233 752 517 784"><input type="checkbox"/> une aide à domicile</p> <p data-bbox="217 819 319 851"><input type="checkbox"/> Non</p>	<p data-bbox="809 439 1121 470"><u>Faites-vous vos courses ?</u></p> <p data-bbox="809 517 1013 548"><input type="checkbox"/> Oui, seul (e)</p> <p data-bbox="809 584 1339 616"><input type="checkbox"/> Oui, mais avec quelqu'un pour m'aider</p> <p data-bbox="809 651 1283 683">Si oui, préciser la personne principale :</p> <p data-bbox="825 685 1262 716"><input type="checkbox"/> un proche (famille, voisin, amis)</p> <p data-bbox="825 719 1355 750"><input type="checkbox"/> un soignant (infirmière/aide-soignante)</p> <p data-bbox="825 752 1109 784"><input type="checkbox"/> une aide à domicile</p> <p data-bbox="809 819 911 851"><input type="checkbox"/> Non</p>

Identifiant :«identifiant»

3. Les aides humaines et matérielles

Avant la fracture	Actuellement
<u>Bénéficiez-vous d'une aide à domicile pour le ménage?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Bénéficiez-vous d'une aide à domicile pour le ménage?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Bénéficiez-vous d'une aide à domicile pour les repas (préparation et prise) ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Bénéficiez-vous d'une aide à domicile pour les repas (préparation et prise) ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Bénéficiez-vous de l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA) ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Bénéficiez-vous de l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA) ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Bénéficiez-vous de la téléalarme/téléassistance (bip tranquille) ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Bénéficiez-vous de la téléalarme/téléassistance (bip tranquille) ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Identifiant :«identifiant»

Avant la fracture	Actuellement
<u>Votre lieu de vie était-il équipé d'un lit médicalisé / soulève malade ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Votre lieu de vie est-il équipé d'un lit médicalisé / soulève malade ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Votre lieu de vie était-il équipé d'un rehausseur de toilette / chaise percée ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Votre lieu de vie est-il équipé d'un rehausseur de toilette / chaise percée ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Votre lieu de vie était-il équipé de barres d'appui dans les sanitaires (salle de bain et toilettes) ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Votre lieu de vie est-il équipé de barres d'appui dans les sanitaires (salle de bain et toilettes) ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Pour vos déplacements à pied, avez-vous besoin?</u> <input type="checkbox"/> D'aucune d'aide <input type="checkbox"/> D'une canne <input type="checkbox"/> De deux cannes <input type="checkbox"/> D'un déambulateur <input type="checkbox"/> D'un fauteuil roulant	<u>Pour vos déplacements à pied, avez-vous besoin?</u> <input type="checkbox"/> D'aucune d'aide <input type="checkbox"/> D'une canne <input type="checkbox"/> De deux cannes <input type="checkbox"/> D'un déambulateur <input type="checkbox"/> D'un fauteuil roulant

4. Conseils et informations délivrés

Avant la fracture	Actuellement
<p><u>Avez-vous reçu des conseils nutritionnels (apport en calcium, équilibre des repas...) de la part de votre médecin ou de votre entourage ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui et je suis ces conseils <input type="checkbox"/> Oui mais je ne suis pas ces conseils <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><u>Avez-vous reçu des conseils nutritionnels (apport en calcium, équilibre des repas...) de la part de votre médecin ou de votre entourage ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui et je suis ces conseils <input type="checkbox"/> Oui mais je ne suis pas ces conseils <input type="checkbox"/> Non</p>
<p><u>Avez-vous reçu des informations sur les bienfaits d'une pratique physique quotidienne ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui et je pratique une activité <input type="checkbox"/> Oui mais je ne pratique pas d'activité <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><u>Avez-vous reçu des informations sur les bienfaits d'une pratique physique quotidienne ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui et je pratique une activité <input type="checkbox"/> Oui mais je ne pratique pas d'activité <input type="checkbox"/> Non</p>
<p><u>Avez-vous connaissance d'aides proposées pour l'adaptation du logement et le maintien à domicile (éclairage, aménagement du logement, financement de travaux...) ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui et j'en ai bénéficié <input type="checkbox"/> Oui mais je n'en ai pas bénéficié <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><u>Avez-vous connaissance d'aides proposées pour l'adaptation du logement et le maintien à domicile (éclairage, aménagement du logement, financement de travaux...) ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui et j'en ai bénéficié <input type="checkbox"/> Oui mais je n'en ai pas bénéficié <input type="checkbox"/> Non</p>

Identifiant : «identifiant»

Avant la fracture	Actuellement
<u>Avez-vous connaissance des ateliers équilibre ou atelier « chute » pour connaître les bons gestes en cas de chute ?</u> <input type="checkbox"/> Oui et j'y ai participé <input type="checkbox"/> Oui mais je n'y ai pas participé <input type="checkbox"/> Non	<u>Avez-vous connaissance des ateliers équilibre ou atelier « chute » pour connaître les bons gestes en cas de chute ?</u> <input type="checkbox"/> Oui et j'y ai participé <input type="checkbox"/> Oui mais je n'y ai pas participé <input type="checkbox"/> Non

5. L'hospitalisation pour fracture

5.1. Combien de temps a duré votre séjour hospitalier : _ _ _ _ jours

5.2. Vers où avez-vous été dirigé à la sortie de l'hôpital?

Un service de rééducation

Votre domicile

Une maison de retraite

Autre :

5.3. Avez-vous reçu la visite de l'assistante sociale pendant votre séjour ?

Oui

Non

6. L'après hospitalisation

6.1. Avez-vous changé de lieu de vie même temporairement ?

Oui Non

6.1.1. Si oui, où ?

6.2. Avez-vous peur de rechuter/retomber ?

Oui Non

6.3. Répondez-uniquement si vous ne vivez pas en maison de retraite
Avez-vous entamé une procédure d'inscription en établissement pour
personne âgée ? (plusieurs réponses possibles)

Oui avant la fracture

Oui après la fracture

Non mais je l'envisage

Non et je ne l'envisage pas

6.5. Les circonstances de survenue de la fracture ?

J'ai glissé ou heurté un obstacle

Chute liée à un malaise

Fracture spontanée

Accident (de la route, sport)

Autre :

.....

Identifiant :«identifiant»

7. divers

7.1. Commentaires libres : voulez-vous rajouter quelque chose sur votre hospitalisation et sur votre situation après la fracture?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation

GRILLE D'ENTRETIEN POUR PERSONNEL DU SERVICE DE TRAUMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE DES HUS

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Description du travail/rôle de la personne dans le service :

- Fonction/ rôle dans le service
- Ancienneté dans le service
- Description générale du fonctionnement du service
- Journée type
- Professions avec lesquelles vous travaillez particulièrement
- Relations : avec l'extérieur, les patients, les familles

LES PERSONNES AGEES COMME POPULATION SPECIFIQUE

Qu'est-ce qui caractérise / différencie la prise en charge des personnes âgées dans votre service par rapport à d'autres populations plus jeunes, et ce, aux différents moments de la prise en charge : à l'entrée, durant le séjour et à la sortie de l'hospitalisation ?

Points recherchés :

- Difficultés particulières rencontrées avec cette population à l'admission, durant le séjour et dans l'organisation de la sortie,
- Adaptation de la prise en charge, adaptation des soins, de la médication, prise en compte de la polypathologie...
- Temps de travail à consacrer à la prise en charge, durée de séjour,
- Relations/communication avec la personne, son entourage, d'autres professionnels ou services ;
- Rôle et place de l'entourage (aide ou poids).

Quelles connaissances sur le devenir après la sortie d'hôpital ?

Améliorations possibles dans la prise en charge pré et post hospitalière ?

Avez-vous des retours que la prise en charge et la sortie d'hospitalisation? Quels retours recueillis sur le terrain ?

LES PERSONNES AGEES ET FRACTURES DU COL DU FEMUR

Avez-vous d'autres éléments à mettre en avant concernant la prise en charge des personnes âgées victimes de fractures du col du fémur dans votre service ?

Veiller en particulier à recueillir l'avis sur les améliorations possibles dans la prise en charge pré et post hospitalière

DIVERS

Possibilité pour la personne interviewée d'ajouter un commentaire sur des points non encore abordés pendant l'entretien.

GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES PERSONNES AGEES A 12 MOIS APRES HOSPITALISATION

PRESENTATION GENERALE DE L'INTERVIEWE

- situation personnelle : familiale, professionnelle, géographique

RESSENTI SUR L'ETAT DE SANTE, APPRECIATION DU NIVEAU DEPENDANCE ET CONSOMMATION MEDICALE

- Ressenti /jugement sur l'état de santé général
- Ressenti sur les suites de la fracture (s'est-elle bien remise/ douleurs/ soins nécessaires)
- Ressenti sur la qualité de vie (niveau de vie/entourage/activité...)
- Déplacements quotidiens intérieurs et extérieurs
- Habillement/ toilette
- Gestion des courses
- Journée type
- Visite chez le médecin traitant/ spécialistes : à quelle fréquence
- Avez-vous d'autres pathologies, nécessités de soins spécifiques

AVIS SUR LA PRISE EN CHARGE ET LES AIDES EVENTUELLES

Mise en place des aides professionnelles, et relations avec les aidants

- Bénéficiez-vous de l'APA, (si oui, depuis quand et comment avez-vous perçu cette aide)
- Avez-vous une aide à domicile pour le ménage (si, depuis quand, qui a mis en place, fréquence)
- Avez-vous une aide à domicile pour les repas (préparation et prise) ; (si, depuis quand, qui a mis en place, fréquence)
- des soignants vous aident-ils ? (si, depuis quand, qui a mis en place, fréquence)
- y'a-t-il eu des changements dans ces aides à la sortie d'hospitalisation pour fracture
- qui s'est chargé de la mise en place des aides, pourquoi cette ou ces personnes
- comment vivez-vous cette prise en charge, en êtes-vous satisfait
- Équipement du lieu de vie (téléalarme, lit médicalisé, toilette, barre d'appui)

VECU DE LA FRACTURE

- à quel moment et où a eu lieu la fracture
- les circonstances de la fracture qui a mené à l'hospitalisation : comment cela s'est passé
- vécu/ressenti de la prise en charge hospitalière
- comment s'est passé la sortie d'hospitalisation : retour au lieu de vie/ visite de l'assistante sociale/ réception d'informations de l'équipe soignante dans le service ?
- y'a-t-il eu une mise en place d'aides spécifiques à la sortie d'hospitalisation? Quelles solutions ont été envisagées ? où avez-vous cherché des informations éventuelles ?
- les améliorations éventuelles dans la prise en charge hospitalière
- Avez-vous rechuté depuis ?
- Avez-vous peur de rechuter

POINT SUR L'AVENIR

- Pensez-vous changer de lieu de vie
- Éventualité d'une entrée en EHPA (D)
- Comment envisagez-vous l'avenir

DIVERS

Avez-vous d'autres éléments à mettre en avant concernant la prise en charge des personnes âgées victimes de fractures du col du fémur

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Description du travail/rôle de la personne auprès de la personne âgée

- situation personnelle : familiale, professionnelle, géographique
- ressenti sur le rôle d'aidant
- présentation de la personne âgée aidée
- lien de parenté

CARACTERISTIQUE DE L'AIDE APPORTEE

Mise en place de ce rôle et descriptif des différentes tâches

- le moment/ l'évènement qui a nécessité cette aide
- pourquoi ce choix s'est porté sur vous
- quelles autres options ont été envisagées à ce moment-là
- journée type
- quelles tâches effectuées et à quelle fréquence
- s'agit-il d'une aide-ménagère, soins, financière, soutien moral, tâche de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, se déplacer, se nourrir)
- évolution de l'aide au fil du temps
- les relations avec les autres membres de l'entourage
- quel ressenti a la personne aidée

RELATION AVEC LES DIFFERENTS PERSONNELS

Mise en place des aides professionnelles, relations et coordination avec l'aidant

- quels professionnels interviennent auprès de la personne âgée
- depuis quand
- comment se sont mises en place ces interventions (qui a été demandeur ? Qui s'est chargé du recrutement ? de trouver les informations ? qui a fait les démarches ? qui veille au bon fonctionnement ?)
- rythme/ fréquence des interventions
- description des interventions
- évolution du rythme et fréquence de l'aide de ces professionnels au fil du temps
- les améliorations éventuelles dans la prise en charge
- quels liens entretenez-vous avec ces professionnels ?

- y'a-t-il une coordination entre vous ? (si oui, expliquez comment cela se passe, qui est demandeur...)
- quel ressenti a la personne aidée sur cette aide professionnelle

RETOUR SUR L'HOSPITALISATION

Explications des causes de la fracture qui a mené à l'hospitalisation et aide spécifique apportée

- les circonstances de la fracture qui a mené à l'hospitalisation : comment cela s'est passé
- à quel moment et où a eu lieu la fracture
- avez-vous joué un rôle dans la prise en charge hospitalière
- vécu/ressenti de la prise en charge hospitalière
- comment s'est passée la sortie d'hospitalisation : retour au lieu de vie/ visite de l'assistante sociale/ réception d'informations de l'équipe soignante dans le service ?
- y'a-t-il eu une mise en place d'aides spécifiques à la sortie d'hospitalisation? Quelles solutions ont été envisagées ? où avez-vous cherché des informations éventuelles ?
- les améliorations éventuelles dans la prise en charge hospitalière
- comment la personne âgée a vécu cette situation
- avez-vous constaté des changements chez la personne aidée depuis cet épisode (recherche du syndrome post-chute/ baisse du niveau de dépendance/ changement de lieu de vie...)

DIVERS

Avez-vous d'autres éléments à mettre en avant concernant la prise en charge des personnes âgées victimes de fractures du col du fémur ou sur votre rôle d'aidant

Questionnaire à destination des chirurgiens du service de traumatologie et chirurgie orthopédique des HUS

Avant-propos

Une étude sociologique portant sur le parcours de soin et le devenir des personnes âgées de 75 ans ou plus hospitalisées pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur est en cours dans ce service depuis le 1^{er} janvier 2012.

Cette étude s'effectue dans le cadre de la thèse en sociologie de la santé menée par Anne BENAÏM¹, sous la direction de Pascal HINTERMEYER² et de Frédéric IMBERT³; et en partenariat avec le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie et notamment du Professeur François BONNOMET.

L'objectif de ce questionnaire anonyme est de connaître vos pratiques quant à la prise en charge des personnes âgées et plus spécifiquement celles victimes de fractures du col du fémur.

Le temps de remplissage est estimé à 15 minutes. Une fois rempli, vous pouvez le retourner grâce à l'enveloppe T fournie à cet effet.

Si vous souhaitez de plus amples informations sur cette thèse, vous pouvez contacter directement Anne BENAÏM :



Merci pour votre participation !

¹ Chargée d'études à l'Observatoire régional de la santé (ORS) Alsace et doctorante en sociologie à l'Université de Strasbourg - Uds (2^{ème} année) (statut de doctorant-salarié)

² Professeur de sociologie, directeur du Laboratoire Cultures et sociétés en Europe (CNRS - Uds) et directeur de l'École doctorale Sciences de l'Homme et des Sociétés.

³ Directeur de l'ORS Alsace

1. Présentation générale

1.1. Vous êtes : un homme une femme

1.2. Date d'entrée en activité dans le service : __/__/____

2. Activité dans le service

2.1. Décrivez brièvement une de vos journées « classiques » ou « typiques » :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.2. Avec quels autres professionnels hospitaliers êtes-vous le plus amené (é) à collaborer ? (citez les professionnels dans l'ordre d'importance)

-
-
-
-
-

2.3. Combien d'actes chirurgicaux assurez-vous en moyenne chaque année ? _____

3. Les personnes âgées comme population spécifique

3.1. Combien de personnes âgées de 75 ans ou plus avez-vous opérées cette année ? _____

3.2. Quels sont les principales pathologies opérées chez cette population ? (citez les pathologies par ordre d'importance)

-
-
-
-
-



3.3. Rencontrez-vous des difficultés particulières avec les personnes âgées par rapport aux patients plus jeunes ?

3.3.1. - lors de leur admission : Oui Non

3.3.2. - lors de leur séjour hospitalier : Oui Non

3.3.3. - lors de leur sortie : Oui Non

3.4. Le temps de travail pour la prise en charge est-il plus important pour cette population par rapport aux patients plus jeunes ? Oui Non

3.5. Devez-vous adapter la prise en charge pour cette population par rapport aux patients plus jeunes ? Oui Non

3.5.1. Si oui pouvez-vous expliciter
.....
.....

3.6. Devez-vous adapter les soins à cette population ? Oui Non

3.6.1. Si oui, pouvez-vous expliciter ?
.....
.....

3.7. Avez-vous constaté des durées de séjours plus importantes pour cette population par rapport aux patients plus jeunes ? Oui Non

3.8. Pensez-vous que la présence de l'entourage des personnes âgées soit

3.8.1. Une aide ou un poids à la bonne compréhension de la prise en charge

3.8.2. Une aide ou un poids à la bonne compréhension des traitements et médicaments

3.8.3. Une aide ou un poids à la guérison et à une sortie d'hôpital plus rapide

3.9. Où sont principalement dirigés ces patients à la sortie de l'hôpital? (1 à 2 réponses maximum)

- Vers un service de rééducation
- Vers le domicile
- Vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées
- Autre : précisez

3.10. En moyenne combien de fois revoyez-vous un patient âgé sur l'année qui a suivi son opération ? ____ fois dans l'année

4. Les personnes âgées et les fractures du col du fémur

4.1. Sur combien de fracture de l'extrémité supérieure du fémur êtes-vous intervenues cette année ?

____ fractures

4.2. Rencontrez-vous des difficultés particulières avec ces personnes âgées

4.2.1. - lors de leur admission : oui non

4.2.2 - lors de leur séjour hospitalier : oui non

4.2.3 - lors de leur sortie : oui non

4.2.4. Si oui, pouvez-vous expliciter :.....
.....
.....

4.3. Le temps de travail pour la prise en charge est-il plus important pour cette population par rapport aux patients plus jeunes ou aux autres personnes âgées? Oui non

4.4. Devez-vous adapter la prise en charge pour cette population par rapport aux patients plus jeunes ou aux autres personnes âgées? Oui Non

4.4.1. Si oui pouvez-vous expliciter ?
.....
.....

4.5. Devez-vous adapter les soins à cette population ? Oui Non

4.5.1. Si oui, pouvez-vous expliciter

.....

.....

4.6. Avez-vous constaté des durées de séjours plus importantes pour cette population par rapport aux patients plus jeunes ou aux autres personnes âgées ? Oui Non

4.7. Où sont principalement dirigés vos patients à la sortie de l'hôpital? (1 ou 2 réponses maximum)

- Vers un service de réadaptation
- Vers le domicile
- Vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées
- Autre : précisez

4.8. En moyenne combien de fois revoyez-vous un patient âgé pour cette pathologie sur l'année qui a suivi son opération ? _ _ _ _ _

5. Améliorations possibles dans la prise en charge des personnes âgées et plus spécifiquement celles victimes de fracture du col du fémur

5.1. Voyez-vous des éléments d'amélioration dans la prise en charge de cette population niveau

5.1.1 - pré-hospitalier?

.....

5.1.2. - hospitalier ?

.....

5.1.3.- post hospitalier ?

.....

6. Commentaires libres

Si vous souhaitez rajouter des commentaires sur la prise en charge des personnes âgées.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

FICHE SUIVI DE DOSSIER MEDICAL

Nom :			Prénom :		
Date d'entrée :			Date de sortie :		
Date opération :			Traitement :		
Lieu de vie :					
Destination :					
Aide ménage :	Oui	Non			
Infirmière :	Oui	Non			
Portage de repas :	Oui	Non			
Autonomie toilette :	Oui	Non			
Autonomie habillage :	Oui	Non			
Autonomie marche :	Oui	Non			
Autonomie repas :	Oui	Non			
Score Parker :	/9				
Troubles cognitifs :	Non	Oui			
Déjà chuté :	Non	Oui			
Adresse:					
Code postal :			Ville:		
Changements autonomie :					

TABLEAU RECAPITULATIF DES PERSONNES INTERROGÉES ET RENCONTRÉES

Surnom	Fonction	sexe	Date	Durée	Mode	Lieu
Agnès	Médecin	Femme	29/11/2012	38 min	Face à face	Hautepierre
Brigitte	Cadre de santé	Femme	21/11/2012	54 min	Face à face	Hautepierre
Tania	IDE	Femme	21/11/2012	31 min	Face à face	Hautepierre
Denise	Aide-soignante	Femme	21/11/2012	45 min	Face à face	Hautepierre
Nadia	IDE	Femme	13/12/2012	43 min	Face à face	Hautepierre
Laurence	Kinésithérapeute	Femme	22/11/2012	29 min	Face à face	Hautepierre
Maria	Diététicienne	Femme	29/11/2012	36 min	Face à face	Hautepierre
Claire	IDE	Femme	29/11/2012	42 min	Face à face	Hautepierre
Lucie	Assistante sociale	femme	13/12/2012	40 min	Face à face	Hautepierre
Max	Personne âgée	Homme	08/02/2013	15 min	Téléphone	Furdenheim
Suzanne	Personne âgée	Femme	22/11/2012	44 min	Face à face	Strasbourg
Yvonne	Personne âgée	femme	23/11/2012	45 min	Face à face	Strasbourg
Guillaume	Aidant	Homme	13/12/2012	45 min	Face à face	Strasbourg
Camille	Médecin, référent personne âgée à l'ARS	Femme	1/08/2013	45 min	Face à face	Strasbourg
Marie- Louise	Personne âgée	Femme	21/02/2013	15 min	Téléphone	Dossenheim

Ne figurent pas dans ce tableau :

- les entretiens informels avec les quelque 100 personnes âgées pendant leur hospitalisation
- les entretiens téléphoniques avec les 38 médecins traitants
- les entretiens téléphoniques avec les personnes âgées qui ont duré moins de 15 minutes
- les entretiens avec les professionnels préalables à la mise en œuvre de la thèse

Date : 22/11/2012

Moment de l'entretien : 14h

Durée de l'entretien : 43,49 minutes

Lieu : dans l'appartement de la personne âgée, dans le salon.

PRÉSENTATION DE L'ENQUETEE

Personne âgée vivant seule. A joué le rôle d'aidant toute sa vie : jeune auprès de ses 2 frères, puis auprès de sa mère atteinte de la sclérose en plaque et de son père et de son grand-père aussi malades. A toujours vécu dans sa ville de résidence (Strasbourg), d'abord dans la maison de famille puis a construit une autre maison dans laquelle elle a son appartement depuis 1965. N'a pas été mariée ni d'enfant.

Elle est propriétaire de la maison et a plusieurs locataires. C'est elle et un de ses frères qui gère, surtout elle puisqu'elle s'occupe des charges et du quotidien dans la maison.

Lorsque sa mère est décédée, elle a dû commencer à travailler « comme bonne à tout faire, qu'est-ce que vous vouliez que je fasse, femme de ménage, c'est dur ». C'était difficile puisqu'elle avait l'habitude de tout gérer, tout planifier. Elle touche une petite retraite « enfin, le minimum qu'on peut recevoir » et- en complément, les loyers.

LA CHUTE

Elle avait déjà chuté sur le verglas en 2010. Cette fois elle est restée accrochée au tapis : elle est montée sur un tabouret pour régler l'heure de son horloge et en descendant est tombée dans le tapis. Elle a essayé de se rattraper pendant sa chute, mais rien n'y a fait.

Elle est restée à terre et a appelé la locataire du bas qui a appelé les secours. Cette personne a quitté la maison depuis, mais entretenait de bonnes relations avec la personne âgée.

LES AIDES MISES EN PLACE

Elle trouve qu'elle est limitée depuis cette chute notamment à cause des médicaments qui lui donnent des vertiges

Elle a une femme de ménage et pour les repas « c'est l'Abrapa, pour moi c'est trop fatigant, je ne peux plus ». La mise en place de ce service est liée à sa chute et à l'intervention de l'assistante sociale du secteur.

Elle a le bip tranquille depuis sa chute « mais je ne suis pas satisfaite avec ». Elle n'a pas eu à l'utiliser depuis. « C'est bien quand on est assis dans le fauteuil et qu'on tombe, mais pour se balader autour, ce n'est pas bien. Vous voyez ça balance et dès que vous heurtez quelque part, ça s'accroche ». Ce n'est pas pratique ? « Non ». Elle connaissait déjà le système avant la chute grâce à des publicités et

sa voisine est également équipée « et depuis qu'elle a ça, le téléphone ne fonctionne plus correctement non plus ». Si elle a un souci avec, « ils ne se déplacent plus, ils appellent et ils expliquent par téléphone ce qu'il faut faire »

Le problème est que le téléphone ne marche plus correctement

Elle connaissait déjà les aides disponibles pour les personnes âgées, mais n'en avait pas avant de tomber.

LE RESSENTI SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

Sur l'autonomie perdue ou retrouvée, « je mets un certain temps (...), mais je peux marcher comme avant, mais je fais attention à cause des vertiges »

Elle prend des vitamines et du calcium « c'est le médecin qui m'oblige à prendre ça, mais ça ne m'arrange pas, au contraire, ça affaiblit les muscles ». Elle lui a déjà dit que ça ne lui convenait pas, mais « il ne me croit pas ». Elle ne voit pas souvent le médecin « vous croyez vraiment qu'à 82 ans, ça va encore changer quelque chose ? C'est censé faire du bien aux os ». C'est le médecin qui se déplace et c'est le seul soignant qu'elle voit.

« J'aurais mieux fait de tomber et ne plus... fini ». Vous vous sentez vraiment moins bien ? « Je ne peux plus sortir, je ne peux plus rien faire. Avant de tomber, je pouvais encore sortir, faire mes courses, faire à manger, lentement mais sûrement. Le ménage, je n'avais pas besoin de femme de ménage. » Même si quelqu'un l'accompagne, elle n'ose plus sortir : elle a trop peur de retomber. « Je vais jusqu'à la boîte aux lettres, là ça va. »

Le fait de ne plus sortir faire ses courses et sa cuisine lui manque, et avec les vertiges elle se sent encore plus fatiguée.

« Je ne suis pas encore guérie, j'ai encore mal, mais ils m'ont dit que ça mettrait six mois, un an ou plus ». Elle doit faire une visite de vérification et a fait venir une ambulance.

« Je ne pouvais faire mes courses que le matin parce que l'après-midi j'étais trop fatiguée »

Sa vie ne lui convient pas. « Vous changeriez quoi ? « Aller au cimetière (...) quand on ne peut plus rien faire, tourner en rond entre quatre murs. Ce n'est pas marrant. » « Surtout depuis que vous êtes tomée ? « Oui et j'étais déjà tombé à la saint Sylvestre, mais l'os n'était pas fracturé, il était juste fissuré » « c'était moins grave » « oui et j'ai repris pour faire les courses et la cuisine, et l'après-midi j'étais fatiguée, mais je pouvais encore faire ça au moins. Et aussi me doucher, prendre une douche » « vous devez attendre l'infirmière pour vous laver ? » « Non, je me lave comme ça au lavabo. Et elle me lave le dos » « vous vous débrouillez seule quand même » « oui, mais faut prendre le temps quoi »

PEUR DE RECHUTER

« Oui j'ai le vertige et je ne suis pas sûre du tout. Je vais retomber un jour, ça, c'est sûr. Les tapis on me les a enlevés. » Elle a des chaussons anti dérapant, mais a qui accroche plus au sol « c'est le contraire, c'est aussi dangereux qu'avec le tapis »

C'est sa nièce et son mari qui ont enlevé les tapis.

Elle a un déambulateur « et je l'ai tous les jours, chaque nuit à mes côtés » c'est plus rassurant alors ?
« Oui, oui. Quand je me lève, je suis obligée de me tenir. Et surtout la nuit quand on n'est pas très bien. »

Pense être « comme ci comme ça, il faut faire attention »

« Vous n'êtes pas malade vous ? Vous avez juste du mal à marcher ? » « Oui, mais ces médicaments »
« c'est que vous avez les os fragiles ? » « Il paraît qu'ils peuvent casser d'un instant à l'autre sans que je ne fasse quoi que ce soit » « c'est l'ostéoporose alors ? » « Oui ».

Elle s'auto médique « j'ai un truc pour l'estomac. Là j'ai arrêté pour voir si c'était ça et j'ai repris »

« Je n'allais jamais voir de médecin, je n'étais pas malade. Mais à la quarantaine j'aurais dû prendre des médicaments pour les os. Pour m'habituer aux médicaments que je ne supporte pas. »

LA MAISON DE RETRAITE

Elle a fait des demandes préventives d'inscription en maison de retraite

Envisage de rester dans son logement « pour le moment oui (...) j'ai déjà demandé qu'on m'inscrive, mais je ne suis pas encore présentée. » Elle est inscrite dans un établissement où « ils ne font pas de soins, ils ne prennent que comme ça » et dans deux autres établissements. Elle connaissait déjà les établissements et a choisi en fonction du quartier. « Mais si ça ne va pas, on me mettra ailleurs et tant pis j'irai si ça ne va plus. Mais de préférence alors au cimetière » « vous ne souhaitez pas aller en maison de retraite ? » « Non. Non. Lorsque j'étais à Schiltigheim, on est trop seule. Vous êtes clouée tout le temps dans votre chambre .» Il n'y a pas de lieu de rencontre ? « Non, enfin si la salle à manger. 5,10 minutes avant midi il faut être là et à 1h il faut débarrasser. C'est juste pour manger que vous avez du monde »

LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Elle a été satisfaite sauf « des repas, mais vous savez que ce n'est pas fameux (...) ils ne peuvent pas faire plus ». Le Manque de moyens « ils ne peuvent pas être à côté tout le temps dès qu'on a besoin de quelque chose. C'est normal. » Les soignants « ont été gentils ». Elle n'est pas restée longtemps dans le service « quelques jours, on m'a tout de suite opérée et après trois jours en rééducation »

Elle a reçu et compris l'ensemble des explications que le médecin a pu lui donner : sur l'opération et les suites, « il m'a dit que je ne resterais pas longtemps et qu'après il y aurait la rééducation ».

Elle a compris l'intervention « le docteur il m'a mis un clou là »

Elle a séjourné 3 semaines au SSR de Schiltigheim. « Lorsque j'étais à Schiltigheim, on est trop seule. Vous êtes clouée tout le temps dans votre chambre » Il n'y a pas de lieu de rencontre ? « Non, enfin si la salle à manger. 5,10 minutes avant midi il faut être là et à 1h il faut débarrasser. C'est juste pour manger que vous avez du monde »

UNE JOURNÉE BANALE

Levé à 7h30, WC, robe de chambre, elle aère son lit puis va prendre son petit déjeuner, toilette et refait son lit. Tout ça lui prend une heure et demie. Elle descend voir sa cage d'escalier. Vient ensuite l'Abrapa, réchauffe le repas et mange. L'après-midi elle essaie de lire « mais c'est dur, ça me fait mal à la tête », « l'infirmière passe pour voir si je suis encore sur pied, si je ne suis pas tombée et aujourd'hui c'est vendredi alors elle m'a lavé le dos ». Le soir elle se fait une tisane, elle ne regarde pas la télé non plus. Elle mange les restes du midi avec autre chose et le soir « je prends un café au lait avant de dormir, un deuxième petit déjeuner. » Elle écoute la radio pendant le repas, les informations.

SENTIMENT DE SOLITUDE

« La femme de ménage vient quatre heures toutes les semaines et qui me fais des courses, les fruits, le fromage. » Elle a déjà eu plusieurs personnes ce qui ne la dérange pas « au contraire elle est mieux, elle est honnête, et elle sait comment faire. Elle est gentille et on peut avoir confiance en elle. »

N'a pas aimé être seule en SSR. Dans le service, elle était avec une dame « on s'est compris (...) elle n'était pas enquiquineuse. »

Sa nièce ne pas l'aider, car elle est limitée intellectuellement et a des problèmes de dos.

Ne connaît personne d'autre pour lui rendre service « non, la dame d'en haut, elle 80 ans. Et en bas, ce sont des jeunes, mais ils ne sont là que depuis un mois » « vous ne les connaissez pas vraiment » « non, et puis, ils travaillent tous les deux » « je me suis toujours débrouillée seule alors ça m'embête vraiment de demander (...) je n'aime pas faire. » « Vous n'osez pas demander ? » « Si, mais ça m'embête, j'ai toujours tout fait toute seule. »

Elle pense avoir tout ce qu'il faut sauf « il me manque quelqu'un pour faire des courses par-ci par-là. La femme de ménage vient le lundi et le lundi les commerces sont fermés »

Elle ne reçoit pas de visites « à part les infirmières. » Son frère a 76 ans et ne marche plus correctement non plus « alors voilà, je suis seule. Mais la solitude ne me pèse pas parce que j'étais souvent seule avec maman. » A un autre frère au Chili.

DIVERS

« La maladie, c'est la mort. Mon grand-papa est décédé à la maison et ensuite c'était papa qui décédé qui avait une hémorragie cérébrale. (...) la mort, la mort, toute la vie »

APPRÉCIATION DE L'ENQUÊTEUR

C'est une personne qui garde une certaine autonomie : elle s'est déplacée sans aide et assez rapidement lorsqu'elle a voulu me montrer des choses (le bip, les médicaments). Le sentiment d'isolement est très fort et le fait de ne plus pouvoir sortir est ce qui lui pèse le plus comme le fait de ne plus faire seule. Elle s'est complètement investie dans son rôle d'aidant, qu'elle n'a sûrement pas choisi : le fait d'être la seule fille de la fratrie a induit naturellement ce statut d'aidant.

SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC YVONNE, UNE PERSONNE AGEE

Date : 23/11/2012

Moment de l'entretien : 10h

Durée de l'entretien : 44,38 minutes

Lieu : dans l'appartement de la personne âgée, dans le salon. Dans une résidence pour personne âgée

PRÉSENTATION DE L'ENQUETEE

Elle a trois enfants : trois fils et une fille. Le fils aîné et sa fille s'occupent d'elle.

Elle descend tous les midis au restaurant de la résidence sauf le week-end et les jours fériés. « j'ai une voisine à côté qui me ramène le pain et qui me fait d'autres petites courses. La Coop livre aussi les choses lourdes comme l'eau minérale, les choses comme ça, ils livrent gratuitement »

« Ça va je me débrouille assez bien. Je suis bien entourée de mes enfants ».

Vivait dans sa maison dans un village sans aucun commerce « il y a un boulanger et un boucher qui passent deux fois par semaine. Mais il y a aussi autre chose, il y a le coiffeur, le médecin, plein de choses. Pendant longtemps je faisais de la bicyclette » pour aller dans les villages voisins à 3 km, mais à cause de son mal de genoux, son médecin lui a interdit de faire du vélo.

Elle a travaillé 12 ans dans les bureaux d'une maison de retraite

APRÈS LA FRACTURE : LES CHANGEMENTS

Marche avec un rollator même dans son appartement. Avant elle pouvait sortir uniquement avec une canne. « On doit me faire des courses parce que les trottoirs et les magasins. Et je suis encore très, très fatiguée. » Elle est tombée dans la douche quelques jours après être rentrée de l'hôpital même en présence d'une infirmière »

Elle reçoit l'aide d'une infirmière le matin pour se laver et pour les bas de contention et le soir pour enlever les bas « je n'arrive toujours pas à enlever ces bas de contention toute seule »

Elle avait demandé au chirurgien combien de temps elle aurait mal : il avait répondu 6 mois « mais c'est un peu plus long. Une grosse fatigue... »

Elle vit dans cette résidence depuis 18 ans, elle avait 71 ans « et je me sentais jeune, je sortais tous les jours, je faisais des grandes promenades, des grands voyages, je participais aux animations, mais évidemment tout ça c'est fini maintenant

Elle a le bip tranquille à côté du lit et de la cuvette des WC de sorte que si on sonne, ce n'est pas immédiat, mais il a quelqu'un le jour et la nuit.

Elle a déjà chuté depuis son retour : s'est assoupie et s'est relevée trop vite pour répondre au téléphone. Elle n'a pas pu utiliser la sonnette puisqu'elle est restée allongée par terre, trop loin. « Et heureusement je ne me suis pas fait mal »

AVANT LA FRACTURE : L'AIDE DES PROCHES

Elle vivait dans la maison que sa fille et beau-fils, c'est elle qui lui faisait ses courses « elle me demandait si je voulais venir avec elle et elle m'emmenait, elle me conduisait à la gare si je voulais aller à Strasbourg un peu. Des choses comme ça. Mais je me sentais trop dépendante et alors un jour j'ai décidé de me rendre encore indépendante et je n'ai jamais regretté ! D'ailleurs une amie m'a dit « mais pourquoi vas-tu déjà à ton âge en maison de retraite, mais ce n'est pas une maison de retraite, c'est un foyer résidence. On est totalement autonome et il faut d'ailleurs l'être (...) maintenant je ne suis plus tout à fait autonome, mais je peux rester là, il y a beaucoup d'aides : les infirmières, les personnes qui font les courses, mes enfants qui s'occupent très bien de moi. Sinon il faut aller en maison de retraite. »

C'est elle qui s'est renseignée sur l'Abrapa, « j'ai pris de la documentation (...) Alors un jour que j'étais à Strasbourg, j'avais entendu parler de la résidence X, je connaissais de nom d'autres résidences (...) et moi j'arrive chez le médecin et j'avais encore beaucoup de temps pour aller au train et je me suis dit « maintenant que tu n'es pas loin de cette résidence tu vas jeter un coup d'œil. J'arrive ici, ah le portail est ouvert, je rentre dans la cour « oh que c'est joli ici », un arbre, c'était le printemps (...) et j'ai vu ça et j'ai dit « ça, ça me plairait ». Elle a discuté avec la directrice et une animatrice. Elle a visité un appartement vide. Et a tout de suite dit oui. Et elle a emménagé quelques mois après.

Elle est contente de ne plus faire à manger et de mettre les pieds sous la table « j'ai assez fait à manger, on était 7 (...) maintenant je vais en profiter. Et autrement il y a des animations auxquelles je participe, j'ai plus participé et maintenant j'ai fait une grande pose quoi. Et maintenant je reprends, je sors un peu dans la rue, je bouge autant que possible. J'ai encore de la rééducation dès le début de mon retour ici. »

LA CHUTE

S'est déroulée dans son ancien lieu de vie à 3h du matin. « je me suis levée pour aller aux toilettes, j'ai buté sur un seuil entre la porte de la chambre et il faut traverser la cuisine, et j'ai buté sur ce seuil. Je suis tombée, je suis tombée en avant et je me suis cogné le visage, j'ai été blessée ici (montre l'arcade sourcilière) et j'ai saigné, saigné. J'ai eu une double fracture du nez. D'abord ce choc et je retombe sur le côté et je ne peux plus me lever. J'ai réussi à alarmer mes enfants en bas et ils ont appelé une ambulance. On m'a d'abord amené à Saverne puis à Hautepierre. Et j'ai été opérée le même matin. Alors j'ai passé à Hautepierre et on m'a transférée à la Clinique Saint François où je suis restée 5 semaines. Et je suis rentrée ici le 13 ou le 15 mars »

RESSENTI SUR L'HOSPITALISATION ET LE PARCOURS DE SOIN

N'a pas été satisfaite de son séjour à Hautepierre puisque sa voisine de chambre était « une personne qui avait perdu la raison » « donc elle était un peu dérangeante ? » « Et comment ! Et comment ! Elle appelait au secours toute la journée, sa maman et un autre nom « maman, maman, au secours » jour et nuit. Et moi encore sous le choc de la chute, de l'opération, de tout ça, c'était

choquant, c'était... et alors ça ! J'étais au bord de la crise de nerfs, je n'en pouvais plus. Quand je disais aux infirmières si elles ne peuvent pas la calmer pour que je puisse dormir « ah non, on ne peut pas l'assommer complètement ».

« Ce n'est pas pour me plaindre, ce n'est pour accuser quelqu'un, mais c'était tellement frappant, tellement désagréable que c'est pour protéger aussi les autres gens, pour qu'on sache comment ça se passe. »

Dénonce aussi le fait que ses demandes n'ont pas été prises en compte « j'ai demandé au jeune homme qui devait être stagiaire s'il vous plait je n'arrive pas à ouvrir le sachet de médicaments, vous pourriez m'aider ? « Non, je ne fais ça. »

Aimerait que les soignants, même les stagiaires prennent le temps de faire ces petites choses « si les gens ne peuvent pas, ce n'est pas pour les embêter qu'on leur demande, c'est qu'on ne peut pas. Quelques jours plus tard, j'avais une cruche d'eau, mais pas de verre. Une aide-ménagère qui venait de nettoyer, je lui demande si elle peut me chercher un verre « je n'ai pas de verre pour boire » « non, non moi je ne fais pas ça » Et ce qui était très ennuyant c'est que la personne à côté de moi sonnait tout le temps et donc les infirmières ne venaient plus. Évidemment quand moi je sonnais, elles ne venaient pas non plus. De sorte que ça m'est arrivé quelques fois d'avoir vraiment besoin de quelqu'un et personne ne venait »

Elle s'est expliquée auprès des infirmières qui lui ont répondu « mais nous aussi ça nous gêne » « oui, mais vous pouvez entrer et sortir, et la nuit vous n'êtes pas là tandis que moi je l'ai jour et nuit à côté de moi dans mes oreilles » « oui, mais on n'a pas de chambres individuelles »

Elle n'a pas pu se reposer après l'opération d'autant qu'elle était devenue anémique, car a perdu beaucoup de sang. Et pense que si elle avait pu se reposer « et bien dormir la nuit, ça aurait été autre chose

Le pire est qu'elle a retrouvé cette dame au SSR « mais elle criait un peu moins. » Ils ont essayé de la changer de chambre

« Autrement, les infirmières et les médecins dans les deux hôpitaux étaient très bien, très attentifs. Là je n'ai pas de plaintes »

Elle a bien compris et se rappelle les traitements qu'elle a reçus : « on m'a mis une visse. » Pour la rééducation, elle n'a pas eu le choix.

ÉTAT DE SANTÉ

Elle consulte son médecin une fois par mois « à peu près, un peu plus si nécessaire » Il se déplace, elle ne peut plus, car il y a un escalier.

Elle a toujours mal à la hanche et continue la kinésithérapie

« Globalement ça va »

Son état de santé s'est aggravé depuis le début d'année « il y a quand même cette grande fatigue, ces douleurs » « mais finalement j'ai 89 ans alors on ne peut pas faire de miracle ! Et après ce qu'on a

perdu, on peut être content de ce qu'on a gardé. Au moins, j'ai encore...il y a beaucoup de gens plus jeunes que moi qui ont déjà des pertes de mémoire. Autrement j'ai de bons contacts dans la maison »

C'est rassurant pour elle de vivre dans un tel lieu « parce que je ne pourrais plus vivre chez moi. Et la maison de retraite, je ne veux pas encore »

Elle est déjà inscrite en maison de retraite, c'est elle qui a fait les démarches « mais mes enfants m'ont beaucoup accompagné. Ils m'ont conseillé. Mon fils aîné m'a dit « écoute inscris toi en maison de retraite, les attentes sont longues » donc si je suis inscrite et qu'il m'arrive quelque chose. Donc je me suis inscrite. (...) j'y suis allée et m'a demandé si c'était urgent, j'ai dit que non « c'est en prévention donc il faut que je renouvelle, je crois, tous les trois ans la demande. C'est ce que je fais. Mais je suis tellement bien ici, c'est tranquille, je n'ai pas le bruit de la rue, mes voisins sont tranquilles, la dame au-dessus, je ne l'entends pas, celle en dessous aussi. Et là, c'est vraiment le calme »

LA CAUSE D'ENTRÉE EN MAISON DE RETRAITE

« Tant que je peux marcher je reste ici » besoin des infirmières « qui sont très gentilles aussi » « e tant que tout ça fonctionne, je resterais là. Ce que je crains en maison de retraite, il y a plusieurs choses. Le fait que vous êtes là, la porte ouverte pour que l'on voit comment ça va (...) moi je préfère. Et puis probablement le bruit. Moi qui suis tellement habituée au calme. » A toujours vécu en campagne « c'est le bruit surtout qui me dérangerait. On ne peut pas empêcher quelqu'un d'écouter de la musique, de déambuler. Je ne serais jamais tranquille qu'ici. »

Elle sait que les patients sont bien traités et peuvent être très bien en maison de retraite « quand on sait qu'on aura besoin de quelqu'un tout le temps »

Elle aurait pu rester dans son logement et recevoir les aides de sa famille « mais il faut les soins du personnel pour les soins quand même. Par exemple, je ne voudrais pas demander à ma fille de m'habiller tous les jours, de me mettre les bas. Ça, je ne voudrais pas lui demander, elle le ferait, c'est sûr, mais... c'est moi qui ne veux pas les embêter(...) Je garde une certaine indépendance. Et puis c'est très gentil de leur part, ils vivent à 45 50 km d'ici, ils viennent tous les samedis ou tous les 15 jours m'apportent le repas, on mange ensemble. Ils me laissent un repas pour le dimanche. On se voit, on joue au scrabble »

UNE JOURNÉE BANALE ET L'IMPORTANCE D'ÊTRE ENTOURÉE

Le matin « je peux faire une partie de ma toilette, je le fais, je me recouche et j'attends l'infirmière qui vient aux alentours de 8 heures. Et elle continue à me laver les pieds, le reste de la toilette et elle m'aide à m'habiller. Après je me prépare le petit déjeuner ici et après je me recouche un petit peu. Après je lis le journal. Oui et tous les 15 jours il y a le petit déjeuner en commun en bas. Alors on n'est pas nombreux 10 à 12 personnes. (...) on a du pain frais des viennoiseries, ça fait plaisir. Après le repas de midi et je fais une sieste et après lecture, télé. Je fais aussi pour ma rééducation, je marche déjà le matin pour descendre je prends l'ascenseur et je fais le va-et-vient dans le couloir. Et je sors aussi. Plus maintenant, mais quand il faisait beau, je sortais déjà le matin faire un tour dans la cour pour faire ma petite marche. Ça en fait, je le fais plusieurs fois par jour. Ou je sors dans la rue. (...) lecture, télé ou simplement ne rien faire. Et après je prépare le repas du soir et après c'est les

infirmières qui passent et après c'est encore la télé. En général je me couche d'assez bonne heure ; vers 8h je me couche »

Elle reçoit des visites de sa famille, d'amis pendant la semaine ou son petit-fils « ou des coups de fil d'amis ou des petits enfants. » Vous ne vous ennuyez jamais ? « Non »

Pense « qu'il y a pire. En fin de compte je me plains que je ne peux plus faire ci ou ça mais finalement je me suis dit : j'ai vécu, j'ai beaucoup voyagé et maintenant ce sont de très beaux souvenirs. J'ai beaucoup de photos »

PEUR DE RETOMBER ET DIFFICULTÉS A LA MARCHE

« il faut que je fasse très attention parce que quelquefois j'ai des vertiges et il faut bien réfléchir à mon âge à ce qu'on fait. Ça, pour moi c'est comme ça pour toutes les personnes âgées (...) a tous des soucis. Mais moi je dois toujours bien réfléchir à ce que je fais. Si on pense à autre chose, ce n'est pas bien. Il faut se concentrer sur ce qu'on fait. »

Pas d'aménagements du logement depuis sauf le rollator « d'ailleurs j'ai essayé de marcher avec la canne et je l'ai dit à mon kiné. Il m'a dit « ne faites surtout pas ça (...) surtout pas ça toute seule »

Elle ne va pas loin « parce que je suis fatiguée, mais je pourrais aller dans certains magasins si c'était plus facile d'accès. Mais quand il y a des marches, c'est difficile. Mais comme dit, j'ai mon fils qui vient me voir tous les mercredis et il me fait des courses, la Coop qui me livre d'autres choses et Madame X qui me fait aussi des courses. Je suis bien entourée. Je ne peux vraiment pas me plaindre »

DIVERS

Elle a une amie qui vit encore à domicile, car entourée de la famille et des soins. Et dans son lieu de vie, les gens sont différents, mais c'est la meilleure solution pour elle.

APRÈS L'ENTRETIEN

Rappel du choc de la fracture, de la prise en charge par les secours, les urgences, l'opération. C'est très contusionnant. Notamment lors de sa chute où elle s'est ouvert le crane et le nez donc « une mare de sang » c'est pourquoi elle est très vigilante sur tout pour ne pas revivre ça.

ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE AVEC MARIE-LOUISE, UNE PERSONNE ÂGÉE

Date : 21/02/2013

« Ça va, j'étais chez le docteur vendredi dernier. Il est content de moi et je n'ai pas besoin de retourner pour le contrôle ».

Estime son état de santé bon et se sent en forme pour le moment

A été en SSR 3 semaines. « Je marchais avec des béquilles » depuis remarche

A repris ses activités comme avant

La Carsat a écrit et ont envoyé 200€ pour une barre a la douche et quelque chose pour m'asseoir. Depuis 6 mois au moins ».

N'est pas retombée, mais fais plus attention « bien sûr. Je me tiens au mur pour monter l'escalier. Bon je fais attention plus qu'avant, ça c'est vrai »

Et vous avez peur de retomber ou vous n'y pensez pas trop ? je n'y pense pas trop, mais comme je me suis cassé le col du fémur, ça peut arriver de l'autre côté aussi. Je pense parfois à ça, mais pas tout le temps »

A des aides à domicile de l'Abrapa pour le ménage

« La toilette, ça je peux faire toute seule », l'habillage, les courses aussi

A son mari « il est toujours là pour moi. Et les enfants viennent aussi, ils habitent à 30 km (...), mais s'il le faut ils viennent »

A été satisfaite de la prise en charge

N'a pas pensé encore à faire d'inscription en maison de retraite « non pas encore, temps que je peux faire...j'ai la femme de ménage de l'Abrapa et le reste aussi longtemps que mon mari est là, qu'on peut le faire nous-mêmes »

Est mieux chez elle

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN AVEC MAX, UNE PERSONNE ÂGÉE

Date : 8/02/2013

Moment de l'entretien : 15h30

Durée de l'entretien : 15 minutes

Précision : entretien téléphonique

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Homme vivant à domicile avec femme. Il ne présente aucun signe de dépendance.

ÉTAT DE SANTÉ APRÈS LA FRACTURE

Il est toujours indépendant : n'a pas besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne. Il n'a pas vu de changement notable dans son état de santé hormis un peu plus de fatigue et qu'il ne peut plus trop jardiner.

Il ne fait appel à aucun service d'aide à domicile ni pour le ménage, ni pour la nourriture, ni pour l'aide à la toilette ou l'habillage. Il fait tout seul.

CHANGEMENTS INDUITS PAR LA FRACTURE

Il a fait installer des rampes d'accès aux escaliers : 3 endroits différents.

Peur de rechuter et fait plus attention qu'avant.

LES AIDES DISPONIBLES

Son épouse est présente et ils se soutiennent l'un l'autre

La fille qui vit à 500 km vient leur rendre visite toutes les 5 semaines environ pour vérifier que tout va bien et aider surtout la femme.

RETOUR SUR L'HOSPITALISATION

Il a été satisfait de la prise en charge hospitalière. Est resté 15 jours environ. Puis est retourné au domicile avec prescription de kiné

DIVERS

Pas d'inscription en maison de retraite même préventive. Il souhaite rester chez lui le plus longtemps possible à son domicile

Date : 14/12/2012

Moment de l'entretien : 14h

Durée de l'entretien : environ 45 minutes

Lieu : sur le lieu de travail de l'aidant à Strasbourg

Précision : l'enquêté n'a pas souhaité être enregistré

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Homme dans la 50aine, actif, travaille à Strasbourg à 5 minutes à pied du lieu de vie de sa mère. Est l'aîné d'une fratrie de 4 enfants.

L'AIDE

Est la mère dont le niveau d'autonomie est élevé. Elle a fait le choix de vivre en foyer Abrapa en ville pour rester proches des commerces, des professionnels de santé et de son ancien lieu de vie qui reste accessible en transport en commun. Elle a choisi ce lieu de vie en prévention d'une baisse d'autonomie il y a 18 ans, et ce pour ne pas peser sur ses enfants. Dans la même logique, elle se fait livrer ses courses et dispose d'aide à la toilette et à l'habillage, d'un kinésithérapeute et de la visite de son médecin si nécessaire directement dans structure d'accueil.

La personne âgée connaît les circuits et les aides disponibles puisqu'elle a travaillé en établissement pour personnes âgées.

Elle suit également les conseils notamment de son médecin pour préserver son autonomie

ROLE D'AIDANT : POURQUOI CE CHOIX ?

La proximité géographique est le principal motif de cette aide : le lieu de vie et de travail de l'aidant est le plus proche que ses frères ou sa sœur. Ses frères habitent dans le sud-ouest de la France et sa sœur en Alsace, mais dans une ville plus éloignée.

A noter que la personne âgée habitait dans la même maison que sa fille jusqu'à il y a 18 ans. L'aidant principal était donc à l'époque une autre personne même si l'aide se résumait aux échanges familiaux « classique ».

QUELLES ACTIONS AU QUOTIDIEN ?

Son rôle d'aidant a été initié depuis 15 ans par des visites hebdomadaires au lieu de vie de sa mère : simplement pour prendre des nouvelles, discuter et être présent en tant que fils. Il s'agit donc plus du relationnel avec « un rituel du café » une fois par semaine.

Ponctuellement, il se charge du transport et de l'accompagnement à des rendez-vous médicaux (dentiste ou cardiologue). Notamment depuis la fracture, la personne âgée ne souhaite plus dormir

en dehors de son lieu de vie. Dès lors qu'elle est invitée notamment pour les fêtes, il faut gérer les déplacements.

L'inscription préventive sur les listes d'attente de maison de retraite a été négociée. L'idée a mûri au fur et à mesure, mais il y a une réticence à entrer, l'objectif est d'y aller le plus tard possible.

Pour les déplacements pour rendez-vous médicaux, la flexibilité de ses horaires et de sa tâche de travail lui permettent une certaine liberté et donc la possibilité d'accompagner sa mère.

Il gère parfois aussi l'administratif : envoi de courrier, regard sur les documents, conseils

LES RELATIONS AVEC D'AUTRES AIDANTS

La fille de la personne âgée est également très présente : c'est notamment elle qui prépare à manger pour le week-end (puisque la résidence propose une restauration uniquement la semaine). Les échanges d'informations se font principalement par téléphone, mais également lors de rencontres familiales.

Il est aussi en relation directe avec le médecin traitant également du fait de la proximité géographique.

Lors de l'hospitalisation, il y a plus d'échanges entre les enfants pour organiser les relais dans les visites.

LES ÉVOLUTIONS DE L'AIDE SUITE À LA FRACTURE

La personne aidée a installé le bip tranquille et limite ses déplacements un lit médicalisé a également été mis en place. Pour le bip, l'aidant a dû négocier. La personne a également rechuté après la fracture, mais cette fois sans gravité. La personne marche également avec un rollator avant elle n'avait besoin que d'une canne.

C'est le médecin traitant qui a mis en place les aides nécessaires après l'hospitalisation.

RESSENTI SUR L'HOSPITALISATION DE L'AIDE

Il garde une mauvaise appréciation de la prise en charge de sa mère à Hautepierre. L'hospitalisation a débuté à Saverne puisque la chute a eu lieu dans ce secteur. L'aidant a dû alors insister pour le transfert à Strasbourg, ce qui a été organisé le jour même. La prise en charge aux urgences de Saverne n'a pas été problématique et même appréciée du fait de la présence d'un aumônier.

A Hautepierre, un manque d'identification du personnel a été déploré comme le manque de communication des soignants et la difficulté de rencontrer et de parler à un médecin. Le côté humain du patient et des proches a manqué contrairement à l'aspect technique.

La personne âgée a été transférée en SSR où la prise en charge a été jugée de manière plus positive puisque les médecins sont plus disponibles et accessibles.

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN AVEC DENISE, AIDE-SOIGNANTE

Date : 21/11/2012

Moment de l'entretien : 13h30

Durée de l'entretien : 45,08 minutes

Lieu : dans le service, bureau de la cadre de santé

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Travaille au 6411 en tant qu'aide-soignante il y a 9 ans. A travaillé avant en clinique puis en maison de retraite donc elle connaît la population en question.

ORGANISATION DU SERVICE

UNE JOURNÉE BANALE

Les toilettes le matin. Pas facile surtout après l'opération puisqu'il est nécessaire de les mobiliser et c'est souvent douloureux. Il faut être à deux pour les tourner, « *faire très doucement.* »

Les repas : vérifier s'ils mangent bien, leur état cutané (escarres)

Une fois opérés, il faut les mobiliser, en général le lendemain. Transfert du lit au fauteuil, les laisser un peu au fauteuil puis les recoucher. Cela dépend aussi de l'état de la personne avant l'opération, par exemple, si la personne était grabataire « *on n'espère pas trop la refaire marcher.* ». Si la personne était dynamique, ils essaient au maximum de la refaire marcher.

Le matin : transmission de la veilleuse qui informe. Ensuite elle regarde qui va être opéré dans la journée pour que ces personnes soient lavées en premier pour le bloc (toilette pré-op), les changer totalement, mettre des draps propres, vérifier qu'ils n'aient plus de dentier. Après les toilettes où elles sont toujours deux, soit deux aides-soignantes soit une aide-soignante et une infirmière. Entre temps, il faut répondre aux sonnettes surtout pour urine et selles. Faire les lits, après le petit déjeuner donc « *il faut installer les personnes* » parfois, donner à manger. Pause petit déjeuner pour le personnel. Continuer les toilettes. Vider les sacs à linge, ranger le linge. Après y'a le repas de midi.

Il y a aussi des retours de bloc où il faut descendre chercher un patient. Vérifier les tensions.

Vérifier que les patients ont bien mangé. Et ensuite il y a les transmissions pour l'après -midi.

L'après-midi, pareil, vérifier que les patients soient bien installés, répondre aux sonnettes, prendre les tensions, ranger, le repas du soir. Entre temps, il a des arrivées urgentes parfois et des départs donc refaire et nettoyer les lits.

« *C'est quand même assez chargé surtout pour les demandes* » (aller aux toilettes, se lever)

LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Toujours en binôme soit infirmière soit aide-soignante.

Travail avec le kiné lorsqu'il faut lever la personne notamment s'il y a eu prothèse de hanche « *en général c'est le kiné qui fait le premier lever. Pour les clous gamma, tout ça, c'est nous qui pouvons les lever, à moins qu'il y ait une difficulté avec une personne très raide* ».

L'assistante sociale peut passer à la demande du soignant ou du patient ou de la famille et mettre en place des aides, voir les différentes options.

LES PATIENTS ACCUEILLIS

Accueille pas mal de personnes âgées notamment pour fracture du col du fémur ou autres fractures (poignets, épaules).

Arrivées des patients depuis les urgences et transférés dans le service. En général et suivant les urgences, l'opération a lieu le lendemain.

Pas facile pour les personnes âgées qui sont souvent désorientées ou qui ont déjà des maladies d'Alzheimer.

36 patients dans le service en deux unités donc 18 patients dans chacune.

De plus en plus de patients âgés accueillis, ce qui est normal au vu du vieillissement de la population.

SPÉCIFICITÉS DES SOINS

Matelas anti escarres

Pour les repas, vérifier que les patients puissent manger (mixer, lisser, prothèse de dents), bien les installer, les aider éventuellement à couper, leur donner à manger et parfois mettre en place des régimes enrichis (protéines) ou des collations mises en place par la diététicienne

Difficultés si les personnes ont un Alzheimer ou après une anesthésie souvent deux jours où elles sont agitées « *parfois il faut même les attacher parce qu'elles se lèvent et font n'importe quoi et c'est vrai que ce n'est pas facile à gérer* »

« Mais on a aussi des problèmes avec des personnes plus jeunes. Y'a des personnes droguées ou avec le tabac. Ou même les personnes alcooliques »

Nécessité de garder un certain degré d'autonomie malgré les demandes des personnes âgées. Par exemple, on peut leur demander d'avoir une protection, car peur d'uriner au lit. Il faut alors leur spécifier que ce n'est que temporaire et qu'il est indispensable de sonner pour aller aux toilettes.

« *Il y en a qui ont peur de déranger, qui ont peur de sonner* »

Syndrome de glissement, qui se laisse aller notamment si la personne a des complications ou si le séjour dure trop longtemps. Dans ces cas, c'est plus compliqué pour les sorties.

Le syndrome du départ « *quand elles savent qu'elles partent, le jour d'avant ou le jour même, il y a souvent des p'tits trucs qui se passent et on parle de syndrome de départ. Elles sont stressées, le fait d'aller vivre ailleurs.* »

« *On essaie d'adapter au maximum et d'individualiser* »

ADAPTATION DANS L'APPROCHE DES SOINS OU DE LA COMMUNICATION PAR RAPPORT AUX PERSONNES PLUS JEUNES

Forcément oui puisque le patient âgé est plus lent, « *plus de temps pour les lever, pour l'alimentation, il faut les installer.* »

Besoin de plus d'attention et « *elles sont sensibles à ça* »

Les patients peuvent plus facilement parler aux aides-soignantes notamment la mort. « *Y'en a qui veulent mourir (...) y'en a qui le manifeste, pas tous* »

Les patients se confient également autant aux infirmières qu'aux ASH. Au médecin non. Notamment au moment de faire la toilette ou de les installer pour manger. Il faut le signaler aux transmissions.

LES FRACTURES DU COL DU FÉMUR

A entendu parler de la mortalité plus élevée pour ces personnes. Une fois la chute, les personnes auraient tendance à régresser surtout s'il n'y a personne derrière notamment la famille.

Il y a une différence entre les personnes âgées qui auraient d'autres fractures puisque le col du fémur touche à l'autonomie, aux déplacements, et semble plus invalidante qu'une fracture du poignet par exemple.

Trajectoire classique du patient : chute, urgences, services. Sur la chute, les personnes sont souvent assez embêtées et disent « *mais pourquoi ça m'arrive ?* » ça les perturbe. « *Ça les questionne souvent comment je vais faire ? Comment je vais être ?* »

« *Aux urgences ce n'est pas facile non plus, elles sont sur le brancard. Ce n'est pas facile. On les transbahute. Même les toilettes, ça les traumatise. Le fait de les tourner quand elles ont mal. C'est traumatisant* ».

Parfois incompréhension des patients lors des soins parce qu'ils ont l'impression que les soignants vont vite, qu'ils ne prennent pas le temps, et qu'ils sont brusques. « *On peut nous traiter de brutes, c'est déjà arriver* »

Plus de femmes victimes que les hommes. Il n'y a pas de différences dans la prise en charge « *ça dépend du caractère de la personne* ». Des personnes plus dynamiques qui feront tout pour refaire seules et d'autres qui vont se laisser plus aller.

La chute est un élément traumatisant. Certains vont en parler et savent que ce ne sera plus comme avant et d'autres vont angoisser

LE DEVENIR DE LA PERSONNE

Si la personne vivait seule à domicile, il est parfois difficile de la faire rentrer. Souvent la famille préfère institutionnaliser et cela peut être un choc pour la personne âgée.

« *Le suivi après l'opération, à la maison est très important, je pense* ». Cependant, elle n'est pas en charge du devenir des personnes âgées.

Manque de structures pour la prise en charge après l'hospitalisation dans le service. « *Les familles ne peuvent pas tout le temps s'en occuper et c'est là que ce n'est pas évident* ».

La préparation de la sortie semble plus simple pour les autres fractures.

L'ENTOURAGE DE LA PERSONNE

Les personnes qui sont en maison de retraite y retournent et « *sont parfois contentes d'y retourner parce qu'elles retrouvent leurs habitudes.* »

Celles qui vivent seules et pour qui il faut mettre des choses en place, ce n'est pas toujours évident. Il semble que plus la famille est présente, plus ça se passe bien.

Les sorties d'hospitalisations ne sont pas gérées par les aides-soignantes. Il y a aussi généralement un séjour en SSR qui laisse passer du temps entre l'hospitalisation et la mise en place d'aide à domicile.

Le fait que des familles veillent placer les personnes sans qu'elles ne soient au courant semble également difficile.

La chute semble être un déclencheur d'une inscription en maison de retraite

LES AMÉLIORATIONS POSSIBLES DANS LE PARCOURS ET LA PRISE EN CHARGE

Pendant le séjour, les urgences. Et le fait que l'opération peut être annulée alors que les patients sont à jeun et ont eu la toilette pré-op. « *les urgences passent avant, mais ça n'est pas facile pour un jeune ou une personne plus âgée* »

La durée d'hospitalisation, elle juge déjà que les durées sont courtes.

La prise en charge est globalement satisfaisante. Elle compare avec son expérience dans le privé et conclut qu'il n'y a pas de différences dans les soins dans le public et dans le privé. Elle pense que l'équipe fait son maximum pour que les patients soient le mieux traités.

Le fait que les patients ne sont pas toujours seuls en chambre, il existe encore une chambre à 4 lits.

« *On fait quand même ce qu'il faut* »

Le manque de place en SSR, en maison de retraite.

Manque de personnel en maison de retraite et dans le service.

Certains patients vont se plaindre du manque de personnel notamment la nuit, le fait qu'ils doivent attendre.

« *Ce n'est pas que les personnes âgées, mais tout le monde, je pense que les personnes sont de plus en plus exigeantes (...) de moins en moins patients, tout leur est dû.* »

En tant que soignante ces demandes incessantes peuvent être lourdes à gérer. La priorité pour elle reste le soin même si les petites attentions en font partie aussi. Les personnes âgées peuvent finalement être moins demandeuses « *on peut les comprendre, mais les personnes plus jeunes sont plus demandeuses et veulent faire moins de choses par rapport aux personnes âgées* »

Fin de l'entretien. Elle me propose de me transmettre le tableau de prise en charge des personnes âgées qu'elle avait élaboré avec sa collègue IDE.

SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC LUCIE, ASSISTANTE SOCIALE

Date : 13/12/2012

Moment de l'entretien : à 11h

Durée de l'entretien : 40, 36 minutes

Lieu : bureau de l'assistante sociale, service social de Hautepierre

PRÉSENTATION DE L'ENQUETEE

Travaille à 80 % dans le service de traumatologie depuis 6 ans. C'est son premier poste.

Aime travailler dans ce service parce qu'il y a cette action, « *mais c'est aussi très fatigant* »

ORGANISATION DU SERVICE

Le service social regroupe une quinzaine d'assistantes sociales sur Hautepierre « *comme ça change régulièrement.* » et sur l'ensemble des HUS, elles sont une quarantaine (hôpital civil, Robertsau, Elsau).

Le plus souvent, il n'y a qu'une assistante sociale par service sauf pour les grands services comme la neurologie « *où là on est répartie par UF bien particulière* »

Facilité pour les assistantes sociales de changer de service si nécessaire.

Elle est aussi amenée à remplacer les collègues absentes : « *c'est ce qu'on appelle nous le système de parachute* ». Cela peut aussi être un problème puisque pour certaines populations comme les enfants il est difficile d'intervenir de manière optimale. C'est pourquoi après décision collective, deux pôles ont été séparés : le pôle adulte et le pôle enfant « *pour qu'on perde moins de temps et qu'on soit plus efficaces dans les prises en charge* ».

Depuis 2 3 ans, elles fonctionnent par binôme pour pouvoir se remplacer plus facilement. Elle travaille donc en binôme avec les urgences « *c'est un pôle qui est très difficile, mais ça fonctionne bien parce qu'on a le même mode de fonctionnement, ce sont des interventions très rapides* »

Cette organisation lui convient en termes d'efficacité, mais déplore aussi le manque de polyvalence

UNE JOURNÉE BANALE

« *On va dire que c'est très aléatoire en fonction de ce qui est prévu. Le matin, ce n'est pas évident de venir faire des visites* » puisque c'est réservé aux soins « *pansements, toilettes, visites des médecins* »

Elle fait ses entretiens exclusivement en chambre ce qui est compliqué. La matinée est donc consacrée à l'administratif, remplissage des dossiers, coup de téléphone, appel aux familles. « *En règle général, je monte en fin de matinée et toute l'après-midi* ».

Intervient aussi dans l'urgence lorsque le service appelle « *c'est ce qui est un peu compliqué dans ce service parce que les décisions doivent être prises très vite et on a très peu de temps pour organiser les choses. Ce qui n'est pas évident pour nous, mais aussi les personnes parce qu'un jour on attend, le*

lendemain vous sortez... » Difficultés pour les patients de comprendre les changements de programme

DANS LE SERVICE

Elle est relativement bien identifiée par les soignants, mais doit organiser des réunions d'information notamment auprès des nouveaux agents. *« Avec les anciens, ça fonctionne bien parce qu'effectivement on a trouvé un mode de fonctionnement, elles savent quand m'appeler, comment repérer les situations. Quand ne pas m'appeler aussi parce qu'il y a des choses en tant que soignants qu'elles doivent être en capacité de faire et qui est important qu'elles fassent en tant que soignants parce qu'elles ont pour nous en tout cas un rôle qui est très important, pendant les soins, discuter avec les gens. Pour moi elles ont rôle central dans ce cheminement. Après, avec les nouvelles c'est un peu plus compliqué parce qu'il faut leur expliquer comment on fonctionne, même si elles viennent d'autres unités, ce n'est pas la même chose, ce n'est pas la même prise en charge. Si vous venez d'un service de médecine en chirurgie, ce n'est pas du tout la même chose. Donc on essaie de faire des formations un peu régulièrement ».*

Nécessité de ces relations pour les deux sens : pour elle : intervenir de manière optimale et pour les soignants ne pas rester avec une situation compliquée et *« comme elles n'ont pas vraiment le temps de discuter entre elles, c'est bien qu'elles aient des repères »*

Formation également auprès des internes qui changent tous les six mois. Compliqué notamment auprès des internes en premier semestre qui n'ont jamais travaillé avec d'assistante sociale.

« On est une équipe soudée ici. Avec les chefs aussi, on est bien entourée, bien encadrée quand on arrive » elle n'a pas la même pratique aujourd'hui avec l'expérience qu'à la sortie de son école.

LES MISSIONS AUPRÈS DES PATIENTS ÂGÉS

La principale mission concerne les retours à domicile et les autres missions concernent *« l'accès au droit, protection des personnes. On travaille sur un champ relativement vaste. Mais on pourrait comparer nos missions à celles des assistantes sociales de secteurs, seulement avec une population spécifique, celle des personnes hospitalisées »*

Elle intervient le plus souvent pour organiser les retours à domicile des personnes âgées, mais *« en traumatologie c'est très varié, on va intervenir pour des sans domicile fixe, des problèmes de couverture sociale, des gens qui ont fait des tentatives de suicide, pour des gens qui vont être sous tutelle »*

L'intervention auprès des personnes âgées est quelque chose qu'elle n'a pas forcément vu dans sa formation, mais *« c'est pendant les stages et dans la pratique qu'on va se perfectionner. Je ne pense pas qu'avec l'école on ait les bagages suffisants, je ne pense pas. »*

Son intervention auprès des patients dépend principalement de la manière dont les signalements lui sont faits *« c'est-à-dire que la première des choses, c'est soit un médecin qui me signale c'est plus rare, mais il arrive pendant un entretien, il va en parler à l'infirmière. Donc en règle générale énormément de personnel soignant, la cadre du service ou alors les familles il y a très peu de gens qui me sollicitent d'eux-mêmes (...) ce qui est important c'est que je demande à la personne si elle veut*

me recevoir » elle demande à ce que les personnes soient informées de sa venue et « surtout s'ils sont d'accord et s'ils souhaitent rencontrer l'assistante sociale. *« C'est la base de la relation parce qu'après on, ne va pas pouvoir travailler »* le mode de présentation est essentiel pour le reste de la relation.

Elle intervient principalement en chambre parce que les patients sont difficilement mobilisables *« ce qui pose souvent problème. Les chambres à 4, je n'en parle même pas parce que je trouve ça compliqué, les gens entendent tout ce que l'on dit (...) les chambres à 2, c'est un peu la même problématique, mais on n'a pas trop le choix »* lorsqu'il y a des situations de maltraitance elle fait sortir les gens *« il y a des situations où on ne peut vraiment pas parler devant d'autres personnes »*

Une autre chose importante : la demande qui sera émise lors de son appel ne sera pas forcément celle qui sera mise en place *« le projet social est souvent bien différent de ce pourquoi on m'a appelé pour la première fois. Ma priorité à moi c'est de faire un état des lieux sur le mode de vie, le contexte à domicile : comment vivent les gens, dans quelles conditions, le logement, les aides en place, comment ils sentaient ce maintien à domicile, s'ils sont entourés, comment voient les choses au jour d'aujourd'hui, comment ils se sentent. Et il y a vraiment 3 phases, l'avant, le pendant et l'après parce que souvent même dès le départ, vous savez que le retour à domicile ça va être compliqué, les gens se rendent compte que ça va être difficile. Pendant, l'hospitalisation peut être compliquée, ils auront plus de mal à récupérer ou même si c'était des gens autonomes avant, la question du retour à domicile n'est pas envisageable le jour où on vous le demande. »*

« Ce qui est intéressant dans ce service, c'est que l'assistante sociale est écoutée et entendue, ce qui n'est pas toujours le cas » de manière générale ses préconisations sont suivies même si elles n'étaient pas envisagées par les soignants. Elle doit argumenter ses préconisations.

L'ARRIVÉE DE TRAJECTOIRE

Mise en place récente, courant 2011, *«avant c'était les formulaires papier qu'on faxait, relance, téléphone, ça prend du temps »*

La traumatologie a été un des services pilotes. Elle a été consultée comme les autres membres de l'équipe pour perfectionner le système au fur et à mesure. *« L'outil évolue en fonction des demandes et des retours aussi. »*

Ce logiciel est *« facilitateur par rapport u dossier papier »*. Il y a un avant et un après trajectoire. *« Ce qui est difficile maintenant, c'est que le médecin doit remplir sa partie, se connecter à l'ordinateur, etc., mais au niveau du fonctionnement ça n'a rien à voir, c'est plus lisible, vous savez si les demandes ont été envoyées, si elles ont bien été reçues, si elles ont été lues. C'est vraiment un outil facilitateur »*

« Au début c'était surtout l'infirmière de bureau qui s'en occupait. Et là, il a fallu s'organiser de manière comment on sait que le médecin a rempli la demande, à quel moment on peut l'envoyer, quand l'infirmière remplit sa partie. Ça a été un peu une inquiétude pour nous » le fait que les médecins soient investis est également facilitateur

C'est le service qui fait le plus de demandes.

LE DEVENIR DES PERSONNES ÂGÉES

Elle différencie les retours à domicile impossibles et les retours à domicile provisoirement. *« Il faut mettre en lumière la complexité du retour à domicile parce que des fois des choses toutes bêtes, des choses qui vont sembler banales pour le corps médical, la dame rentre elle marche avec son déambulateur. OK la dame marche avec son déambulateur, elle fait trois pas il faut qu'elle s'assoit parce qu'elle a des vertiges (..) ça veut dire qu'à domicile vous n'avez pas du tout l'environnement qu'on a à l'hôpital »*

« L'environnement est une chose très importante dans l'analyse de la situation. Après vous allez avoir tout ce qui est organisation du quotidien. » Dénonce aussi le fait que pour les gens la mise en place d'aide semble facile : exemple la mise en place d'aide est possible, mais qui paie, comment ?

Donne l'exemple de la mise en place du portage de repas : cela coûte 10€ le repas, 300€ par mois pour quelqu'un qui touche 700€ *« ce n'est pas possible »*

« Donc en fonction des situations on ne va pas proposer les mêmes prises en charge. C'est-à-dire que pour une même pathologie on peut partir sur deux chemins totalement différents et pas forcément qu'en fonction d'une récupération fonctionnelle, mais aussi en fonction d'un contexte à domicile, de moyen financier, etc. alors du coup, c'est vrai que pour les équipes c'est difficile à comprendre que financièrement ce n'est pas possible »

« Le maintien à domicile, ça veut aussi dire que la personne est en sécurité chez elle »

LE MAINTIEN À DOMICILE COMPLIQUÉ,

MAIS POSSIBLE GRACE A LA PRESENCE DE L'ENTOURAGE

« Je dirais oui et non parce qu'il y a famille et famille. Il y a des gens qui ont de la famille, mais c'est comme s'il n'y en avait pas ou alors des fois c'est compliqué parce que les enfants ne sont pas d'accord, les parents ont d'autres projets que les enfants (...) on aura des situations avec des conflits où on aura plus un rôle de médiateur, où il va falloir tempérer (...) Après pour des gens pour lesquels il y a une famille plus soudée ou même du voisinage ou un environnement amical très présent

La présence de l'entourage facilite les retours à domicile puisque le suivi sera fait et *« avoir un œil sur la situation parce qu'il ne faut pas se leurrer, quand on fait des retours à domicile, moi il m'arrive de faire des retours à domicile où je me dis « punaise j'espère que ça va bien se passer à la maison » parce que je n'ai pas le choix parce que ce n'est pas la décision de l'assistante sociale de faire sortir les gens. Moi j'ai une prescription médicale. Le médecin me dit « cette personne, elle sort. Point barre ». Donc soit je vais pouvoir le négocier et dire que ça n'ira pas et il va m'écouter, mais il y a des situations où c'est comme ça, point à la ligne. »*

Pour les fractures du col du fémur, les aides à domicile sont ponctuelles et concernent les sorties d'hospitalisations.

ET LE TRAVAIL EN RÉSEAU

Dans ces cas, elle va travailler avec les assistantes sociales de secteur, avec les maisons des aînés, les espaces seniors pour essayer « *de vérifier comment se passe ce maintien à domicile* »

« *Il y a des secteurs avec qui on travaille bien et on est en réseau* »

« *On va avoir quelques situations comme ça ponctuelles qu'on va suivre pendant des mois voire des années, mais on ne peut pas faire ce suivi pour tout le monde.* » D'où l'importance du travail en réseau. Exemple d'une dame qui est retournée à domicile : sans eau, sans électricité, insalubre... L'assistante de secteur avait signalé que le retour était possible parce que cette dame vivait déjà depuis 5 ans dans ces conditions.

Elle reçoit des retours de situations seulement lorsqu'il y a un problème « *quand tout va bien, on n'en a pas et on suppose que tout va bien. Quand tout va mal, on vous appelle tout de suite.* »

« *il y a des retours qui ne se passent pas bien, des gens qui décompensent à domicile au bout d'une semaine, il y a des choses qu'on ne maîtrise pas non plus* »

Il y a des secteurs qui font le suivi quasi systématique par mail, d'autres ne font aucun retour, et d'autres seulement lorsqu'il y a un problème.

EN FONCTION DE CE QU'ON PEUT LUI DONNER COMME INFORMATIONS

Elle organise les retours à domicile en fonction de ce que les gens lui disent « *mais des fois ce n'est pas toujours le cas.* » « *Ce qui est compliqué c'est qu'on n'a pas toutes les données* »

Il lui est arrivé de faire des mises sous tutelle pour des personnes confuses et démentes sans entourage ou d'aller vérifier à domicile ce qui n'est pas dans ces attributions : elle est censée faire « *des relais secteurs* »

LE MANQUE D'INFORMATION SUR LE RÔLE DES ASSISTANTES SOCIALES

Elle va toujours donner les coordonnées des centres de secteurs aux familles qui auraient besoin d'informations au fil du temps. « *Souvent ils sont démunis et ne savent pas à qui s'adresser* »

Ils ne pensent que les assistantes sociales sont là pour les problèmes sociaux et pas forcément pour les retours à domicile. Les familles et les gens en général ne savent pas où chercher des informations « *on a une fausse image de l'assistante sociale* »

LES AMÉLIORATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES A L'HÔPITAL.

UN SERVICE « PLUS HUMAIN »

Pour le service de traumatologie « *c'est de plus en plus inadapté* », car les sorties après opération notamment des fractures du col du fémur sont à j5, j6. Seulement les personnes sont de plus en plus très âgées et « *on ne pas du tout avoir la même prise en charge* »

« *Besoin d'humanité de la part des médecins* » les soignants ont plus le côté empathie et comprennent mieux certaines décisions. Les médecins semblent traiter les patients comme des numéros, mais ils ont la pression des DMS qui ne doivent pas être trop longues « *il y a tout où chacun essaie de faire ce qu'il peut, mais au détriment des usagers clairement* »

Service difficile avec beaucoup de patients. Ressent la fatigue des équipes « *au détriment du patient* »

Certains patients vont donner de mauvaises informations pour être sûrs qu'elle n'aille pas plus loin

SERVICE PLUS GÉRIATRIQUE

Pense qu'il faudrait un service de « *gériatrie orthopédique comme on peut faire dans d'autres services pour adapter effectivement la prise en charge, le personnel, etc. parce qu'on ne pas être du tout dans les mêmes délais, les retours à domicile, oui ils peuvent se faire, mais des fois ça prend plus de temps, il faut laisser un peu plus de temps aux gens avant de rentrer et malheureusement on n'a pas ici. C'est une annexe des urgences, il faut que ça aille vite, il faut que ça tourne, la semaine dernière il y avait 15 externalisés dans les autres services donc là on vous demande de vider les lits. Donc on fait tout et n'importe quoi. Le souci c'est ce que ça met un peu à mal la prise en charge des patients* »

Il y a bien des différences dans la prise en charge des personnes jeunes et vieilles qui ont une fracture

Le problème avec les fractures, c'est que les gens ont besoin de plus de temps pour réapprendre à marcher, car il y a cette peur de rechuter.

Besoin d'un travail sur la prise en charge de la personne âgée dans les services de chirurgie « *parce qu'on ne peut pas se calquer sur des gens 30, 40 ans. Ce n'est pas possible* »

LE MANQUE DE PLACE EN SSR

Aussi, il manque de structures extérieures comme les SSR « *je pense qu'il y a nombreuses personnes âgées qu'on fait rentrer à domicile et qui devraient passer par un centre de réadaptation 2, 3 semaines avant de rentrer et du coup on aurait beaucoup moins de problématique de retour à domicile* »

Travaille avec 3 centres de réadaptation sur Strasbourg « *c'est complètement insuffisant* ». S'il y avait plus de structures, le service tournerait mieux et les retours à domicile plus facile et plus souple puisque le service social a 3 semaines et pas deux jours

LE TEMPS DE LA MISE EN PLACE DES AIDES A DOMICILE

Elle a créé « *des partenariats efficaces, c'est-à-dire que pour un lit médicalisé on peut vous le faire livrer dans la journée, voire le lendemain* »

Pour les infirmières, le plus souvent les gens en ont déjà une ou en connaissent. Essaie de créer des partenariats avec des cabinets qui s'ouvrent ou qui se développent.

Pour les aides à domicile, « *vous allez avoir des services qui vont intervenir plus rapidement d'autres non* », mais cela dépend aussi de la partie financière. Donc, travaille aussi avec des caisses de retraite qui « *sont conventionnées avec certaines associations* » pour les avances de frais.

Exemple : 4 ou 5 partenariats avec la CRAV.

Sans avance de frais, cela coûte 20 à 21€ de l'heure

« *C'est plus compliqué pour trouver une place en maison de retraite (...) et ça nous arrive de plus en plus* »

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN AVEC BRIGITTE, CADRE DE SANTÉ

Date : 21/11/2012

Moment de l'entretien : 15h30

Durée de l'entretien : 54.24

Lieu : bureau de la cadre dans le service

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Très sollicitée par les étudiants notamment cadre infirmier sur toute sorte de thématique, parfois personne âgée.

Cadre infirmière dans le service depuis 2003

A obtenu un diplôme en puériculture et a travaillé d'abord en pédiatrie.

Avait en charge jusqu'à cet été une unité fonctionnelle de 36 lits 6411 et depuis gère le 6415 des soins continus, les consultations et les secrétariats.

A également une licence en sociologie

ORGANISATION DU SERVICE

Importance de la présence du médecin en soins continus « *c'est quelque chose qui existe depuis 5,6 ans (...) c'est-à-dire que dans l'équipe chirurgicale, nous avons un médecin qui va gérer les problèmes médicaux pas spécifiquement personnes âgées, mais qui va permettre de prévenir quand même certains risques pour la personne âgée.* »

En soins continus, les personnes très âgées sont particulièrement prises en charge.

Il y a quatre unités : le 6411 et 6412 sont des unités mixtes de traumatologie et d'orthopédie, sachant que l'orthopédie « *c'est plus de la chirurgie convoquée, les patients qui ont une douleur, qui vont chez le médecin traitant, le médecin qui oriente vers le chirurgien (...) et à côté de ça il y a la traumatologie où on se casse un os et ce n'est pas prévu* »

Particularité d'avoir un chirurgien spécialisé dans les tumeurs et le viscéral.

« *60 % de traumato pure tous âges confondus, accidents de la voie publique, accidents domestiques, accidents du sport, accidents du travail, défenestration (...) règlements de compte, enfin tout ce qui peut se passer et qui nécessite une hospitalisation en traumato.* »

Après 15 à 18 % d'orthopédie pure et le reste chirurgie tumorale et osseuse « *labélisé* »

36 lits.

Le 6414 est une unité de 7 lits d'orthopédie pure

Le 6415 les soins continus qui étaient avant les soins septiques « *les patients infectés* » puis fusion avec le CCOM « *nous on a gardé essentiellement de la traumatologie, eux essentiellement de l'orthopédie et la chirurgie de la main* »

Nécessité d'avoir ces soins continus pour les patients qui se dégradaient dans les unités et qui étaient envoyés en réanimation. Ils font l'interface entre l'unité conventionnelle et les urgences, la chirurgie.

Et un service de consultation avec « *jusqu'à 4 médecins qui consultent par jour et une quarantaine de patients par médecins quand même. Beaucoup de consultations, des postopératoires, des suivis de pansements et toute l'activité de gipsothérapie.* »

120 agents en tout. « *ash, aide-soignantes, infirmières, on arrive à une centaine, plus kiné, et après il y a tous les médecins, ils sont peut-être 20, 25 en comptant les internes.* »

Équipe de kiné, une diététicienne à mi-temps, une psychologue à mi-temps (grâce à la chir tumorale), une assistante sociale et un médecin.

Un groupe « *personne âgée* » s'est constitué avec essentiellement des infirmières et des aides-soignantes « *généralement ce sont des agents qui ont une expérience des personnes âgées, qui connaissent.* ». Avait mis en place des formations sur les pathologies et les spécificités de la prise en charge des personnes âgées avec la vacation du gériatre « *c'était surtout sensibiliser les soignants à la prise en charge des personnes âgées. Parce que souvent quand on arrive dans le service, on est persuadé qu'il n'y a pas de personnes âgées (...) ben non, 60 % de la traumato c'est quand même des personnes âgées* »

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

C'était quelque chose de nouveau pour elle, mais le chef de service de l'époque lui avait très rapidement parlé de « *traumatologie gériatrique et c'est vrai que quand j'ai commencé en 2003, la première mission c'était le devenir patient* ». Avait élaboré un classeur sur la gestion du devenir et avec l'arrivée du logiciel trajectoire « *c'est ce qu'on attendait* ».

Avait travaillé avec la diététicienne sur les risques nutritionnels de la personne âgée depuis 2004

Et un autre travail sur les risques liés à l'état cutané avec un aspect prévention des escarres.

« *Ce sont des choses qui étaient indispensables dans la prise en charge des personnes âgées, donc c'est pour ça qu'on a constitué des groupes de travail* »

A également travaillé sur la bientraitance avec ce qui est devenu l'UMG et un médecin gériatre une fois par semaine dans le service.

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES VICTIMES DE FRACTURES DU COL DU FÉMUR

Elles représentent 50 % des 60 % de traumato. « *C'est une bonne partie de l'activité et quel que soit l'âge aussi, mais le traitement ne sera pas le même* ».

Pas de prise en charge spécifique pour elles, il y a une prise en charge des personnes âgées qui ont une fracture *« la seule différence avec une autre fracture, c'est que ce sera plus invalidant et ça dépendra de comment était la personne avant la chute »*

Évaluation grâce au score de Parker de 9 à 0, 9 totale autonomie, 0 pour les totalement dépendants.

« et aussi en fonction de ce score, on va décider du devenir du patient. C'est un de nos critères aussi. »

LE DEVENIR DE LA PERSONNE

Gestion de la sortie du patient se fait à l'admission du patient. Élaboration d'une fiche d'accueil *« où apparaissent les conditions de vie de la personne (...) de façon très détaillée et avec le parker (..) donc on évalue vraiment l'état du patient avant la chute et en fonction de ça, ça va définir sur le devenir. »*

« Une dame de 75 ans qui a une fracture du col du fémur, qui va avoir une prothèse totale de hanche, qui est entourée et qui a un Parker à 9, elle rentre à la maison. Par contre une personne âgée de 85 ans, qui marchait déjà avec un déambulateur à la maison, qui se fait à la fois une fracture du poignet et une fracture de l'ESCF, qui n'a pas un Parker à 9, elle aura besoin d'un SSR. Et après les demandes de SSR se font très rapidement avec trajectoire, souvent le jour même ou le lendemain. Et une fois que l'intervention est faite, on connaît les consignes de rééducation parce qu'il faut savoir si c'est avec appui, sans appui, etc. donc on fait les demandes en fonction ».

Aussi en fonction du lieu de vie du patient

« On a des réponses plus ou moins rapides, c'est un peu ça le souci. Néanmoins sur la CUS on a des établissements avec qui on travaille » essaie d'avoir des réseaux comme avec Schutzenberger, clinique du Ried, clinique Sainte Odile « on a un peu nos filières on va dire, sachant que maintenant aussi les SSR sont spécialisés dans tel ou tel domaine, c'est assez spécialisé »

Le score de Parker et le remplissage de la fiche d'accueil sont faits par l'infirmière à l'accueil sinon un poste *« médico-administratif, PMA, dite infirmière de bureau qui est là de 7h30 à 15h qui ne fait que de l'administratif (...) et qui sera entre autres chargée du devenir patient, de renseigner trajectoire, de suivre, etc. »*

Dans trajectoire, il y a une partie médicale remplie par le médecin et l'infirmière et une partie sociale. *« On va faire appel à l'assistante sociale quand on sent qu'une situation va être plus difficile notamment en termes de ressources, de revenus, d'environnement. On sait pertinemment qu'il y a des gens qui viennent à domicile de manière limite, limite et qu'on voit mal y retourner. Dans ces cas-là, on sollicite l'assistante sociale et on travaille également avec elle »*

C'est l'assistante sociale qui gère tout ce qui est mis en place d'aides à domicile *« il faut aussi respecter le souhait du patient parce qu'il y en a qui ne veulent pas aller en SSR »*

. Fait aussi partie du groupe institutionnel « sortie patient » regroupant les HUS et les structures extérieures *« donc on a des représentants de SSIAD, d'hôpitaux de jour, etc., et ce qui avait été convenu c'est qu'un patient qui avait déjà des aides, qui est hospitalisé, la structure qui prend en charge le patient, à ce moment-là nous envoie un peu un courrier de transmission pour nous dire ce qui existait déjà, comment ils intervenaient.(...) et ça passe par le service social »*

« après là où il faut être méfiant et où parfois on se fait avoir, c'est quand vous avez des personnes qui vous disent « oui, oui, y'a pas de soucis, j'ai tout à la maison, y'a l'Abrapa qui apporte le repas, qui fait le ménage et quand vous annoncez la date de départ à la maison (...) vous avez les enfants qui arrivent et qui vous disent « ah non, non, ce n'est pas possible, elle n'a pas d'aide »

L'interrogatoire se fait avec le patient, avec la famille si présente.

Existence « de personnes âgées qui refusent l'Abrapa, qui n'ouvrent jamais la porte et qui ont zéro aide et qui nous disent qu'ils ont des aides. Donc c'est à nous parfois d'aller vérifier les informations si elles sont fiables » et c'est assez fréquent « beaucoup de personnes âgées ne veulent pas laisser entrer des étrangers chez eux »

« On est aussi confronté à des conflits dans les familles, entre enfants, entre les parents et les enfants. On est parfois dans des situations comme ça, un peu rocambolesques. « C'est vrai que souvent dans la tête des gens, l'hôpital c'est un "paquage", donc on est opéré après on va en cure, en convalescence et on a comme ça des vieilles idées qu'à partir du moment où on est opéré (...) donc souvent, il faut informer et gérer pour anticiper des sorties qui se sont mal ou de façon précipitée »

Dans le cadre de la certification, « la sortie patient » est l'un des thèmes qui va faire l'objet d'un audit avec l'ANAP. *« L'intérêt c'est ce que c'est gratuit pour l'hôpital. Ils nous font un état des lieux gratuit. »*

Trouve que l'établissement est mauvais dans cette problématique par rapport aux plaintes des questionnaires de sorties *« plaintes des patients, mais pas seulement, mais aussi des partenaires avec qui on travaille, les infirmières libérales qui n'ont aucune transmission, aucune info ; les cabinets libéraux. »* Les sorties ne sont pas organisées et ne garantissent pas que tout est mis en place dans les meilleures conditions, par exemple si la personne a bien ses clés pour rentrer, si le frigo est plein.

Le problème notamment dans les services de chirurgie c'est le manque de place, *« on a de moins en moins de place »*

« ça se passe souvent comme ça le vendredi soir donc le dimanche il n'y a rien qui est mis en place et puis la personne âgée est amenée en catastrophe par les pompiers ou le SAMU aux urgences parce qu'elle s'est recassée la figure ou parce que les voisins se sont aperçus »

« Donc on a encore du boulot »

EST-CE LE RÔLE DE L'HÔPITAL DE GÉRER CET ASPECT PLUS SOCIAL ET PLUS ORGANISATIONNEL DES SORTIES ?

« Non, mais c'est à nous de le repérer et de signaler. On ne peut pas fermer les yeux si on sait qu'un patient vit dans des conditions (...) et tous les jours on a des cas de gens pour qui on n'a pas de solutions. Néanmoins, ce n'est pas à l'hôpital de trouver des solutions, mais à partir du moment où on sait, on doit solliciter les services chargés de. (...) et ça veut dire quoi, ça veut dire qu'en attendant on va garder le patient. »

LES PATIENTS ACCUEILLIS

Elle se demande souvent comment certaines personnes arrivent encore à rester vivre chez eux : des gens qui n'ont plus d'hygiène, dénutris, sales, confus, pathologies sous-jacentes

Ou des situations sociales : *« des gens qui n'ont plus de retraites », pas de sécu, « totalement désocialisé et évidemment, ces gens-là arrivent au CHU »*

Parfois aussi des patients très limite à domicile avec des conjoints très limite aussi

« Ce sont plus des situations sociales compliquées. De plus en plus de personnes âgées qui n'ont plus de mutuels, plus de revenus, qui vivent dans des conditions insalubres, qui vivent sans chauffage en hiver »

LES FAMILLES

Sensibiliser les familles à l'adaptation du lieu de vie et aux aides existantes. Doit aussi parfois insister auprès des proches qui ne veulent pas aller contre leur parent pour imposer des choses

« Mais on a aussi beaucoup de personnes âgées seules, qui n'ont plus de famille ou de conjoint »

« Changement de mentalités dans la relation parent enfant. Dans le sens où avant il y avait encore un devoir d'accompagner, de prendre soin de ses parents quand ils étaient âgés. Maintenant ça existe de moins en moins. » Il y a les familles recomposées

« et aussi l'assistantat qu'on a développé au niveau des générations où l'hôpital est censé tout faire » et où il n'y a pas de véritable prise de conscience qu'il faut prendre les choses en main

« je crois que la situation devient difficile pour tout le monde et de plus en plus ». Les enfants ont eux-mêmes des enfants, des problèmes à gérer... « Donc il y a parfois moins de solidarités intergénérationnelles et où les liens ne sont plus les mêmes ».

Exemple des familles recomposées, si un parent est parti refaire sa vie alors que vous avez deux ans, on ne se sent pas redevable *« et il y a des tierces personnes qui viennent se rajouter : des conjoints »*

La société est de plus en plus individualiste notamment avec les problèmes financiers

LA CHUTE ET LA FRACTURE COMME DÉCLENCHEUR D'INTERROGATIONS

« Alors c'est souvent le constat pour la personne âgée et la famille, qu'ils sont âgés et que ça entraîne vers la dépendance et on peut avoir ce qu'on appelle des phénomènes de glissement, c'est-à-dire des gens qui étaient super autonomes, etc., mais surtout chez la personne très âgée où psychologiquement ils se disent qu'ils n'arriveront plus à remarcher ».

Décrit aussi la peur de rechuter avec la marche.

« Mais souvent la personne a le temps de cogiter et de se dire « j'ai 90 ans, pour qui, pourquoi je dois me battre ? (...) Et aussi des gens qui ne veulent pas être dépendants »

« C'est vrai que souvent après une chute, ça peut faire basculer beaucoup de choses. C'est une prise de conscience pour les enfants aussi qu'à ce moment-là il faut qu'ils interviennent et que les parents ne sont plus aussi autonomes que ça »

Les causes de la chute : la médication surtout, l'aménagement, « mais c'est aussi souvent lié à un problème médical sous-jacent. Souvent on part vers des évaluations de la fonction cardiaque (...) ce que j'ai souvent aussi remarqué c'est qu'on tombe sur des cancers. C'est-à-dire qu'il y a une altération de l'état général qui fait qu'un moment donné la personne chute et là on découvre tout ça et où on tombe sur une tumeur déjà invasive. Et puis tout ce qui est médication, hypertenseurs, somnifères où la personne gère son traitement ».

Mauvaise prise des médicaments par les personnes âgées : parfois elles ne se rappellent pas avoir pris un cachet et vont en reprendre un pour être sûres.

LA PRÉVENTION ET L'INFORMATION AUX PATIENTS ET AUX FAMILLES SUR LA PRISE EN CHARGE EN CAS DE BESOIN

Il y a beaucoup de choses existantes sur le sujet « au niveau des mairies, les ateliers de prévention des chutes, la gym (...), mais en général, ce sont des gens déjà sensibles qui vont à ça. Après les pauvres généralistes, ils n'ont pas vraiment le temps je dirais. Ce qui est aussi pas terrible maintenant ce sont les médicaments et tous les génériques où parfois pour se médicurer c'est une source supplémentaire d'erreur. Donc peut-être, avoir plus de médication qui se fait par l'intermédiaire d'un passage d'une infirmière à domicile. »

Investissement des mairies auprès des personnes âgées « il y a quand même beaucoup de choses de faites »

La population la plus vulnérable « c'est celle qui a des polyopathologies et quand on fait de la prévention (...) il fut aussi avoir les capacités intellectuelles, les capacités supérieures qui fonctionnent »

Elle parle de « précarité intellectuelle »

Retrouve souvent aussi les enfants qui vivent encore chez leur parent âgé « le Tangui avec la maman de 80 ans » où finalement c'est la personne âgée qui est encore aidante. « Eux ne sont pas du tout dans ce processus de prévention »

« La prévention, on ne peut pas en faire avec tout le monde parce qu'il faut comprendre que ce que je fais maintenant c'est pour le devenir et je préviens. Vous savez si la prévention marchait si bien que ça on n'aurait plus d'accidents de la route, il n'y aurait plus de diabétique qui décompensent leur diabète. Vous voyez ? Il y a des limites dans la prévention »

LE TEMPS DE TRAVAIL ET DE PRÉSENCE POUR LES PERSONNES ÂGÉES PLUS LONG QUE POUR LES PATIENTS PLUS JEUNES

« Oui, il a besoin d'une attention particulière pour la prise en charge de la personne âgée. Pourquoi ? Parce qu'elle entend mal, elle voit mal, elle ne comprend pas tout donc il faut prendre énormément de temps ans la communication. Souvent elle souvent déficiente d'un côté ou d'un autre »

Le temps d'accompagnement est plus long par exemple « pour aller aux toilettes, c'est plus long qu'avec un jeune de 25 ans » surtout pour ne pas rendre dépendante une personne âgée

« Tout ce qui est soins au quotidien, de base, la toilette, etc. tout est beaucoup plus lent, beaucoup plus long. Elle a besoin d'être rassurée, il faut aller à son rythme. Et je dirais que la particularité des personnes âgées, elles sont dans tous les services, l'hôpital ne peut pas dire même si on a des ratios corrects, j'en mets plus là parce qu'il y a plus de personnes âgées » même en service gynécologique « on a des moyennes d'âge élevées »

Pour les 36 lits, il y a trois aides-soignantes et deux infirmières, mais « on ne peut pas prendre le temps avec toutes les personnes âgées parce que ça prend énormément de temps » « si vous voulez faire les choses correctement ça prend énormément de temps. Donc on est obligé de faire des choix entre guillemets »

Sur une journée, les soignants ne peuvent pas prendre le temps nécessaire, mais il y a toujours des moments où ils feront à leur rythme par exemple avec la kiné. Privilégie la qualité à quelques moments dans la journée « plutôt que de vouloir faire chez tout le monde et tout vite »

« Pour l'alimentation, on essaie de développer l'autonomie. On sollicite les familles entre autres, le soir quand elles sont là. Ça peut choquer des familles qui nous disent « mais vous êtes payés pour ça » », mais il y a des familles qui se proposent spontanément

« Tout le monde n'est pas dépendant à 100 % » et aide des étudiants « mais c'est vrai que des fois elles sont amenées à faire des choix »

LES DURÉES DE SÉJOURS

Différentie les services de chirurgie avec les services de réadaptation « d'où l'intérêt qu'ils partent rapidement en réadaptation. Parce que là, je ne veux pas dire qu'ils ont plus de personnels, mais c'est leur spécialité. Ils n'ont pas à chercher un patient au bloc opératoire, ils n'ont pas une urgence »

« Je dirais que la difficulté dans les grandes unités, c'est la superposition de tâches qui s'ajoutent parce qu'on est spécialisé dans tout et n'importe quoi. Vous avez le patient psy qui devient agressif. Vous avez un autre patient qui fait une hémorragie en post opératoire immédiat, vous avez un chirurgien qui veut faire un pansement. Voilà il n'y a pas que la spécificité personne âgée parce qu'elle est dans une masse de spécialité d'où l'intérêt qu'elle parte rapidement en service de SSR. Et quand on quitte un service, il y a un projet, il y a une évolution. Les personnes âgées chez qui ça traîne, qu'on n'a pas de réponses, on ne sait s'ils vont partir, pas partir ; eux se laissent glisser parce qu'ils n'ont pas d'objectif et ça c'est très mauvais. »

Le changement de lieu et d'équipe « ça a un effet boostant, ça donne un objectif qui est un projet »

Les durées de séjours deviennent trop longues si ça dépasse 10 jours, il faudrait qu'ils partent au mieux à j6, j7.

« À j6, niveau soin, y'a plus que les pansements. Une fois qu'on a géré le postop. Immédiat et que le patient remarche, qu'on a fait une radio de contrôle, etc. Pour nous ils sont transférables à partir de j6 s'il n'y a pas de problèmes particuliers »

Il arrive aussi que les patients partent avant si le patient va bien et qu'il y a une place en SSR.

L'ADMISSION COMME PASSAGE CRITIQUE

Le plus difficile à gérer pendant le parcours hospitalier reste à l'admission « *parce qu'en traumatologie c'est de l'urgence. Donc la personne âgée a chuté chez elle ou l'extérieur, elle est complètement perturbée, elle est transbahutée par les pompiers ou le SAMU. « Qu'est-ce qu'ils ont pris dans ma maison ? Qui a fermé la maison ? Ils arrivent aux urgences, on les passe d'un truc à l'autre, on va faire une radio, on revient, on lui donne des infos, on contredit ces infos. Elle attend 4, 5 heures sur un brancard, elle ne peut pas manger, faire pipi, etc. Et après on la monte dans un service où elle ne connaît personne et où il faut encore attendre. L'admission est une grosse phase très stressante. » Agitation et confusion des patients à l'admission et en post op. les patients âgés sont plus calmes au bout de 4, 5 jours quand ils sont habitués au service, à l'organisation du service « qu'elle voit que les choses se répètent, le déroulement d'une journée et bien on arrive à rassurer les personnes, qu'ils connaissent les gens et qui à ce moment-là deviennent compliantes et coopérantes. »*

Certaines personnes attendent aussi deux trois jours avant d'être opérée ce qui peut les perturber.

« *Ce sont des choses très matérielles, mais qui il faut le dire, pour la personne âgée, c'est hyper important* » exemple de qui va nourrir mon chat ? On a prévenu ma famille ? Ma maison ? Parfois les soignants, en réglant ces côtés matériels soignent aussi.

« *Et aussi souvent quand elles partent, elles ont besoin d'être rassurées. Où elles vont, comment va se passer le transfert, qui s'occupe des papiers* »

« *Ce qui est surprenant, c'est pour les prothèses totales de hanche. Ça peut être convoqué quand il y a une coxarthrose. On fait une PTH à une personne qui a chuté ou un accident (...) on peut dire que c'est le même geste, les suites ne sont pas les mêmes. Vous allez me dire, il y a les fils, les hématomes ; les suites ne sont pas les mêmes parce que les patients ne sont pas dans le même contexte psychologique. Y'en a une où c'est une urgence, l'autre elle est préparée, il a fait le choix, il est prévenu, il a tout planifié (..) en urgence on n'a rien vu, on n'a rien prévu. C'est plus douloureux ; on donne des antalgiques plus longtemps* »

Au niveau des urgences « *je sais qu'il y a un cursus beaucoup plus court vers la filière gériatrie.* » Ils essaient d'aller plus vite avec les patients âgés.

Ils avaient essayé un moment d'avoir un accueil spécifique personne âgée aux urgences, mais « *c'est tout aussi stressant pour un jeune* » et les patients arrivent à tout moment du jour et de la nuit, donc « *on ne peut pas dédier un agent qui ne fait que ça parce qu'un jour il en aura 10 et 4 en même temps et l'autre jour il en aura trois* » dans l'organisation du CTO à Illkirch « *ils avaient un service qui ne faisait que du préopératoire. Donc ce n'était que les admissions, c'était attendant aux urgences* »

Dans le cadre du PMTL (pôle médico technique locomoteur) = nouveau bâtiment pour 2018 « *on s'est posé la question dans l'organisation si on ne devait pas prévoir une unité de ce type-là. Et je pense qu'on va vers ça, faire du préopératoire à la fois dans la technique, mais aussi dans la préparation du patient et de l'accueil* » où les infirmières seraient chargées de l'accueil et pas de plusieurs choses en même temps.

Sur la spécificité de la personne âgée : l'ancien chef de service était très sensible à l'aspect médical de la personne âgée ; les chirurgiens en général ne sont sensibilisés à cette médecine « *et je les sens parfois dépourvus et e sont toujours en mesure d'identifier la spécificité de la personne âgée.* »

Pense à la formation des soignants, s'il ne devait pas y avoir une spécificité comme en pédiatrie, « *que ce soit un diplôme, un DU* », mais cela enlève de la polyvalence. Trouve que les personnes référentes personne âgée dans le service sont indispensables « *elles ont un autre regard, un regard critique sur leurs collègues et elles peuvent les éclairer et leur faire la remarque (...) parce qu'elles ont l'expérience* » surtout les aides-soignantes qui sont au plus près des patients. « *ce sont des personnes ressources* »

DISTINCTION ENTRE LES SOIGNANTS

Les personnes âgées vont « *repérer les gentilles et les méchantes ; elles vont vous le décrire comme ça. Et c'est vrai que les personnes avec qui ça se passe le mieux, c'est celles qui ont expérience avec la personne âgée* »

« *Ah bein, pour elles, le médecin c'est Dieu, le chirurgien. Donc tout va bien quand le chirurgien vient (...) et vous passez 3 minutes après « ah y'a ça, y'a ça. De façon générale chez la personne âgée, elle ne dira rien parce que le médecin c'est Dieu, surtout le chirurgien. Elles passent toujours par l'intermédiaire de l'infirmière. Oui, ça, c'est évident. Ça reste, mais pas forcément que la personne âgée. Et puis la personne âgée ne se plaint pas, accepte, n'a pas mal (..) elles acceptent beaucoup, elles acceptent la douleur, elles acceptent que ça n'aille pas, elles acceptent que ce n'est pas bon ce qu'on mange à l'hôpital. Elles ne sont pas revendicatrices nos personnes âgées* »

L'ISOLEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE

« *Il y en a aussi qui sont tellement seules ou vivent tellement mal, qu'elles trouvent que l'hôpital c'est super.* »

Évoque le problème des chambres à 4 lits où « *parfois c'est explosif. Mais des fois vous avez des personnes âgées qui trouvent ça super parce qu'elles ne sont pas toutes seules toute la journée* »

SYNTHESE DE L'ENTRETIEN AVEC CLAIRE, IDE

Date : 29/11/2012

Moment de l'entretien : 11h

Durée de l'entretien : 42, 16 minutes

Lieu : dans le bureau de diététicienne

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Actuellement infirmière aux consultations. A été « *infirmière de bureau* » qui gère les admissions et le devenir des patients. En parallèle a travaillé seule sur les centres de repos et de convalescence avant l'arrivée du logiciel « *trajectoire* ». À l'admission remplissait une fiche d'accueil pour savoir comment vivait la personne, conditions de vie, lieu d'habitation, aide à domicile ou pas, présence de l'entourage ; et selon la pathologie et l'avis des médecins, pouvait diriger soit vers une rééducation, soit vers une convalescence.

Est arrivée dans le service en 2002 au 6411, puis consultation, puis infirmière de bureau au 6412, et en consultation actuellement du fait de sa formation en gypso.

À souhaité faire de la traumatologie.

JOURNEE BANALE EN CONSULTATION

Deux horaires possibles pour commencer le matin, soit à 8h soit 10h. Les horaires de consultation sont de 8h à 16h avec une demie heure de pause repas, ou 10h-18h et plus si les consultations prennent du retard.

À 8h, se change au vestiaire, monte à l'étage et badge. Ouvre toutes les salles et préparation de la salle de pansements (ouverture des placards sous clés, stérilisation des outils, préparation des chariots) installation de la salle de plâtre (résine, plâtre, bac de trempage). Aide les secrétaires à mettre les dossiers dans les salles, allumage des ordinateurs. Accueil les chirurgiens et les patients et les ambulanciers « *certain patients âgés ne peuvent plus donner leur nom ou sont très agités, donc nécessitent une surveillance particulière et la pose d'un bracelet d'identification* ».

Nécessité de ce bracelet pour les soignants, éviter les erreurs, pour les ambulanciers qui viennent rechercher le patient, pour les gens de la radio.

Liste des patients qui ont besoin de pansements. « *Certains patients viennent juste pour un pansement, d'autres pour une consultation et un pansement. Donc nous on les prend en priorité pour qu'ils attendent moins longtemps* »

En salle de plâtre, ils attendent 10 heures pour que l'équipe soit complète.

« *On s'occupe des patients, on les emmène aux toilettes, on les écoute, beaucoup ; les personnes âgées parfois arrivent et elles sont très perturbées. Elles ne comprennent pas ce qu'elles*

font ici. Ils ne savent pas où ils sont » dans ce cas, elle essaie d'avancer le rendez-vous et de négocier avec les autres patients pour laisser leur place.

Fait également des biopsies lors des consultations « tumeurs » et « il y a une prise en charge tout autre du patient. Il y'a tout le côté psychologique. Les consultations d'annonce, biopsie, il faut écouter la personne. L'attente, ils ne savent pas. »

Aléa des horaires et pas de chirurgiens attitrés.

ORGANISATION DU SERVICE

Tous les jours, trois chirurgiens consultent, deux chefs et un interne sauf le mercredi où il y a trois chefs et un interne. Un chirurgien peut voir jusqu'à 40 patients en une matinée, en général ils ont entre 30 et 35 rendez-vous dans la journée

« On voit du monde » « on voit quand même plus de 100 personnes dans la journée »

L'interne a des rendez-vous toutes les 10 minutes, le chef par 15 minutes ou 30 minutes.

L'équipe se compose de 4 infirmiers, un gypso, ash.

LES PATIENTS ACCUEILLIS

La proportion de personnes âgées vues dépend du chirurgien et de leur spécialité. *« Mais on a quand même beaucoup, beaucoup de personnes âgées »*

La relation avec le patient dépend aussi de la raison de leur venue : les traumatismes crâniens par exemple. Souvent, elle se rend compte que les personnes âgées acquiescent même si elles n'ont pas compris le stress joue beaucoup *« le stress de voir le chirurgien, de savoir ce qu'il va leur dire, de ce qu'ils vont devenir. Mais ça aussi chez les jeunes »*

A priori sur la population accueillie dans le service *« la traumato , c'est des jeunes accidentés »* alors que la plupart sont âgées.

LES PERSONNES VICTIMES DE FESCF

Généralement, il n'y a pas besoin de rééducation si ce n'est la marche. L'admission en SSR dépendait justement du domicile inaccessible et de l'état de dépendance de la personne.

L'assistante sociale fait le point sur l'autonomie retrouvée avant la sortie et *« évalue le besoin de la personne à domicile et si la personne peut rentrer à domicile après la convalescence. »*

Le temps de récupération physique pour une personne âgée peut aller jusqu'à trois semaines *« c'est les durées moyennes d'hospitalisation en centres »* et même deux mois.

La récupération peut aller moins vite souvent à cause d'autres pathologies, ou des complications

LA RELATION AVEC PATIENT

« Beaucoup de patients nous disent des choses (...) ils ont plus tendance à se confier à nous et quand ils voient le chirurgien tout d'un coup ils n'osent plus. Donc c'est souvent nous qui faisons la relation entre le chirurgien et le patient ».

Manque de temps des chirurgiens pour l'écoute des patients.

Discussion favorisée pendant les pansements ou les plâtres. *« On voit aussi des patients 3 fois par semaine, donc il y a un climat de confiance qui se fait. C'est une autre approche »*

« Beaucoup de chirurgiens se reposent sur nous à cause de ça, ils nous font confiance et beaucoup de patients aussi »

Il est courant que les patients ne comprennent pas ce qui a été dit par le chirurgien qui a son vocabulaire et reviennent vers elle pour avoir des explications et poser des questions.

« le chirurgien parlera vraiment en mots techniques ou rapidement aussi et du coup la personne n'aura pas compris et n'aura pas eu le temps de comprendre »

Problèmes pour les personnes jeunes et moins jeunes qui ont des problèmes de surdité aussi

« On reprend souvent ce que le chirurgien a dit »

Les différences entre les infirmières et les chirurgiens: elle a choisi cette profession pour le côté humain.

Explique une situation fréquente où elle prend son temps pour expliquer, ne pas faire mal et lorsque le chirurgien vient y va et continue. *« C'est une autre approche »*. Les chirurgiens ont plus l'habitude des patients *« endormis »*

« On n'a pas infirmier pour ne pas faire de relationnel. Toute cette part relationnelle, on le sait et on le veut »

LES SPÉCIFICITÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

Distingue bien les PA *« qui vient seules et qui a encore toutes ses capacités »*

Besoin de plus d'attention, de présence *« c'est une prise en charge différente et beaucoup plus lourde et beaucoup plus longue »*

Cette nécessité de temps n'est pas compt e dans l'activité. *« Quelquefois on est obligée de rester avec une personne parce qu'elle veut nous tenir la main (...) Quelquefois des personnes nous redemandent la même chose toutes les minutes, donc on répète. C'est aussi difficile pour nous parce qu'il faut prendre sur soi, on sait que la personne n'y peut rien (...) donc on répète »*

Entraide avec les collègues si un jour où elle sent moins bien *« il ne faut pas craquer, il faut rester calme parce qu'on sait que la personne n'y peut rien »* et *« si on est plus sec, la personne sera aussi plus stressée, plus perturbée »*

ACTIVITÉ AU 6411

Arrivée vers 7h30 jusqu'à 15h30. Début du staff médical, vérification du carnet de liaison avec les entrées, les sorties et les problèmes rencontrés par les infirmières et notamment « *les devenirs à faire* » « *la première chose que je faisais c'était de commander les ambulances pour les sortants, ensuite je vérifiais l'ensemble des papiers pour les sortants (...) et après je regardais cardex après cardex et regardais les fiches d'accueil* » pour tous les patients jeunes et vieux.

LA PRÉPARATION DU DEVENIR ET LE DEVENIR DES PATIENTS ÂGÉS

« *Surtout ne pas trop attendre parce qu'on sait que plus on attend dans la prise en charge d'un devenir, plus la personne aura du mal reparti et plus ce sera dur de trouver une place d'accueil, ça aussi il faut le savoir. Et parfois même, je commençais à faire les demandes, à faire les papiers et tout en préopératoire (..) la personne qui marchait déjà difficilement avec des cannes, qui avait chuté chez elle, qui habitait seule au 3^{ème} étage sans ascenseur, qui n'avait aucune aide, pas de famille* »

LES AMÉLIORATIONS DANS L'ORGANISATION DES DEMANDES : TRAJECTOIRE

Avant l'arrivée du logiciel trajectoire « *le problème c'était qu'il fallait faxer au centre. Chaque centre avait sa propre demande donc ça faisait faire aux médecins des papiers... mais une horreur. On remplissait trois fois des papiers, les infirmières aussi pour l'autonomie du patient. Ensuite il fallait faxer la demande. On n'était jamais sûre que la demande soit arrivée* » parfois soucis dans les réceptions des dossiers « *donc ça nous obligeait à rappeler les centres pour voir où en était ces demandes. Le problème c'est qu'on savait que dans certains centres, il y avait la pile « urgent », la pile « bof on ne sait pas trop » et la pile « je ne prendrais pas, mais je n'ai pas le droit de dire non ».* Donc on savait très bien qu'il y avait un tri qui s'effectuait et on avait des patients qui attendaient trois semaines soi-disant pour pas de place, mais quand on envoyait une demande pour une personne plus autonome ou mieux et tout d'un coup il y a une place pour cette personne »

Quand une place avait été trouvée dans un centre, nécessité de rappeler les autres pour annuler, « *et ça pour un patient, donc quand vous en avez une vingtaine. Moi je ne savais plus en j'en étais. C'était extrêmement difficile.* »

Démarches administratives très pesantes et avec des « *oublis et des couacs* »

Remplissage par le médecin, l'infirmière et la secrétaire.

Uniformisation des demandes de dossiers pour l'ensemble des centres de la région. « *et l'avantage aussi, c'était que s'il y avait des modifications à faire, c'était tout de suite fait (...) et quand une demande est validée par un centre, ça annule dans les autres. Et ça, ça a été un gain de temps et d'efficacité* »

Elle est référente trajectoire du service « *c'est moi qui forme les internes et c'est moi qui fait la formation pour les nouveaux agents* »

Il y a des référents « *douleur* », « *hygiène* », « *pansements* »

LES PERSONNES ÂGÉES REVIENNENT EN CONSULTATION.

Les personnes âgées opérées de FESCF reviennent en consultation pour enlever les fils ou les agrafes. Elles sont revues en général 6 semaines après l'opération. *« Certains sont encore en centres 6 semaines après, et d'autres sont rentrés chez eux. Tout dépend »*

Le niveau d'autonomie avant et après l'hospitalisation n'est pas forcément le même *« les ¾ récupèrent leur autonomie surtout pour des clous. Après il y en a certains qui s'enfoncent. »*

LES DIFFICULTÉS AVEC LES FAMILLES

Difficulté de gestion des familles parce que *« beaucoup de familles réalisent quand leur parent, grand parent, ont un accident que le maintien à domicile est difficile. Et pour eux c'est à l'hôpital de gérer. Ils arrivent d'un côté soulagés parce que maintenant la personne est hospitalisée et c'est à l'hôpital de prendre en charge le devenir de la personne âgée. Ça, c'était très difficile dans ma fonction à expliquer aux personnes, que ce n'était pas à nous de faire les démarches pour les maisons de retraite, que ce n'était pas à nous de placer les personnes, que c'était à eux. Et ça a engendré beaucoup de conflits avec les familles qui ne comprenaient pas que ce n'était pas à nous de le faire. Et souvent quand on parlait d'un retour à domicile, les gens ne comprenaient pas. « Ah non, ils ont le droit à une cure » souvent, ça, ça revenait, ça revient souvent « il a cotisé toute sa vie, il n'a jamais été malade, il a le droit. » Donc on leur expliquait que ce n'est pas une histoire de droits, mais de besoins »*

Elle avait un impondérable : ne jamais parler de cure, de toute façon ça n'existe plus, ni de convalescence avant de voir le retour à domicile. Les familles demandent à chaque fois ce qui se passe pour la suite et elle répondait toujours *« on va d'abord envisager un retour à domicile »*.

Certaines familles connaissaient déjà les aides à mettre en place et comment ça se passe. Et d'autres *« mais vous vous rendez compte s'il retombe ? »*

Problèmes avec les médecins et les internes qui disaient à tous les patients *« ne vous inquiétez pas, vous irez en cure »* donc des discours contradictoires

Problèmes de fermetures de nombreux centres de rééducation et de la non-nécessité de rééducation avec certains traitements notamment les prothèses totales de hanches

« Maintenant on privilégie le retour à domicile avec des aides et de la rééducation si nécessaire à domicile, ce qui est très, très bien »

« Donc dans le devenir, il n'y a pas que les patients à gérer, il y a aussi les familles »

Trajectoire recherche des centres en fonction de la pathologie de la personne, de l'âge et du lieu de résidence. Difficultés supplémentaires lorsque les familles ne veulent pas que leur proche aille dans tel ou tel centre parce qu'ils ont entendu dire que la prise en charge y était moins bien et exige un centre en particulier. Aussi volonté des proches que la personne viennent faire sa rééducation au plus près de chez eux *« pour les arranger eux »*

La famille peut être un frein au devenir

Dénonce le manque d'information de la population et des médecins traitants sur les démarches d'inscription en maison de retraite *« ce serait plus au médecin traitant de voir quand son patient décline d'informer et d'orienter la famille et le patient sur les démarches à faire. Et ça manque »*.

Nécessité des demandes préventives d'inscription sur liste d'attente. Que les personnes aient déjà eu le temps d'entendre parler de et eu le temps de réfléchir pour que le moment où il y a besoin, ce ne soit pas dans l'urgence. Se confronte à ce manque d'information lors des hospitalisations.

LA FRACTURE DU COL DU FÉMUR DÉCLENCHÉUR DE CONSCIENCE

La FESCF est un déclencheur d'une prise de conscience de la dépendance ou du degré d'autonomie plus que pour d'autres fractures. Le degré d'autonomie est touché puisque les patients ne peuvent plus se déplacer seuls, aller aux toilettes, se laver, faire sa cuisine *« c'est là qu'on se rend compte qu'on est dépendant, qu'on n'est plus autonome.(...) et c'est le déclic pour beaucoup de personnes qui se disent « mince, ça devient grave »*. Différence avec les jeunes qui se motivent pour reprendre leur vie, la personne âgée se rend souvent compte que leur autonomie est touchée.

« Il y en a qui se laisse aller. Et c'est vrai que pour une personne âgée, c'est difficile de se voir vulnérable, de se voir dépendant et aussi de voir que c'est difficile de récupérer ; ils n'ont plus la même forme physique », et plus le même degré de récupération qu'un jeune.

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN AVEC MARIA, DIÉTÉTICIENNE

Date : 29.11.2012

Moment de l'entretien : 10h

Durée de l'entretien : 35.33 minutes

Lieu : bureau de la diététicienne dans le service

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Diététicienne depuis 1982. À travaillé dans plusieurs services de l'hôpital de Hautepierre avant d'arriver dans le service en 1987. Elle est restée depuis, car ses missions sont bien particulières. Différent par rapport à d'autre service où il suffit de mettre en place les régimes prescrits par le médecin (ex : diabète). Dans le service elle a à faire à des personnes qui ne mange pas, car traumatisés physiquement et moralement « *c'est un choc pour eux de venir à l'hôpital quand ça n'était pas prévu et du coup, il faut les stimuler et leur rendre l'appétence* »

Travail à mi-temps dans le service. C'est la seule diététicienne du service sur une 40aine.

ORGANISATION DU SERVICE

La prise en charge diététique a beaucoup évolué dans ce service notamment dû au fait que les équipes sont relativement stables et qu'il y a un véritable travail d'équipe sur la durée.

Il y avait avant une unité qui s'appelait le « *septique* » où travail pluridisciplinaire avec les soignants. « *On s'est rendu compte qu'il fallait être plusieurs pour optimiser la prise en charge nutritionnelle. Que ce n'était pas seulement un problème de diététique et de repas parce qu'il y a plein de choses autour, la stimulation* » et comment bien préparer au repas.

« *J'ai toujours eu de la chance parce que dans ce service il y a des personnels sensibles à tout ça et en plus un chef de service à l'époque et ça continue maintenant encore* ».

Travail sur un projet sur les risques nutritionnels en 2006 avec le chef de service qui était très sensible au risque nutritionnel des PA et la nécessité d'avoir une prise en charge adaptée pour que les PA ne se dénutrissent pas dans le service.

Il faut rappeler le projet nutritionnel aux agents surtout les nouveaux. « *Assez souvent on me demande de faire une petite intervention et d'expliquer quelle est notre prise en charge nutritionnelle dans le service* ».

Même à mi-temps, elle a le temps de gérer seule dans le service puisque l'ensemble de l'équipe est investie dans ces objectifs et que les soignants ciblent les patients ayant besoin.

Dans certains services comme en diabétologie, il s'agit le plus souvent de prescriptions médicales, c'est donc assez gérable. Différence avec la pédiatrie qui est très pointue et où il y a un grand nombre de patients, nécessité d'être à plusieurs.

Travaille également en « étroite collaboration avec l'assistante sociale » qui peut la solliciter suite à une entrevue avec un patient « parce qu'elle est aussi souvent en contact avec la famille et elle est souvent mon lien avec la famille. Et c'est très important de travailler avec l'assistante sociale ».

Dynamique dans le service avec des personnels investis dans la prise en charge gériatrique

Exemple des kiné qui lorsqu'ils font marcher la personne discutent et demandent s'ils mangent bien. « Et souvent, ça leur arrive de chercher un p'tit yaourt et de le donner à la dame ou au monsieur »

La problématique « gériatrie » est bien ancrée dans le service puisque les patients sont de plus en plus vieillissants. Nécessité de s'adapter

INTERVENTION AUPRÈS DES PATIENTS

N'intervient pas auprès de tous les patients. Les patients qui posent problème ou qui mangent peu sont ciblés par l'équipe soignante, aide-soignante, infirmière, kiné, et elle intervient auprès d'eux.

Parfois aussi, elle intervient en amont des soignants lorsqu'elle sait qu'un patient arrive et est à risque nutritionnel. Les patients diabétiques sont vus également tout de suite pour constater que le régime est bien suivi et que les glycémies ne soient pas trop élevées. Certains patients qui ont des troubles digestifs et les patients en surcharge pondérale à la demande. Elle se déplace à la demande des patients désireux.

Elle entre dans la chambre, se présente, dit son prénom pas son nom, car « c'est plus sympa ».

Si la personne âgée est consciente et attentive, elle va rassurer le peu d'appétit, et demander les goûts, « ce qu'elles aiment, ce qu'elles n'aiment pas, comment elles ont l'habitude de manger, comment elles souhaitent manger, etc.

« J'essaie d'adapter au maximum l'alimentation d'après leurs habitudes alimentaires, leurs goûts »

« Avec mes collègues du service diététique, on essaie toujours d'améliorer la prise en charge diététique de tous les patients grâce aux repas. »

PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION ET DE LA MALNUTRITION

Enrichir les potages, les desserts « garantir un bon apport calorique et protidique »

Très souvent les patients arrivent dans un état de dénutrition « rarement lorsqu'elles viennent du domicile, plus souvent lorsqu'elles viennent d'une structure d'accueil ». Elle va tout de suite proposer des CNO (compléments nutritionnels oraux) surtout s'ils étaient déjà prescrits avant.

Il arrive aussi que des patients repartent du service dans un état de dénutrition liée au fait d'être à jeun pendant deux repas au moins, l'inquiétude d'après l'opération « qu'est-ce qu'elles vont devenir ? Du coup elles ne mangent pas, les grandes portions, les repas qui ne conviennent pas. »

Mise en place de pesée surtout si le patient reste longtemps, pour vérifier l'état nutritionnel et pour la T2A, la dénutrition est codée en plus.

Fiche de route : poids à l'arrivée, poids au départ, variation de poids si c'est possible, albumine pré op, prise en charge.

Patients dénutris ou malnutris et des patients qui se dénutrissent en cours d'hospitalisation surtout lorsque les durées de séjour sont longues « *et ça, c'est un gros problème à l'hôpital* »

LES MENUS SENIORS

Déplore le fait qu'il n'y ait plus de demi-portion. Il y a 6 ans lors de leur groupe de travail, ils avaient demandé à la cuisine de préparer des petites portions alias « *menu sénior* ». C'était réalisé puisque les cuisines étaient directement dans le bâtiment. Or il y a 3 ans, les cuisines sont devenues une grande unité de production et il n'est plus possible de faire ces demi-portions. Les personnes âgées se retrouvent devant un plateau trop grand, le même que pour un jeune, sous la forme de barquette « *du coup elles n'ont plus faim du tout* ». Avec les demi-portions, même lorsqu'elles n'avaient pas faim, « *elles arrivaient au bout de leur plateau, elles étaient contentes parce qu'elles avaient le sentiment que ça allait bien, qu'elles allaient s'en sortir parce qu'elles mangeaient la totalité du plateau. Là avec les grands plateaux, elles ont un problème de gaspillage, elles ne supportent pas, elles se disent qu'elles n'ont pas beaucoup mangé, et la famille dit « mais tu n'as rien mangé »* »

Dans le cadre du menu sénior, une collation à 15 heures a été mise en place « *la collation sénior et c'est toujours un laitage à fort pouvoir calorique et calcique et un petit gâteau* »

Pour ces menus, outre les demi-portions, il avait demandé un certain équilibre dans la composition des repas. Par exemple, toujours un laitage (yaourt, fromage) au petit déjeuner, au déjeuner, à la collation. Le soir les menus sont adaptés aux PA puisqu'il s'agit souvent de plats où la viande est cachée (hachis Parmentier, lasagnes) la viande n'est pas apparente. Pas de fruits crus le soir. Et ils ont fait enlever certains aliments comme le blé qui n'était pas très apprécié par les PA, certains hors-d'œuvre trop durs, donc des plats plus tendres. Ces menus sont maintenant proposés à l'ensemble des HUS puisqu'il n'est plus possible d'avoir un menu spécial pour le service.

Menus séniors pour les personnes de 70 ans.

Ce menu a pu être mis en place, car volonté du chef de service, de la cadre et même la participation d'un membre de la cuisine.

Les patients âgés : problèmes lorsqu'il y a confusion, manque de communication, « *le dialogue est difficile* » essaie alors d'adapter en fonction comme avec les textures pour les fausses routes. « *Une personne confuse, on ne peut pas faire le recueil de non-goût (...) donc on va mettre en place une alimentation qui nous semble à nous la plus adaptée et le plus souvent c'est une alimentation lisse, mixée et de fait on va enrichir.* »

INTERVENTION AUPRÈS DE L'ENTOURAGE DE PATIENTS ÂGÉS

Elle n'intervient pas spécifiquement auprès de l'entourage, mais cela lui est déjà arrivé, cela reste rare. C'est surtout à la demande des familles lorsque les personnes retournent au domicile, donne des conseils sur un support écrit et notamment pour enrichir les repas. Propose une ordonnance du médecin pour la prise de CNO.

Le plus souvent, les patients âgés partent en SSR où le service diététique prend la relève. Elle fera à ce moment-là les transmissions auprès des équipes. « *Surtout quand c'est à la Roberstau parce que c'est le même établissement. Mais même avec les autres, on a une fiche de liaison* »

Les contacts seront plutôt écrits avec les autres établissements, avec la Roberstau c'est plus direct envoi de mail ou par le système SRD consultable par l'ensemble des HUS.

Le lien avec les familles se fait souvent grâce à l'assistante sociale qui les voit l'après-midi. Comme elle travaille à mi-temps le matin, elle ne voit que rarement les familles.

DIFFÉRENCE ENTRE LES PATIENTS PLUS JEUNES ET LES PERSONNES ÂGÉES ?

Les durées de séjours ne sont pas forcément plus longues surtout si les solutions d'accueil sont prévues, place en SSR. « *C'est très variable, on ne peut pas savoir* »

Le problème du manque d'appétit est plus vite réglé chez les personnes plus jeunes

La prise en charge de la douleur est très vite réglée.

PROJET ALIMENTAIRE MIS EN PLACE

Logigramme de suivi alimentaire : avait été mis en place à la base uniquement pour les PA mais au final utile pour tous les patients.

Plusieurs raisons à la faible prise alimentaire

Pour les problèmes digestifs, elle peut mettre en place des produits laxatifs ou de l'eau d'Hépar, des conseils

Calcul de la gesta = moyenne de l'ensemble des repas sur 3 jours.

Évite de mettre en place des sondes entérales surtout les PA, évite les méthodes invasives de toute façon.

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN AVEC AGNÈS, MÉDECIN DES SOINS CONTINUS

Date : 29/11/2012

Moment de l'entretien : 11H30

Durée de l'entretien : 37,53 minutes

Lieu : bureau de la diététicienne

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Praticien hospitalier. Travaille aux soins continus, unité pour les patients « *qui ont besoin d'une surveillance plus médicale, plus rapprochée que dans un service conventionnel (...) surveillance soit parce qu'ils ont décompensé, soit parce qu'ils sont déjà fragiles au niveau médical particulièrement.* »

Travaille également dans le service conventionnel « *s'il y a des choses particulières à surveiller* »

C'est la seule qui intervient en tant que médecin dans l'unité.

À travaillé avant au service de réanimation au NHC, service qui a fermé.

Urgentiste de formation

ORGANISATION DU SERVICE ET ACTIVITÉS DANS LE SERVICE

8 lits en surveillance continue « *qui sont souvent pleins* »

Un médecin, deux infirmières et une aide-soignante. « *Exceptionnellement j'ai des externes* »

Est considéré comme un service de soins intensifs

« *Ce n'est pas un service qui fonctionne en 24/24. On a un médecin la journée et après... Bon en sachant qu'il y a les anesthésistes et les réanimateurs qui sont là facilement et qui aident à gérer l'interne de traumatologie qui n'est pas censé prendre en charge un OAP (œdème aigu du poumon)* »

Les améliorations « *il faut vraiment qu'on soit dépendant de la réanimation. Il faut que ce soit un service 24/24* » les patients devraient sous surveillance constante puisqu'ils ne sont pas « *limites entre 8h30 et 14h ni entre 14h et 19h. Ils sont limites tout le temps avec des risques de décompensation la nuit. La journée je fais ce que je peux, mais...* »

Les infirmières du service conventionnel peuvent aussi prendre en charge certaines choses, mais ne peuvent pas tout faire : exemple du patient qui a besoin d'un aérosol toutes les 3 heures et d'une prise de tension toutes les heures.

Les patients qui sont pris en charge retournent en général dans le service conventionnel « *ça veut dire qu'on a passé le cap, qu'on les retrouve comme avant (...) je ne remets jamais quelqu'un d'instable dans un service* »

Si les patients restent instables, possibilité de les transférer en réanimation. Parfois aussi pour certains patients surtout très âgés, le transfert en réanimation ne se fait pas, car « *c'est trop* »

agressif » et elle les garde au service « c'est sûr qu'ils ne s'en sortent pas. Donc après soit on les accompagne, on fait des choses de soins, mais on peut aussi décider de ne pas aller plus loin parce que le patient a une grosse démence ou il y a tellement de pathologie qu'aller plus loin ça n'a aucun sens »

« On peut aussi faire de l'accompagnement » fait appel à l'unité mobile de soins palliatifs.

Le service existait déjà depuis au moins 5 ans et avant en tant que soins « septiques »

UNE JOURNÉE BANALE

« Quand ça se passe bien, le matin, j'arrive et je fais la visite (...), on fait le tour du patient ou on l'examine particulièrement, on regarde le bilan biologique. Et puis on adapte les traitements. L'après-midi c'est souvent réservé aux admissions, lorsque les gens sortent du bloc opératoire, la personne très âgée : 85, 90 ans, c'est bien rare qu'elle ne vienne pas en soin continu en post opératoire parce que durant l'opération, souvent chez ces personnes qui ont le cœur fragile, on leur a apporté beaucoup de transfusion donc on vérifie qu'ils urinent bien, qu'ils ne décompensent pas au niveau cardiaque. (...) et la journée la moins typique, c'est comme hier, on a dû prendre vite une patiente qui n'allait pas bien dans un service et là ben la visite ne se fait pas et il faut s'occuper de ce patient qui ne va pas bien. »

« L'après-midi on a plus le temps, le matin on est obligé d'adapter les perfusions, d'adapter tout pour que les infirmières entre 12 et 14h les prescriptions s'arrêtent. Il faut qu'à 14 heures tout soit fait pour tous les patients ».

Travaille de 8h30 à 19h

LES PATIENTS ACCUEILLIS

« Il n'y a pas de pathologies spécifiques ici, si le patient est opéré, et hormis la prise en charge chirurgicale, pour moi de n'est pas du tout une prise en charge spécifique de la traumatologie. Le patient il va avoir une insuffisance cardiaque, décompensé au niveau cardiaque, pour moi ce n'est pas spécifique. (...) Les patients ils se présentent avec des pathologies que je connais tout à fait. L'intervention les a fait décompenser, moi je ne m'occupe pas de tout ce qui est pansement, s'il marche, s'il ne marche pas. Bon je travaille en concert avec le chirurgien, mais je ne m'occupe pas de la partie chirurgicale. C'est elle qui fait décompenser des pathologies très connues : le cœur, le poumon, un peu moins sur le plan neurologique ou sur le plan abdominal, on a pas mal de décompensation de ce côté-là »

Accueil principalement des patients âgés à très âgés « oui vraiment » et les jeunes poly traumatisés « où il y a plus de choses à surveiller »

Elle peut demander à admettre un patient si elle voit que c'est nécessaire « c'est moi qui juge au niveau du service. Après des fois les urgences appellent : un patient qui arrive pour une chose, par exemple un accident vasculaire cérébral et il est hémiparétique et il est tombé et il s'est cassé le col du fémur (...) et bien il faut prendre cet AVC en charge donc il va venir chez moi »

Problèmes de glycémie chez les patients diabétiques aussi

Beaucoup de pathologies cardiaques et pulmonaires. Plus de post-op que de pré-op

Beaucoup de décompensations

Les patients très âgés « *au-delà de 90 ans* » c'est très rare qu'ils ne passent pas dans le service en postop. « *Ce sont des gens qui ont déjà de gros antécédents* ».

Ceci dit, toutes les personnes âgées ne passent pas chez elle et peuvent être dans un meilleur état de santé qu'une personne de 60 ans poly pathologique « *insuffisant rénal chronique, insuffisant cardiaque* »

LES DURÉES DE SÉJOURS

Les patients peuvent rester dans le service moins de 24h à 20 jours. Ça dépend de la pathologie

« *Je ne sais pas à combien est ma DMS d'ailleurs parce que ça ne fait pas encore un an que je suis là et je ne me suis pas renseignée* ».

Lorsqu'il s'agit d'une surveillance en post op immédiat, le patient peut ressortir le lendemain après-midi.

N'a pas de contraintes de temps et estime « *faire encore de la médecine humaine* »

Elle peut aussi garder un patient parce que dans les autres services, il n'y a pas assez de personnel et que « *chez nous c'est plus facile de surveiller* » elle pense parfois garder un ou deux jours les patients, le temps de battement pour que les services aient assez de personnel.

Au début, elle faisait sortir certains patients qui revenaient deux jours après « *parce qu'elle n'avait pas l'habitude. Maintenant je les garde un ou deux jours de plus pour vraiment être optimal, pour qu'il y ait le moins de soucis possible et le moins de retours possibles* »

LA FRACTURE DU COL DU FÉMUR

« *Le traumatisme c'est quand même souvent quelque chose qui fait dégringoler (...) c'est vrai qu'une fracture n'est pas en soi un facteur de létalité immédiate, mais c'est tout ce qui va autour. Autour de la fracture, il y a un cœur, des poumons et un cerveau et des reins. Et tout ça, ça peut décompenser à cause d'un traumatisme. Et surtout chez la personne âgée* ». Il y a un effet boule de neige « *c'est un palier qu'ils franchissent* »

Pour la fracture du col en traumatologie c'est démontré particulièrement « *je ne crois qu'on sache pourquoi* » « le problème de la traumatologie « *c'est qu'il y a souvent une invalidité derrière (...) par rapport à une appendicite* » touche à l'indépendance

LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Travaille en collaboration avec le chirurgien qui a géré le problème chirurgical, exemple : un patient qui saigne « *moi je veux bien le remplir, mais il faut aussi qu'à un moment donné, ils arrêtent le robinet qui fuit.* »

Est également sollicitée par les internes qui ont besoin de conseils médicaux pour un patient comme la glycémie, le potassium, des dextro.

DIFFICULTÉS DE TRAVAILLER SEULE

Avait travaillé avec un interne et un externe « *c'est quand même plus confortable* »

« *Quand tout se passe bien ça va, quand je ne dois faire que mes visites le matin et ne pas courir à droite à gauche dans les services (...) 8 patients ça paraît peu si on regarde par rapport à un service conventionnel, mais 8 patients en soins, je ne m'ennuie pas. Je commence à 8h30 et c'est quand même du boulot* »

Si elle prend congé, qui la remplace ? Les internes aidés des anesthésistes s'ils ont un souci. « *et la nuit, c'est pareil, c'est l'interne* »

Il lui arrive souvent de se connecter chez elle le week-end alors qu'elle ne travaille pas « *elle fait de la visite de visite bilan (...) je passe un coup de fil pour adapter une perfusion* »

Le fait d'être seule est dur notamment pour discuter de cas « *où je n'ai personne comme référent* »

Apprécie les échanges entre collègues, chose qu'elle ne peut plus faire « *quand il s'agit de parler médecin au sens pur du terme, ça, c'est vraiment difficile parce qu'il y a des décisions qui ne sont pas faciles (...) des trucs débiles, mais qu'est-ce que je fais ?* »

Elle peut demander des avis à d'autres spécialistes « *je ne suis pas non plus totalement isolée* »

« *La prise en charge du patient que je vais mettre en réanimation. C'est aussi difficile et c'est aussi chronophage parce que je ne suis pas réanimateur* »

« *J'ai quand même l'habitude d'avoir des patients qui ne vont pas* » estime gérer suffisamment les patients et lorsque c'est nécessaire passe le relais à la réanimation

LE DEVENIR DU PATIENT ÂGÉ

Elle n'a pas de regard sur cet aspect de la prise en charge sauf par des lectures. Elle a connaissance de certains devenirs par les courriers des confrères lors des suivis post op « *quand je reçois les lettres des différents centres, je sais si elle s'en est sortie ou pas* »

« *Souvent ils sortent vivants, mais aussi avec des aides, mise en place d'aides* »

Elle n'a pas encore le recul nécessaire pour voir une différence de devenir entre les personnes âgées pour FESCF qui sont passées chez elle ou pas.

Pense qu'il serait intéressant de comparer les patients pris en charge ou pas « *pour mieux choisir qui ont admis ou pas. Mais la sélection se fait au bloc opératoire* »

L'ENTOURAGE DES PATIENTS

Présence limitée dans le service de 15 à 19h par manque de place et nécessité des soins le matin.

Elle rencontre les familles et « *les familles sont plutôt une contrainte. Ils préfèrent mettre leur proche en réanimation si ça ne va pas* » même si les médecins y mettent leur veto puisque les problèmes judiciaires peuvent en découler « *et on tellement pas envie de s'embêter avec ça qu'on laisse couler* ».

Certaines familles ne souhaitent pas l'acharnement thérapeutique

Les personnes âgées en réanimation « *c'est très dur pour eux de remonter la pente et quand on voit qu'on en sort !* »

« *En général ça se passe bien, c'est rare que ça ne se passe pas bien* »

Il peut être difficile pour l'entourage de comprendre qu'après la chute, le choc, etc. la personne ne va plus bien du tout et que les traitements seront limités. « *Pour les cancers c'est différent, les familles se sont déjà tellement préparées, et là les familles ne sont pas prêtes donc il faut aussi leur laisser le temps de faire le cheminement* »

Difficultés de faire aussi comprendre aux familles que même si le patient est âgé et que tout le monde pense que ce n'est pas la peine, qu'il faut quand même essayer et que notamment pour la douleur il est important d'intervenir.

Le temps de communication avec les familles est très « *chronophage. Moi ça me prend toute l'après-midi.* »

Les familles sollicitent beaucoup les infirmières et « *quand ça devient, tout ce qui est, je dirais limite, les gens qui ne vont pas bien, je rencontre les familles* »

Ce temps d'échange est compris dans son temps de travail « *j'estime que ça fait partir de mon travail* »

LES AMÉLIORATIONS À APPORTER DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS À L'HÔPITAL

PLUS DE MÉDECIN ET D'INTERNE EN MÉDECINE DANS LES SERVICES

« *Plus de médecins et d'internes en médecine dans les services. Ça me semble important* »

Différentie les internes en médecine en début de cursus qui « *n'ont pas oublié la médecine* » et qui s'intéressent et savent faire déjà beaucoup de chose, à des internes en chirurgie « *qui savent opérer, mais qui ont oublié toute la médecine* ».

Pense aussi que la détection des patients « *limite* » pourrait être plus précoce pour qu'elle puisse intervenir avant un appel au secours de l'infirmière. Par exemple en adaptant déjà certains traitements.

Pourrait y avoir un interne qui fait les visites chez l'ensemble des personnes âgées le matin et détecte les premiers signes de décompensation.

Vu le recrutement de personnes âgées dans certains services, il est indispensable d'avoir des médecins. « *C'est sûr que ce serait différent si on avait que des fractures chez des jeunes de 25 ans* »

(...) et c'est sûr qu'on ne peut pas contrindiquer un patient. Donc on opère des patients dans des situations très très précaires. D'ailleurs on le dit aux familles « on verra s'il supporte l'anesthésie »

NÉCESSITÉ D'UNE SURVEILLANCE CONTINUE DES SOINS

« La surveillance continue des soins » est aussi indispensable

LES CONSÉQUENCES DOMMAGEABLES

Les chirurgiens ne peuvent pas refuser d'opérer une fracture « toute fracture doit être opérée parce que c'est douloureux, parce que ça fait saigner, parce qu'il y a des risques. Même un patient grabataire, on va l'opérer pour le nursing, pour ne pas qu'il ait mal. Donc on opère tout le monde. »

Il y a eu des progrès en chirurgie, mais les résultats sont souvent « retardés » « quand un patient sort du service, on peut se dire qu'il a gagné quelque chose, mais si c'est pour l'avoir grabatisé complètement, je ne suis pas sûre » et c'est quelque chose que personne ne peut prévoir, la manière dont un patient va réagir. « En attendant on fabrique quand même des gens pas bien (...) la médecine ce n'est pas du naturel. »

On ne pense pas aux conséquences dommageables

L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

Trouve que la prise en charge des patients âgés n'est pas bonne de manière générale en France « côté urgences »

« Laisser en bas quelqu'un de 90 ans sur un brancard parce qu'il n'y a de la place nulle part. Pour moi c'est quelque chose de très difficile et c'est d'ailleurs pour ça que j'ai quitté les urgences. Ah oui. Parce que la personne âgée n'intéresse personne or si on regarde bien je ne sais pas si l'hôpital tournerait s'il n'y avait pas les personnes âgées. Heureusement on n'est pas rempli que de gens jeunes et on bouche les trous. Mais quand on appelle un service et qu'on vous « mais elle a 85 ans qu'est-ce que tu veux que j'en fasse ? » c'est quelque chose que je ne supportais plus. Alors quand il n'y a plus de lits en USLD et que vous gardez une mamie qui gémit sur un brancard et que vous ne savez pas quoi en faire ; ça, c'est horrible. Donc je pense que la personne âgée n'est pas l'affaire des médecins, ça, c'est clair (...) ce sont des gens qui sont abandonnés par la profession médicale » « Personne refoulée dès les urgences »

INTÉRÊT DE LA PRISE EN CHARGE GÉRIATRIQUE

« Et heureusement que la médecine gériatrique se développe parce que ça, c'est vraiment ce qui sauve »

Prendre en charge une personne âgée en fin de vie « c'est quelque chose de très chronophage, ce n'est pas de la médecine technique »

La personne âgée ne rapporte pas à l'hôpital parce que « ce sont des gens qui vont avoir des DMS plus longues » et « les médecins aiment bien les choses techniques alors qu'on abandonne parfois certains soins à la personne âgée, c'est moins intéressant. « Or la personne âgée, c'est poly pathologie, je pense que c'est les gériatres qui gèrent le mieux parce qu'ils savent tout gérer (...) et je

pense que c'est la richesse pour la médecine, la personne est poly pathologique, mais c'est vrai que c'est très difficile, ça prend du temps et puis il y a tout ce problème qui est social en France, c'est qu'est-ce qu'on en fait après et on a aucun moyen de sortie »

L'image négative des personnes âgées= elles bloquent des lits dans les services même quand la pathologie est gérée. Il y a un côté social qu'il faut prendre en charge.

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN AVEC LAURENCE, KINÉSITHÉRAPEUTE

Date : 22/11/2012

Moment de l'entretien : à 11h

Durée de l'entretien : 28,59 minutes

Lieu : bureau de la diététicienne dans le service

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Kinésithérapeute aux HUS depuis 2006. À travaillé pendant près de 30 ans au centre de traumatologie à Illkirch.

A l'habitude de s'occuper de personnes âgées, mais constate quand même une augmentation de la population âgée.

S'occupe principalement de l'unité 6411 de 36 lits, mais va parfois en soins continus et en orthopédie.

PRÉSENTATION DU SERVICE

« On est une petite équipe »

3,8 ETP, une à temps plein, une à 80 %, deux à mi-temps. Parfois le manque de personnel surtout s'il y a des arrêts maladie, et *« on est obligés de faire des priorités quand même. Parce que bien sûr on aurait plus de temps, plus de moyens, on ferait les choses autrement aussi »*

LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Nombreux échanges avec l'équipe soignante et l'assistante sociale. Travail d'équipe oral *« à tout moment de la journée »*

Elle est en relation tous les jours avec les chirurgiens, Il y a une visite les après-midi où les échanges sont possibles. Parfois même *« les internes ne savent pas et nous demandent à nous »*. Elle travaille beaucoup plus avec les infirmières et les aides-soignantes.

Travail d'échange avec les chirurgiens : elle peut aiguiller si besoin sur la prise en charge du patient et demander avis si besoin.

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

« On a beaucoup de satisfaction en traumatologie, c'est pour ça que je travaille dans un service comme ça. Où ils arrivent cassés en fait et on les remet debout et on les fait remarquer. C'est quand même satisfaisant. »

UNE JOURNÉE BANALE

Travail le matin. La première chose est d'aller vérifier sur l'ordinateur les nouveaux arrivés et de vérifier ce qui a été fait et ce qui est à faire « *parce qu'on travaille sur prescriptions, on travaille vraiment en fonction de l'intervention et de la fiche post-opératoire* ». Une fois que les patients à voir ont petit déjeuné et qu'ils sont lavés, elle intervient.

À J1, au premier de l'intervention, lever du malade sauf contre-indications comme le malade perturbé par l'anesthésie ou nauséux, les patients opérés de tumeurs où « *là, c'est plus lent, mais sinon pour une personne âgée qui chute et qui fait une fracture du col du fémur, c'est en général le lever précoce pour éviter les risques du décubitus.* »

Auprès du malade, mise de bandes biflex pour la circulation aux deux jambes puis installation au bord du lit et transfert au fauteuil. « *En général on se met à deux aussi parce qu'on ne sait pas non plus comment se comporte la malade* », selon l'état de la personne, le transfert se fait avec un disque et transfert soit par petits pas. Et en fonction de la pathologie, prise d'un fauteuil gériatrique.

Les complications du décubitus= phlébites, problèmes de peaux, d'escarres.

Le 1^{er} jour, c'est le lever et le deuxième en fonction des possibilités redonner la marche avec un déambulateur, un rollator, des cannes. « *Ils peuvent retrouver très vite une autonomie surtout s'il y a prothèse* » L'objectif est qu'ils retrouvent la marche au plus vite et qu'ils retournent chez eux « *tant que cela est possible* »

MISSIONS ET OBJECTIFS

Vérifier la bonne installation du patient surtout les personnes qui ont été opérées pour éviter la douleur (coussins). Elle doit souvent former et informer le personnel à la bonne installation même avec des vidéos. Souvent le patient n'a pas besoin d'anti douleur si la position est correcte. « *On a un rôle de surveillance de l'installation post-opératoire.* » L'information semble mal passer, car il y a souvent des jeunes qui ne savent pas « *et il faut sans arrêt répéter, répéter. Voilà, ça, c'est un gros problème.* » Souvent elle prend des photos et explique pour améliorer l'installation et prévenir les douleurs.

L'objectif surtout pour les personnes âgées est d'essayer de savoir le degré d'autonomie antérieure, score de Parker « *à partir de ça on va vraiment savoir ce qu'on pourra lui demander et jusqu'où on pourra l'amener dans sa rééducation.* » Si l'interrogatoire n'est pas possible, elle regarde dans le dossier pour avoir des éléments.

« *On les stimule beaucoup* » parfois les patients ont peur de remarcher « *on doit parfois user de beaucoup de psychologie, quelquefois il faut être ferme, d'ailleurs souvent. Mais le but c'est vraiment de les faire sortir du lit* »

Il faut également bien expliquer ce que les patients ont le droit de faire, les consignes différentes selon le type de traitement et l'intervention : pour les clous, « *pas de soucis, ils peuvent se lever et marcher* ». le droit de poser le pas, consignes de chirurgiens.

Lutte contre la douleur très importante en post-opératoire. Il faut s'assurer que le patient n'ait pas mal avant de lui demander de remarcher.

Il faut avant tout éviter de faire mal, elle ne va donc pas bousculer les patients ou « *les faire hurler, ça ne sert à rien. Je prendrais un peu mon temps* ». Dépend du kiné qui travaille, certains vont vouloir coûte que coûte appliquer les consignes du chirurgien.

DIFFÉRENCES ENTRE LES PATIENTS JEUNES ET ÂGÉS

Différence déjà dans le type d'intervention et pour une même fracture les consignes seront différentes : les jeunes doivent décharger leur appui. Cependant pour les personnes jusqu'à 50 ans les consignes sont les mêmes.

Les jeunes sont souvent des polytraumatisés, défenestrés, accidentés de la route. « *Les jeunes on s'en occupe différemment* »

Les jeunes ont besoin de plus de rééducation et parfois plus de temps dans les explications à fournir. Par exemple un jeune accidenté du sport qui aura les ligaments cassés ou un traumatisme de la hanche avec des gros hématomes « *ce sera plus compliqué qu'une fracture du col du fémur chez une personne âgée. Souvent c'est plus délicat* »

Dans la compréhension, ça dépend « *il y en a qui comprennent très bien et d'autres ... il faut exiger d'eux quelque chose. À la limite, il faut un peu les pousser pour y arriver. Ça dépend de l'état mental aussi avant dans la coopération qu'on peut avoir. En général un jeune a quand même envie de participer, ils ont des objectifs différents.* »

SPECIFICITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PA

Parfois les malades ne sont pas pressés de rentrer chez eux et ne comprennent pas « *qu'on ne les mettent pas en cure entre guillemets. Et c'est à nous de leur expliquer qu'ils sont capables, qu'on n'a pas de places pour tous.* »

Intervention de l'assistante sociale lorsque le retour n'est pas possible et « *qui doit trouver un endroit en fonction des disponibilités* » parfois aussi les infirmières voient avec les familles, mais il y a des problèmes de placements « *ça arrive* » exemple d'un patient jeune qui ne peut pas s'asseoir et donc voyager du fait de sa pathologie pour rentrer chez lui.

Le retour à domicile n'est pas tout le temps la possibilité de sortie. Les personnes vivant en maison de retraite vont rapidement y retourner. « *Les personnes âgées qui vivent seules ou pratiquement seules, on trouvera plus une possibilité en SSR pour leur redonner l'autonomie quand on estime qu'il y a une autonomie antérieure suffisante (...) et c'est aussi en fonction de la volonté de la personne* ».

N'a pas forcément beaucoup d'informations sur les modalités de sorties.

En orthopédie, « *ce sont des gens qui sont convoqués donc on peut organiser leur retour différemment* » il y a une différence avec la traumatologie où ce n'est pas prévu, c'est un choc « *et la situation est tout à fait différente* »

La volonté de la personne de s'en sortir diffère « *une personne dépressive avant d'arriver, sera totalement passive dans sa rééducation. Elle ne sera pas du tout dynamique et participante* ». Les personnes « *bien entourées* » seront plus motivées et feront tout sortir le plus vite possible.

Les syndromes de glissement ne sont pas fréquents dans le service, mais dépendent beaucoup de l'état psychologique avant et aussi des patients qui sont atteints de tumeurs « *il y a même eu un suicide. (...) un monsieur d'ailleurs qui avait de la famille, mais qui se rendait compte qu'il n'arriverait plus à s'en sortir ou alors ça serait très, très peu et que son échéance était faible(...) il s'est pendu avec son fil du téléphone* »

« *Des malades qui se rendent compte et qui ont toute leur tête* » c'est rare, il faut que les personnes soient encore assez conscientes pour faire ce geste et se rendre compte que leur espérance de vie est faible.

Le degré d'autonomie peut être amélioré notamment les personnes qui avaient très mal avant et sont beaucoup mieux avec une prothèse, qui marcheront mieux qu'avant.

En général, les personnes ont encore le temps de la rééducation pour progresser.

Syndrome post-chute existe bien « *il y a des gens qui ont très peur ou qui ont peur de refaire des vertiges et qui sont marqués par ce qu'ils ont vécu.il y a des gens qui sont traumatisés pendant quelques jours. Mais malgré ça, il faut faire ce qu'on à faire. Tout est dans la diplomatie, le fait de faire passer un message* »

AMÉLIORATION DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

Besoin de matériel adapté comme les fauteuils. Les kinés ont eu beaucoup de problèmes d'épaules, car les fauteuils étaient trop bas.

Avaient demandé « *des aides à la verticalisation et à force de parlementer on a obtenu une vingtaine de fauteuils gériatriques* »

Au niveau matériel beaucoup d'améliorations à faire, mais cela est en train d'évoluer « *doucement parce que les moyens sont limités* » elle compare avec le centre à Illkirch où les moyens étaient très différents. Le matériel était adapté à la pathologie.

Il y a le vieillissement de la population, mais « *les patients ont des antécédents très lourds et une obésité assez importante et ça c'est un travail pour nous de plus en plus lourd, très physique.* ». Les kinés ont besoin d'être souvent à deux « *pour ne pas s'abîmer et pour ne pas mettre les patients en danger. C'est une charge de travail et qui ne s'est pas améliorée au contraire* »

Le gros problème du service et pour les cadres de santé = les lits disponibles. Il faut que les personnes arrivées aux urgences puissent rapidement avoir un lit. « *Quelquefois ils n'ont pas de lits, donc il faut les dispatcher dans d'autres services qui ne sont pas de traumatologie. Donc il faut sortir les gens le plus vite possible* » les patients peuvent avoir le sentiment d'être mis à la porte et aimeraient rester plus « *mais finalement quand quelqu'un va bien il ne faut pas le garder trop longtemps non plus en train de rester passif et qu'il retrouve son cadre de vie* »

LE DEVENIR DES PATIENTS ÂGÉS

Elle ne voit que les patients une fois opérés et pas avant à l'entrée dans le service, elle ne peut pas dire les améliorations à ce niveau-là. « *Le suivi de la sortie est pas mal fait parce qu'il y a l'assistante sociale, parce que nous en tant que soignants, on peut dire si le retour à domicile est possible ou pas.*

Donc il y a quand même une concertation entre le reste de l'équipe et nous. Parce qu'on voit bien comment se comporte un malade et on peut même anticiper, savoir comment il va récupérer »

Si la personne âgée est en maison de retraite, souvent il y a un kiné qui suit.

Les patients sont revus en consultation, mais elle ne les voit plus. *« Si les patients marchent en partant du service, il n'y a pas de raison que ça ne continue pas. En général, ils partent quand ils sont capables de partir. »*

Importance lors de la rééducation de la marche, mais aussi de la montée et descente d'escalier.

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN AVEC NADIA, IDE

Date : 13/12/2012

Moment de l'entretien : 10h

Durée de l'entretien : 42.41 minutes

Lieu : dans la salle de « staff »

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Infirmière depuis le mois 8 mois. C'est son premier poste d'infirmière dans le service de traumatologie. À été aide-soignante pendant 4 ans dans le service avant.

Travaillait dans un tout autre domaine et a voulu s'investir dans cette voie une fois ces enfants plus grands.

« J'ai une grosse sensibilité pour les personnes âgées »

Travaille pour son diplôme sur les analyses des pratiques professionnelles, et des recherches *« orientées vers le patient et surtout le patient âgé »*

UNE JOURNÉE BANALE

« En traumatologie il n'y a pas de journées banales. La journée type et le fonctionnement d'une infirmière en traumatologie, grosso modo, on arrive, on prend les transmissions donc présentation succincte des patients, du motif d'admission, des problèmes du jour et puis de là on fait ce qu'on appelle la « paillasse », t le plan de soin en fait, on prépare tout ce qu'on doit faire sur le poste(...): les perfusions, les médicaments. On prépare tout et on va voir les patients. On fait le tour des chambres (...) en sachant que voilà, à tout moment on peut être interrompu pour un patient qui sonne, qui a mal, un problème particulier d'une personne donc on va intervenir, sinon c'est du chambre à chambre voir comment ils vont. Le classique prise de constante et après ce que j'appelle « le tour du propriétaire chez le patient », c'est-à-dire que je lève le drap et je regarde les pansements, l'installation, etc. et je fais connaissance avec mon patient. Voilà. Je fais mes soins, les soins qu'on va dire réguliers : les constantes, administration des traitements et après il y a tout ce qui se rajoute : les pansements qui ne sont pas quotidiens, ça dépendant de la journée opératoire, et puis après il y a gestion de tous les problèmes les gens qui sont arrivés en urgence et pour qui il faut appeler la famille pour avoir des informations, mettre à jour des traitements, les patients qui vont être opérés, les préparer. Les patients qui sont opérés, les chercher au bloc opératoire. Voilà en gros. »

Fait également la visite avec le médecin *« chez nous malheureusement c'est un peu difficile parce qu'on a 18 patients à prendre en charge sur un poste pour une infirmière, une infirmière et demie on peu de temps pour faire la visite avec le médecin. Donc on se fait un petit mémo et quand il arrive on lui parle des problèmes du jour à régler »*

Et puis *« toute la paperasserie qui prend beaucoup de temps au bureau, qui est nécessaire... C'est nécessaire parce que c'est un soin auprès du patient, c'est un soin indirect on va dire, mais c'est un*

peu difficile quand on est infirmière très portée sur le relationnel et sur la connaissance de son patient de se rendre compte qu'on passe beaucoup d'heures assise »

RELATION AVEC LES PROFESSIONNELS

On travaille beaucoup plus avec « on travaille en binôme avec l'aide-soignante et les infirmières du service. Après on est aussi en relation directe avec les médecins parce qu'il faut savoir que le médecin de garde on peut l'appeler à n'importe quel moment du jour et de la nuit pour un problème ou pour un avis. Le matin on ne les voit pas trop parce que les chirurgiens sont au bloc opératoire, mais on a toujours l'interne de garde, un médecin, un interne dans le coin. L'après-midi ils sont un peu plus présents et il y a les anesthésistes qui sont là ou qui sont disponibles (...) et j'ai envie de dire que c'est surtout nous qui sommes disponibles pour eux »

« On connaît mieux les patients qu'eux. Eux ils connaissent la pathologie, l'intervention ; le patient en lui-même dans son identité, dans sa façon d'être et de faire c'est nous. C'est des trucs parfois basiques comme des problèmes de comportements ou de transit. »

Peut intervenir sur les prescriptions : demander ou non un traitement chimique ou l'antalgie « c'est pareil, c'est le médecin qui va prescrire, mais c'est nous qui savons à quel moment lui administrer, quand il sera le plus algique, etc., etc. »

ORGANISATION DU SERVICE

LES PATIENTS ACCUEILLIS

Les patients âgés représentent une grosse part de l'activité « la traumatologie accueille de la chirurgie réglée et de la chirurgie d'urgence, et la chirurgie d'urgence (...) c'est effectivement des accidents de voiture, de scooter, des accidents de la voie publique, c'est soit des grands traumatisés qui vont de toute façon en réanimation, en soins continus et qui viendront chez nous pas très longtemps (...) et après il y a effectivement une grosse, grosse part de personnes âgées. Les chutes liées à un malaise, liées aux conditions de vie, un tapis, le jardinage, les escaliers. Donc on beaucoup de fractures du col du fémur, et des fractures pathologiques aussi, il y en a quelque une »

LA RELATION AVEC LE PATIENT ÂGÉ

Doit être adaptée par rapport au patient jeune. « Très souvent, ils sont multi pathologiques donc ils ont des traitements, beaucoup d'antécédents, hypertension, du diabète, des choses à prendre en considération, une hypoacousie très souvent, des problèmes de vue ».

Se sent « handicapée de ne pas parler alsacien » « quand on est mal, quand on vieillit on a plus tendance à s'exprimer dans la langue maternelle »

« Obligatoirement on est obligée de s'adapter, il faut parler doucement, il faut se rapprocher, il faut prendre du temps. Il faut parfois jouer, faire appel à des processus d'interprétation. Une personne qui est plus jeune va pouvoir nous dire « je prends ça, ça, ça »

NÉCESSITÉ DE TEMPS ET DU TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE

« Ce n'est pas quelque chose qui lui pose problème *« de toute façon quand on travaille avec l'humain, ça ne peut pas être classique, il faudra toujours s'adapter, il faudra toujours avoir un comportement en lien avec la personne. Ça nécessite de la connaître. Alors la difficulté de toute façon c'est le facteur temps. Pour connaître une personne, il faut avoir du temps, il faut se donner du temps. Donc choisir de se donner du temps, c'est déjà bien, mais pouvoir le faire c'est une vraie difficulté. Après il s'agit de mobiliser la contribution interdisciplinaire, c'est-à-dire chercher des informations chez la diét. Qui est passée »*

Elle a décidé de prendre le temps et de s'adapter pour essayer de comprendre parce qu'elle s'intéresse à la personne âgée et *« j'ai des outils que j'essaie de transmettre et qui me permettent de m'adapter et de répondre (...) ça va être des petites choses, la toilette : à l'école on nous apprend à commencer par le visage, moi une personne âgée j'ai appris que le visage c'est hyper intime et agressif, (...) moi je commence par la main, par les mollets. On va entrer en contact et aborder la personne différemment et donc ça sera d'autant plus bénéfique pour la suite des soins. Mais des difficultés il y a en aura toujours parce que chaque patient vient avec son histoire, sa manière d'aborder le soin, sa façon de vivre l'hospitalisation ».*

Sa principale difficulté reste la barrière de la langue

Le travail d'équipe est primordial, *« la culture d'équipe est un moteur »*

LA FRACTURE COMME ÉVÉNEMENT

« Souvent les personnes âgées, quand elles arrivent, elles se doutent que les choses vont changer radicalement à partir de ce moment-là »

*« Je pense qu'on le sait et je pense qu'eux s'en rendent compte aussi. Au quotidien je suis confrontée à des gens qui me disent que c'est la fin ; ils se rendent compte qu'ils ne vont plus pouvoir rentrer chez eux, qu'il y a des choses qui vont changer. Il y a la séparation aussi souvent avec le conjoint » Exemple d'un couple dont l'homme était aidant de sa femme Alzheimer. Il est victime d'une fracture et sa femme a été placée, lui aussi *« eux avaient un équilibre qui est totalement foutu à cause de la fracture de la hanche »**

*« Très souvent il arrive que les gens tombent en institution, c'est tout à fait normal. Mais très souvent les gens sont à domicile. Il arrive aussi souvent que ce sont des gens qui refusaient le placement apparemment alors que c'était déjà discuté en famille. Et malheureusement c'est cet événement-là qui va les obliger à quitter. Mais bien souvent ils n'avaient pas du tout, du tout envisagé de partir. Souvent c'est des gens pour qui il a fallu cet événement malheureux pour se dire *« voilà c'est fini »* .»*

Explique qu'il y a des précautions à prendre comme éviter de monter les escaliers, et plus faire certaines activités, enlever les tapis. Souvent les personnes âgées ne veulent pas modifier leur environnement ou leur mode de vie. Exemple d'une dame qui refuse de s'installer au premier étage de sa maison pour que le retour à domicile soit envisageable.

Les procédures d'inscription en maison en retraite sont rarement entamées au moment de l'hospitalisation.

LES DURÉES DE SÉJOUR DES PERSONNES ÂGÉES PAR RAPPORT AUX PERSONNES PLUS JEUNES

Sont plus longues parce qu'il y a le séjour en réadaptation. Les durées de séjour sont moins longues pour les personnes âgées qui sont déjà en institution « *ils peuvent rentrer très vite, en moins d'une semaine parce qu'ils sont opérés, ils ont le premier levé avec la kiné chez nous, marcher, déambulateurs, béquilles si possible les escaliers (...) Et après ils peuvent rentrer au domicile, mais avec de la kiné, des aides à domicile, peut-être la mise en place de portage de repas ou d'aide-ménagère.* »

Pour une personne qui était déjà en institution, cela est plus rapide puisqu'il y a déjà toutes les aides nécessaires ainsi que la kiné.

Ce qui retarde la sortie est souvent le fait de choisir si le retour à domicile est possible ou pas et c'est souvent à ce moment-là « *qu'il y a des conflits familiaux où les enfants ne veulent pas de retour, mais l'équipe pense que le retour est envisageable avec un bon entourage d'aide : les infirmières, les gens qui viennent pour la toilette, l'aide-ménagère, etc.* »

Pense que le maintien à domicile est de plus en plus accepté et devient le mode de sortie le plus privilégié.

Les retards de sorties sont également dus au manque de place en réadaptation

Fait appel à l'assistante sociale « *c'est un travail de collaboration en fait.* » Elle intervient sur demande de l'équipe « *un patient isolé sur le plan social, qui n'a pas de famille, on ne sait pas trop comment le faire rentrer (...) ou alors un patient qui a des problèmes de précarité, on l'appelle. S'il y a une famille, elle va se mettre en relation avec la famille, et s'il n'y a pas de famille, il y a souvent un foyer pour les personnes en précarité ou alors s'il n'y a rien du tout, si la personne est isolée socialement, on lui demande si elle peut aller voir le domicile, s'il y a déjà des choses en place.* »

LA PRÉSENCE DE L'ENTOURAGE

Pendant l'hospitalisation « *c'est très difficile pour moi de me prononcer parce qu'on pourrait entrer dans le jugement de valeur et ça il ne faut pas. Je ne saurais pas vous dire si c'est facilitant ou pas parce qu'il y a des personnes âgées où il y a tout un truc qui est mis en place : le fils qui passe deux fois par jour, la fille qui fait les courses et quand la personne est hospitalisée ; on dirait qu'il n'y a plus rien. À côté de ça, à l'inverse, on a des personnes âgées qui arrivent, qui étaient plus ou moins autonomes et qui se géraient et on pouvait se demander comment elles faisaient pour vivre toutes seules. On le voit avec l'hygiène. Et tout à coup, il y a la famille qui est là et il faudrait faire des choses et ça c'est très, très, très, difficile.* »

La seule chose qu'elle a pu remarquer est que dans certaines familles notamment d'origine maghrébine ou des gens du voyage, la famille est très présente « *mais parfois aussi tellement présente que ça va interférer dans le travail de la personne* »

Pour le devenir, « *il n'y a pas de généralité non plus* ». Pour chaque patient, la situation est différente. Il peut arriver que la famille dise que des choses seront mises en place « *alors que pas du*

tout » et d'autres qui insistent pour que la personne soit placée alors qu'elle pourrait rentrer au domicile.

La présence de la famille est importante dans la stimulation du patient, sur la manière de coopérer aux soins.

Elle encourage fortement les familles à être le plus présentes possible notamment pour les repas. Donne l'exemple d'un patient qui était censé manger seul, mais qui n'arrivait plus ; l'entourage venait tous les soirs pour le nourrir. Cette aide est primordiale, car elle pallie au manque de temps des soignants « *forcément quand la famille est là, la personne sera plus stimulée. (..) Nous on n'a pas le temps pour les stimuler autant qu'une famille* »

Il faut que la famille n'interfère pas l'activité des soignants et que l'équipe soit d'accord pour que les familles soient présentes.

Elle constate également de plus en plus l'isolement des personnes âgées « *je ne veux pas rentrer dans les jugements de valeur, on ne sait pas ce qui se passe dans les familles* »

Le service ouvre ses portes à midi pour que les familles puissent venir donner à manger « *et en même temps ça nous soulage aussi, voilà, il faut accepter que les familles soient là, ça simule à 200 % les patients et nous ça nous soulage* »

AMÉLIORATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DES PERSONNES ÂGÉES DE L'ENTRÉE À LA SORTIE

Sur le devenir, le logiciel trajectoire aide beaucoup et semble être très efficace quant à la sortie des patients.

Sur la prise en charge de la douleur « *je trouve qu'on est super bon (...) la prise en charge de la douleur chez les personnes, c'est super important (...) je dis toujours à mes collègues, si une personne âgée ne se plaint pas, ça ne veut pas dire qu'elle n'a pas mal* » surtout s'il s'agit d'une fracture du col du fémur « *on sait que ça fait très mal* » donc elle donne systématiquement des anti douleurs ». Elle a des grilles d'évaluation pour les personnes qui ne parlent pas.

Pour ce qui est de la prise en charge de la personne âgée dans sa spécificité, elle trouve qu'il y a encore des progrès à faire « *et ça ne va pas en s'améliorant (...) je ne veux pas dire qu'on est mauvais, mais c'est une patientèle qu'on connaît, on travaille avec tous les jours, donc on a une bonne prise en charge globale parce qu'on a l'habitude de cette patientèle. Mais je pense qu'on a encore du boulot dans l'approfondissement de la spécificité de chaque individu* » Estime que des progrès doivent être faits au vu du turn-over des soignants, de la T2A, les aspects économiques, l'augmentation de l'âge et les polyopathologies Nécessité de formation pour les soignants pas forcément dans l'organisation du travail, car le temps de travail plus long pour les patients âgés est compté « *c'est inconsciemment pris en compte et parfois même au détriment des patients plus jeunes.* » Donne l'exemple d'une dame « *relativement jeune* » qui avait envie de parler, mais elle n'avait pas le temps, du coup elle lui a envoyé la psychologue.

Explique qu'en Belgique, les infirmières ont une formation avec une spécialisation gériatrie, gérontologie, et l'obligation dans les services qui accueillent un quota de personne âgée.

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN AVEC TANIA, IDE

Date : 21/11/2012

Moment de l'entretien : 14h, après les transmissions de l'après-midi.

Durée de l'entretien : 30,58 min.

Lieu : dans le service, bureau de la cadre de santé.

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Infirmière dans le service depuis 2009. À travaillé pendant 6 ans au SSR de Schutzenberger avant d'arriver dans le service. Est également référente personnes âgées. À la base, elle souhaitait déjà venir en traumatologie.

ORGANISATION DU SERVICE

Une vingtaine d'Infirmières, une dizaine d'aides-soignantes, ASH, cadres, 3 médecins, 3 internes, kiné. Unité mobile gériatrique, soins palliatifs.

L'ACTIVITÉ DU SERVICE

Toute population accueillie, mais la moyenne d'âge est très élevée, beaucoup de personnes âgées sont accueillies. Les personnes âgées victimes de fractures du col du fémur représentent une grande part de cette population. La principale cause de venue dans le service reste cette fracture.

UNE JOURNÉE BANALE

Arrivée le matin à 6h30 : transmissions jusqu'à 7h. Ensuite, préparation des soins en regardant les cardex, préparation des perfusions, des prises de sang, pilulier... tournée des patients. Vérification particulière pour les patients qui vont être opérés (bracelet, médicaments, papiers), sinon ce sont les perfusions, les médicaments, les prises de sang. Pendant ce temps, les AS commencent les toilettes jusqu'à 8h30. La deuxième partie de la matinée est réservée aux pansements. Entre temps, elle répond aux sonnettes, aide aux toilettes, installation. En fin de matinée, les premiers « *retours de bloc* » arrivent. Elle va avec une AS chercher les patients au bloc, fait les dossiers, relève les transmissions. Les aléas : les sonnettes. Certaines personnes peuvent être très demandeuses.

LA POPULATION ÂGÉE : SPECIFICITE DANS LA PRISE EN CHARGE

Le principal souci reste la polypathologie, pas mal d'antécédents cardio, pulmonaires. L'anesthésie peut les déranger, confusion due au changement d'environnement. Tout est à prendre en compte.

Un gros problème= les patients âgés qui arrivent aux urgences sont tout de suite catalogués déments alors qu'ils sont simplement confus de par le changement de lieu, le temps d'adaptation confusion. Il leur faut du temps pour reprendre leur repère. Cette confusion reste spécifique aux personnes âgées, elle ne rencontre pas ce genre de cas chez les patients plus jeunes. La confusion chez les patients plus jeunes n'est pas liée aux mêmes motifs : traumatisme crânien.

LES PERSONNES ÂGÉES VICTIMES DE FRACTURES DU COL DU FÉMUR

Il n'y a pas de protocole dans la prise en charge spécifique pour les personnes âgées, mais un pour l'ensemble des fractures du col du fémur même chez les plus jeunes. En général, les victimes arrivent en urgence, opération au bloc pour une prothèse totale de hanche ou une PIH et un post op habituel. Les spécificités concernent plus le post-op par rapport à l'anesthésie. Tous les patients réagissent différemment.

Le post-op : immédiat dès la sortie d'intervention : surveillance de la conscience, des paramètres vitaux (pulsations, tension, saturation) température, la douleur, si le patient urine (en fonction des anesthésies, possibilité de rétention urinaire qui peut être source de confusion chez la personne âgée), les pansements, les drainages pour les risques hémorragiques, les risques infectieux (temp.).

Les jours suivants, surveillance des pansements, de la cicatrice, les remettre debout ou au fauteuil pour éviter toute perte d'autonomie.

Les fractures de ce type chez les personnes âgées sont principalement dues à des chutes.

Elle a souvent observé : les PA en perte d'autonomie qui vit seule chez elle, se casse la figure en se prenant les pieds dans les tapis, les marches. Inadaptation du logement.

Elle demande souvent aux patients comment la fracture est arrivée. Les réponses « *c'est idiot, je suis tombé* », « *j'ai pris les pieds dans le tapis* ». Les personnes âgées ne voient pas forcément les dangers d'autant qu'elles vivent dans le même intérieur depuis des années.

La levée des patients post-op se fait le plus tôt possible, mais dépend des situations, ce n'est pas toujours le lendemain. L'objectif est de limiter la perte d'autonomie, d'escarres, de décubitus.

La prise en charge de la douleur est importante : un patient qui a mal ne sera pas levé si c'est juste pour le faire souffrir et le recoucher deux minutes après.

Risque d'anémie avec l'âge.

Insiste sur le fait que la prise en charge se fait au cas par cas même si la procédure est en générale la même selon les pathologies.

L'intervention du kiné : pour tous les premiers levés des PTH, puis tous les jours pour les marchés.

DURÉE DE LA PRISE EN CHARGE

« *Ça dépend.* » Elle se base sur le score de Parker. Pour les personnes qui ont un bon score donc beaucoup d'autonomie, l'objectif est le retour à domicile. Celles qui sont déjà très dépendantes, le SSR est la solution, donc une demande est faite sur le logiciel trajectoire.

La durée du séjour est très aléatoire selon les places disponibles. Lorsqu'il n'y a pas de places disponibles et que le retour à domicile est impossible, ils se retrouvent un peu coincés et doivent les garder 15 jours. Le retour à domicile est parfois possible si toute une équipe est mise en place : infirmière, kiné, aide-ménagère, portage des repas.

Certain patient arrive avec un Parker à 2 ou 3 et n'ont aucune aide chez eux. Le retour à domicile n'est pas envisageable avant la mise en place de ces aides par l'assistante sociale du service.

Son rôle est de faire un état des lieux de la personne et de son mode de vie à domicile et de déclarer à l'assistante sociale seulement avec l'accord du patient.

Le temps de la mise en place de ces aides peut les bloquer également.

Elle dénonce le manque de place en SSR devant le nombre croissant de personnes âgées.

L'ENTOURAGE DES PERSONNES ÂGÉES

Dépend également du patient : certains sont seuls, d'autres ont de la famille à qui ils ne parlent plus, d'autres sont plus qu'entourés.

Elle constate que les personnes moins entourées vivent moins bien leur séjour hospitalier. La fracture peut être le déclencheur d'une prise de conscience que la personne a besoin d'aide et aurait besoin d'être plus entourée. Naissance du sentiment d'isolement et dépression pour certains.

Elle préconise de se méfier du terme de dépression chez la personne âgée puisque cela existe réellement.

Le fait de se voir diminuer c'est une fatalité, le fait d'être opéré à leur âge leur fait souvent penser qu'ils vont mourir, que c'est la fin. Ces personnes-là sont à surveiller pour ne pas qu'elles tombent dans un syndrome de glissement. Ce syndrome est relativement rare, elle n'a même pas le souvenir d'en avoir vu depuis son arrivée et pense qu'il y en a plus en médecine où les pathologies chroniques deviennent aiguës à un moment. « *Une fracture, c'est simple : on opère, on répare. Sauf s'il y a d'autres complications, les gens repartent (...) et c'est réglé* »

LE DEVENIR DES PERSONNES

Elle ne sait pas ce qui se passe une fois dehors puisqu'elle ne s'occupe pas de cette partie. Elle sait que les personnes âgées partent souvent en SSR.

Elle ne revoit pas les patients sauf s'ils retombent et se recassent quelque chose ou qu'il y a un problème sur la prothèse.

ADAPTATION DE LA RELATION PAR RAPPORT AUX PATIENTS PLUS JEUNES

Oui, la communication et la relation diffèrent. Certains ne comprennent pas ce qui leur arrive.

Elle arrive à catégoriser les personnes âgées :

- celles qui ont mal, mais qui ne disent rien parce que c'est comme ça, c'est normal. Ils souffrent en silence alors que leur « *faciès est super algique* », qui vont encaisser pour pouvoir repartir plus vite
- celles qui se plaignent tout le temps et qui ne comprennent pas pourquoi on leur dit que tout va bien alors qu'elles ont mal et des hématomes.

La prise en charge est aussi difficile dans les deux cas :

- les premiers avec qui il faut se battre pour les antalgiques et qu'il faut freiner
- les deuxième, les raisonner sur le temps de la reprise de la normale

DIFFICULTÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PLUS VIEUX ?

Cela dépend encore du patient. Certains vont tout comprendre : l'opération et les suites de l'opération, les traitements, la douleur. D'autres, à l'inverse seront sans cesse dans la plainte jusqu'à reprocher aux soignants de ne rien faire parce qu'elles sont âgées.

Raconte le cas d'une patiente qui ne voulait pas qu'on la lave et a freiné les soins en mettant deux chemises de nuit et a négocié pour ne faire qu'une petite toilette. La personne crie et se plaint qu'avec elle ça ne va jamais sauf qu'en regardant le dossier, « *tous les jours c'est le même cirque* », elle refuse les médicaments et se plaint d'avoir mal et de la laisser souffrir.

Avec les patients plus jeunes « *ce n'est pas forcément mieux des fois* » : des toxicomanes en manque, insultes, violences physiques « *ils essaient de nous taper* »

=> pas plus difficile ou plus facile avec les jeunes, ça dépend du patient.

LES AMÉLIORATIONS POSSIBLES DANS LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

AUX URGENCES

Aux urgences : beaucoup d'attente sur les brancards.

La prise en charge n'est pas optimum, mais « *en même temps, les chutes arrivent souvent le week-end donc c'est les urgences qui priment* » et « *on ne pas faire une double entrée.* »

PENDANT L'HOSPITALISATION

Certains examens sanguins sont faussés à cause de la prise de certains médicaments, ou les anticoagulants, il faut donc attendre deux, trois jours avant de pouvoir les opérer. Certains patients ne comprennent pas pourquoi on leur dit tous les jours qu'ils vont être opérés, on leur fait des prises de sang et finalement non. « *Et c'est vrai, souvent le week-end, ça traîne parce qu'il y a d'autres urgences. Y'a des polytraum. Qui arrivent donc nous, nos p'tites interventions programmées (...) ça passera demain parce qu'il y a plus urgent.* »

LA FIGURE DU MÉDECIN

« *Le souci aussi souvent c'est que nos médecins ne vont les voir pour leur expliquer. Ou alors, les médecins y vont, mais n'adaptent pas leur langage. Ils vont parler ostéosynthèse et tout, mais ils ne comprennent pas. En plus ils ont cette image du médecin à qui il ne faut dire qu'on a mal, qu'on ne va pas bien. Alors ils voient les médecins, tout va bien et quand on passe derrière cinq minutes après « ah ben j'ai mal », « j'suis constipé ». « Mais vous l'avez dit au médecin ? » « Mais non je lui ai dit que ça allait. » « Mais pourquoi ? » « bein, c'est le médecin »*

Ils ne comprennent pas non plus parfois ce que le médecin raconte et n'ose pas demander d'explication ou poser des questions « *ils acquiescent, oui, oui, oui et quand on passe derrière « j'ai*

rien compris » Et nous on ne pas dire parce qu'on n'était pas avec eux lors de la visite. Respect envers le médecin qui est sacralisé. De même, elle explique que lorsqu'un homme est aide-soignant, il est souvent pris pour un médecin ou un infirmier. « Et avec eux, ça se passe souvent bien. Mais on a aussi des p'tites mamies qui refusent de se faire la toilette par un homme. Mais c'est de moins en moins, je trouve. »

Histoires de préjugés sur les personnes de couleurs.

AMÉLIORATION DANS LA COMMUNICATION

Les médecins ne se rendent pas forcément compte que les patients ne les comprennent pas. « *ils ont tellement l'habitude de parler dans leur jargon. Bon, après il y en a qui font l'effort de, mais d'autres... »*

Proposition d'adapter avec des schémas : compare avec un service pour enfant au NHC où les enfants peuvent visualiser les salles et ce qu'on va leur faire avec des playmobiles.

Schéma de la hanche pour expliquer.

Sur le circuit de l'information, importance de bien tout faire remonter et de retransmettre les infos sans modifier les propos.

« On nous demande beaucoup de choses avec peu de moyens »

À LA SORTIE

Manque de place en SSR.

Les critères de sélection des SSR : données du patient : lieu d'habitation, âge, pathologie. Et en fonction des places disponibles dans chaque établissement. « *Accord de principe* » = ok pour le patient, mais quand il y a une place.

Bon écho du logiciel trajectoire : réponses rapides et plusieurs demandes

Demande de renseignements après l'entretien : Le rôle de référente personnes âgées

« Ça consiste à partager nos connaissances spécifiques avec l'ensemble de l'équipe. En concret, avec une collègue, nous avons réalisé un diaporama sur la prise en soins d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en service de traumatologie, que nous avons présenté à nos collègues. Avec la participation de l'UMG (unité mobile de gériatrie). J'ai aussi réalisé un tableau avec les besoins spécifiques des personnes âgées, que nous n'avons pas encore exploité dans le service. C'est la cadre qui m'a demandé de devenir référente. »

LE SCORE DE PARKER

	Oui, sans difficulté et sans aide	Oui, avec une aide technique (cane, déambulateur)	Oui, avec l'aide d'une personne
Le patient marche-t-il à son domicile ?	3	2	1
Le patient marche-t-il à l'extérieur de son domicile ?	3	2	1
Le patient fait-il ses courses ?	3	2	1

Le score est la somme des points attribués à chaque question

Échelle de Cornell

(Cornell scale for depression in dementia. Biol Psych 1988; 23:271-84.)

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé, avec un MMS < 15.

L'examinateur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes.

Prénom :	Nom :	Date de naissance:.....
Date du test :		Nom et status de l'accompagnant

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien. Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

a = impossible à évaluer 0 = absent 1 = modéré ou intermittent 2 = sévère.

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR:

1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	a	0	1	2

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT:

5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES:

9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

D. FONCTIONS CYCLIQUES

12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	a	0	1	2

E. TROUBLES IDÉATOIRES:

16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	a	0	1	2
17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2

TOTAL : sur 38 Nombre de a :

Le score seuil pour penser à un syndrome dépressif est de 10.

ECHELLE D'AUTONOMIE DE KATZ (A.D.L.)

(S'informer auprès de l'infirmière et de l'Aide-Soignante).

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

<u>ECHELLE A.D.L.</u> (Aide-soignante Infirmière)	<u>1ère évaluation</u>	<u>2ème évaluation</u>	<u>3ème évaluation</u>
	Date :	Date :	Date :
	Score:	Score:	Score:
<u>HYGIENE CORPORELLE</u>			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>HABILLAGE</u>			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>ALLER AUX TOILETTES</u>			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul(e)	0	0	0
<u>LOCOMOTION</u>			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
<u>CONTINENCE</u>			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
<u>REPAS</u>			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			

Échelle de soins personnels IADL 1° partie	
Nom	Prénom
Sexe	Âge
Date	Examineur
Code	
A - Continence	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Va aux toilettes tout seul et n'est pas incontinent. 2. A besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois par semaine maximum). 3. Se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine. 4. Se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine. 5. Aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical. 	<input type="text"/>
B - Alimentation	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mange sans assistance. 2. Mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou a besoin d'aide pour s'essuyer après les repas. 3. Est souvent négligé et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir. 4. A besoin d'une assistance importante à tous les repas. 5. Ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir. 	<input type="text"/>
C - Habillement	
<ol style="list-style-type: none"> 1. S'habille, se déshabille, choisir ses vêtements dans sa garde-robe. 2. S'habille et se déshabille avec une assistance légère. 3. A besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements. 4. A besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres pour 5. Est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider. 	<input type="text"/>
D - Soins personnels (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance. 2. Se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser. 3. A besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels. 4. A besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propre après cela. 5. Réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une bonne hygiène personnelle. 	<input type="text"/>
E - Mobilité	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Va se promener dans des parcs ou en ville. 2. Se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâté de maison. 3. Se déplace avec l'aide : <ol style="list-style-type: none"> a) d'une canne, b) d'une béquille, c) d'une chaise roulante : <ol style="list-style-type: none"> y sort et y rentre sans aide, a besoin d'aide pour y rentrer et en sortir. 4. S'assied sans assistance sur une chaise ou une chaise roulante, mais ne peut se lever et en sortir sans aide. 5. Grabataire plus de la moitié du temps. 	<input type="text"/>
F - Toilette	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette). 2. Se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire. 3. Ne se lave que le visage et les mains, mais ne peut se baigner. 4. Ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave. 5. Ne se lave pas tout seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre. 	<input type="text"/>

Les activités instrumentales de la vie quotidienne - IADL-E - 2° partie

Consigne

Cette échelle doit être remplie par un membre du personnel, médico-social en utilisant une ou plusieurs des sources d'information suivantes : le malade, sa famille, ses amis.

Donner la réponse "ne s'applique pas" lorsque le patient n'a eu que rarement, ou jamais, l'occasion d'effectuer l'activité dont il s'agit. (par exemple, un patient homme peut n'avoir jamais fait la lessive). Lorsque vous n'avez pas d'informations ou des informations peu sûres, notez "ne peut pas être coté".

<p>I - Utiliser le téléphone</p> <p>1 - Se sert du téléphone de sa propre initiative. <input type="checkbox"/> Recherche des numéros et les compose, etc.</p> <p>2 - Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus.</p> <p>3 - Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler.</p> <p>4 - Ne se sert pas du tout du téléphone. * Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.</p>	<p>VI - Utiliser les transports</p> <p>1 - Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.</p> <p>3 - Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers.</p> <p>4 - Ne se déplace pas du tout à l'extérieur. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.</p>
<p>II - Faire des courses</p> <p>1 - Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - N'est indépendant que pour certaines courses.</p> <p>3 - A besoin d'être accompagné pour faire ses courses.</p> <p>4 - Est complètement incapable de faire des courses. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>VII - Prendre des médicaments</p> <p>1 - Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.</p> <p>3 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance.</p> <p>4 - Est incapable de prendre ses médicaments. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.</p>
<p>III - Préparer des repas</p> <p>1 - Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis.</p> <p>3 - Peut réchauffer et servir des repas précutés ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient.</p> <p>4 - A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>VIII - Gérer ses finances</p> <p>1 - Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert.</p> <p>3 - Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses.</p> <p>4 - Est incapable de s'occuper d'argent. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.</p>
<p>IV - Faire le ménage</p> <p>1 - Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit.</p> <p>3 - A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison.</p> <p>4 - Ne participe à aucune tâche ménagère. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>IX - Bricoler et entretenir la maison</p> <p>1 - Peut réaliser tout seul la plupart des travaux et bricolage (réparer la tuyauterie, réparer un robinet qui fuit, entretenir la chaudière et les radiateurs, réparer les gouttières...). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - A besoin d'une aide ou de directives pour réaliser quelques réparations domestiques.</p> <p>3 - Peut uniquement réaliser des travaux de bricolage élémentaires, ou des travaux tels que suspendre un cadre ou tondre la pelouse.</p> <p>4 - Est incapable de bricoler ou d'entretenir sa maison. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de bricoler.</p>
<p>V - Faire la lessive</p> <p>1 - Fait sa propre lessive. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes.</p> <p>3 - Nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc.</p> <p>4 - La lessive doit être faite par des tiers. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	

Score Global



Mini-GDS

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

1. Vous sentez- vous découragé(e) et triste ? Oui Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Oui Non
3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? Oui Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? Oui Non

Si réponse soulignée est cochée = 1 point

SCORE TOTAL : ____ / 4

Interprétation :

- Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression
- Si score total égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression

LE MMS : LE MINI MENTAT STATE

mini mental state examination (mmse) traduit en mini mental score (mms)

Ce test ne permet pas de faire un diagnostic étiologique. Il explore les fonctions cognitives.

Test	Question ou instruction	cotation	Nombre maximum de points	
Orientation dans le temps	Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? (jour mois année) Si incomplet demander : - année ; saison ; mois ; jour du mois ; jour de la semaine	5 points si date complète ou 1 point par bonne réponse à chaque question	5	
Orientation dans l'espace	Demander : - nom du cabinet - de la ville - du département - de la région - étage	1 point par bonne réponse	5	
Répéter 3 mots	Cigare, fleur, porte (ou citron, clé, ballon)	1 point par mot répété correctement au premier essai	3	
Soustraction de 7	Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois	1 point par soustraction exacte (arrêter au bout de 5)	5	Retenir uniquement le meilleur

Si le patient n'obtient pas 5 à l'épreuve de la soustraction	Epeler MONDE à l'envers	1 point par lettre correctement inversée	5	des deux scores
Répéter les 3 mots	Cigare, fleur, porte (ou citron, clé, ballon)	1 point par mot		3
Nommer un objet	Montrer un crayon, une montre et demander au patient de nommer ces objets sans les prendre en main	1 point par réponse exacte		2
Répéter une phrase	Répéter la phrase "Pas de, MAIS, de SI, ni de ET"	1 point si la réponse est entièrement correcte		1
Obéir à un ordre en 3 temps	Prenez mon papier dans la main droite, pliez-le en deux, jetez-le par terre	1 point par item correctement exécuté		3
Lire et suivre une instruction	Tendre une feuille de papier sur laquelle est écrit "fermez les yeux" et demander au patient de faire ce qui est marqué	1 point si l'ordre est exécuté		1
Ecrire une phrase	Voulez-vous m'écrire une phrase entière ?	1 point si la phrase comporte un sujet et un verbe		1
Reproduire un dessin	Montrer au patient un dessin de 2 pentagones qui se recourent sur 2 côtés et lui demander de recopier	1 point si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents		1
TOTAL maximum 30 points				

Les fonctions cognitives sont altérées si le score est inférieur à

- 19** pour les patients ayant bénéficié de **0 à 4** ans de scolarité ;
- 23** pour les patients ayant bénéficié de **5 à 8** ans de scolarité ;
- 27** pour les patients ayant bénéficié de **9 à 12** ans de scolarité ;
- 29** pour les patients ayant le **baccalauréat**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Évolution de l'espérance de vie à 60 ans en Alsace et en France hexagonale – 1990 à 2011.....	21
Tableau 2 : Estimation de population au 1er janvier, par région, sexe et grande classe d'âge en 2012.....	22
Tableau 3 : Évolution de la population en Alsace et en France 2007-2040 en %.....	24
Tableau 4 : Répartition par sexe de la population alsacienne âgée de 65 ans ou + en 2010	25
Tableau 5 : Répartition de la population de 50 ans ou + en Alsace selon le sexe et catégorie de population en 2007	26
Tableau 6 : Part des personnes âgées vivant à domicile par tranche d'âge en Alsace et en France hexagonale en 2008.....	27
Tableau 7 : Répartition de la population des 50 ans et + en Alsace selon le sexe et l'état matrimonial légal en 2007.....	29
Tableau 8 : Répartition de la population de 50 ans et + en Alsace selon le sexe et la taille des ménages en 2007	30
Tableau 9 : Répartition des décès suivant le lieu de décès par région d'enregistrement en 2009.....	42
Tableau 10 : Taux comparatifs de mortalité et d'ALD pour 100 000 personnes âgées de 75 ans ou plus – Alsace et France.....	44
Tableau 11 : Nombre moyen d'aidants potentiels (2000-2040).....	49
Tableau 12 : Estimation d'évolution des populations âgées, âgées dépendantes, et d'aidants potentiels – Alsace 2006-2031	50
Tableau 13 : Part des décès pour cause de chute accidentelle selon le sexe et la classe d'âge en Alsace en 2008	61

Tableau 14 : Les taux d'hospitalisation en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur en 2003 pour 100 000 personnes âgées de 65 ans plus en France hexagonale	77
Tableau 15 : Répartition des séjours pour FESF en 2011 dans les principaux centres hospitaliers en Alsace	79
Tableau 16 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon la classe d'âge du patient.....	79
Tableau 17 : Répartition des patients de 75 ans ou + par commune et par DP fesf	80
Tableau 18 : Répartition des séjours en Alsace selon le type de fracture	80
Tableau 19 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon le mode d'entrée	82
Tableau 20 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon la provenance	82
Tableau 21 : Répartition des séjours hospitalisés pour FESF en Alsace selon le mode de sortie	83
Tableau 22 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon la mode de sortie et la classe d'âge.....	83
Tableau 23 : Répartition des séjours pour les patients de 75 ans ou + hospitalisés aux HUS pour DP FESF selon le mode de sortie	85
Tableau 24 : Étude du pronostic vital après fracture de l'extrémité supérieure du fémur	89
Tableau 25 : Incidence de la mortalité après fracture de fémur proximal dans les séries françaises.....	90
Tableau 26 : Surmortalité par tranche d'âge chez les fracturés du massif trochantérien	91
Tableau 27 : Répartition des séjours	94
Tableau 28 : Dates de présence de l'enquêteur sur le terrain	118
Tableau 29 : Répartition des patients selon leur participation à l'enquête	119

Tableau 30 : Répartition des patients selon leur niveau de dépendance et leur lieu de vie	124
Tableau 31 : Répartition des patients selon le sexe et la situation familiale	125
Tableau 32 : Répartition des patients selon le niveau de dépendance	125
Tableau 33 : Répartition des patients selon le sexe et le niveau de dépendance	126
Tableau 34 : Répartition des patients selon le type de fracture et le traitement chirurgical	126
Tableau 35 : Répartition des patients selon la destination et la durée moyenne de séjour	127
Tableau 36 : Répartition des enquêtés selon la qualification de leur état de santé et qualité de vie	132
Tableau 37 : Répartition des patients selon le niveau de dépendance et le ressenti sur l'état de santé	133
Tableau 38 : Répartition des enquêtés selon l'aide à la marche avant et après l'hospitalisation	134
Tableau 39 : Répartition des enquêtés selon le ressenti sur l'état de santé avant et après l'hospitalisation	134
Tableau 40 : Répartition des enquêtés selon le niveau de dépendance avant et après l'hospitalisation	135
Tableau 41 : Changement dans le niveau de dépendance des patients vus avant et après l'hospitalisation	135
Tableau 42 : Répartition des enquêtés selon l'appréciation de la qualité de vie avant et après l'hospitalisation	136
Tableau 43 : Changement dans l'appréciation de la qualité de vie des patients vus avant et après l'hospitalisation	136
Tableau 44 : Répartition des enquêtés selon le degré d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne avant et après l'hospitalisation	138

Tableau 45 : Répartition des enquêtés selon les dispositifs d'aides disponibles.....	139
Tableau 46 : Répartition des enquêtés selon les aides et équipements disponibles avant et après l'hospitalisation	140
Tableau 47 : Répartition des enquêtés selon les conseils en prévention et sur les aides disponibles reçus avant et après l'hospitalisation	142
Tableau 48 : Répartition des enquêtés selon le lieu de vie avant et après l'hospitalisation	143
Tableau 49 : Changement de lieu de vie des patients vus avant et après l'hospitalisation	143
Tableau 50 : Répartition des enquêtés selon la situation familiale avant et après l'hospitalisation.....	143
Tableau 51 : Changement de la situation familiale des patients vus avant et après l'hospitalisation.....	144
Tableau 52 : Évolution des capacités d'accueil installées et financées entre 2007 et 2011 en Alsace.....	236
Tableau 53 : Répartition des personnes âgées aidées par type d'aide reçue selon le niveau de dépendance (GIR)	245

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie en France métropolitaine de 1946 à 2012	21
Figure 2 : Pyramide des âges en 2007 et 2060.....	23
Figure 3 : Répartition de la population âgée de 65 ans ou plus dans la population totale en France hexagonale en 2008.....	25
Figure 4 : répartition des personnes âgées de 80 ans ou plus vivant à domicile en 2008.	27
Figure 5 : Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en logement ordinaire – Alsace et France – 2007.....	28
Figure 6 : Revenu fiscal médian de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2005 en euros	31
Figure 7 : Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.....	32
Figure 8 : Proportion de bénéficiaires de l'aide-ménagère à domicile en 2010 en France hexagonale.....	33
Figure 9 : Taux standardisés de mortalité des femmes âgées de 75 ans ou plus – Régions de France, 2007.....	41
Figure 10 : Taux standardisés de mortalité des hommes âgés de 75 ans ou plus – Régions de France, 2007.....	41
Figure 11 : Nombre moyen de maladies déclarées par âges en 2006, hors troubles de la réfraction et problèmes dentaires	43
Figure 12 : Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus en GIR 1 à 4 en population générale (%).....	47
Figure 13 : Taux de bénéficiaires de l'Apa pour 10 000 personnes de 60 ans ou plus selon le Gir et le sexe – Alsace 2010	49
Figure 14 : Dépenses médicales par habitant et par tranches d'âges en 2008.....	52
Figure 15 : Nombre de séjours hospitaliers pour 1000 habitants de la tranche d'âge concernée (deux sexes confondus) en 2009 en France hexagonale et en Alsace.	53

Figure 16 : Consultations et visites auprès des omnipraticiens pour 1000 personnes en 2010.....	54
Figure 17 : Dépense de l'Assurance maladie secteur personnes âgées en 2008 (y compris AIS en libéral et USLD).....	55
Figure 18 : Dépense de l'Assurance maladie secteur personnes âgées en 2008 pour la prise en charge à domicile (SSIAD, AIS en libéral)	55
Figure 19 : Dépense de l'Assurance maladie secteur personnes âgées en 2008 pour la prise en charge en institution (EHPA, EHPAD, USLD).....	56
Figure 20 : Les facteurs extrinsèques de la chute.....	62
Figure 21 : Répartition des accidents de la vie courante selon le lieu de survenue.....	63
Figure 22 : Répartition des accidents de la vie courante selon l'activité	63
Figure 23 : Les clés du « bien vieillir » prévention des chutes chez les séniors	65
Figure 24 : évolution de 1986 à 2007 des taux standardisés d'hospitalisation pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur selon le sexe	66
Figure 25 : Schéma du syndrome post-chute.....	69
Figure 26 : Schéma de localisation des fractures du col du fémur	69
Figure 27 : Schéma du fémur droit.....	70
Figure 28 : Schéma de fractures cervicales et pertrochantériennes.....	70
Figure 29 : Schéma de 4 types de fractures	70
Figure 30 : Traitement par vis	Erreur ! Signet non défini.
Figure 31 : Traitement vis plaque à compression	Erreur ! Signet non défini.
Figure 32 : Prothèse céphalique type prothèse de Moore.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 33 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon la classe d'âge du patient et la durée moyenne de séjour	81

Figure 34 : Répartition des séjours pour FESF en Alsace selon le mois de sortie d'hospitalisation	84
Figure 35 : Répartition des séjours pour les patients de 75 ans ou + hospitalisés aux HUS pour DP FESF selon le mois de sortie	85
Figure 36 : Répartition des séjours de patients âgés de 75 ans ou + hospitalisés aux HUS pour DP FESF selon la durée moyenne de séjour	86
Figure 37 : Fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte.....	93
Figure 38 : Taux de mortalité au cours des séjours pour FESF en 2007 selon l'âge et le sexe.....	93
Figure 39 : Trajectoire possible des patients vivant en EHPAD à la sortie d'hospitalisation	202
Figure 40 : Trajectoires possibles des patients vivant à domicile à la sortie d'hospitalisation	203
Figure 41 : Évolution de la masse osseuse au cours de la vie	209
Figure 42 : Le macro-processus du circuit du médicament	218
Figure 46 : Taux d'institutionnalisation par tranche d'âge en EHPAD et USLD en 2008	235
Figure 47 : Taux d'équipement en hébergement permanent en France hexagonale en 2010.....	237
Figure 48 : Carte de l'hébergement permanent médicalisé (places financées en EHPAD et USLD) en Alsace.....	237
Figure 49 : Répartition des places en accueil de jour et hébergement temporaire (places financées).....	238
Figure 50 : Taux d'équipement en hébergement médicalisé en France hexagonale en .	238
Figure 51 : Répartition des personnes âgées aidées par type d'aide reçue, selon l'âge.	244

Figure 52 : Densité des médecins libéraux en France hexagonale en 2010 (pour 100 000 personnes)	255
Figure 53 : Densité des infirmiers libéraux en France hexagonale en 2011 (pour 100 000 personnes)	255
Figure 54 : Taux d'équipement en places de soins infirmiers à domicile en France hexagonale en 2010.....	256
Figure 43 : le modèle d'ajustement de la personne âgée à son environnement.....	280
Figure 44 : Les trois facteurs de résilience.....	283
Figure 45 : Les cinq domaines des tournants les plus fréquents, avec indication des principaux contenus, selon l'âge au moment de l'évènement.	293

LEXIQUE

AIS: Actes infirmiers de soins

ALD : Affection de longue durée

ANRT: Association nationale recherche technologie

APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

ASV : allocations spéciale vieillesse

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AVC : Accident vasculaire cérébral

CAMES : Centre alsacien pour le mieux-être des séniors

CEFS : le comité français d'éducation pour la santé devenu Inpes

CG : Conseil général

CIFRE : Convention industrielle de formation par la recherche

CIM : Classification internationale des maladies

CH : Centre hospitalier

CHR : Centre hospitalier régional

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CUS ; Communauté urbaine de Strasbourg

CRAV : Caisse régionale d'assurance vieillesse

DP : Diagnostic principal

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPA : Établissement d'hébergement pour personne âgée

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

EPAC : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante

ESPS : 'Enquête santé et protection sociale

FESF: Fracture de l'extrémité supérieure du fémur

FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

GIR : Groupe iso ressource

GMD: Groupes de morbidité dominante

HID : Handicap, incapacité, dépendance

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HUS: Hôpitaux universitaires de Strasbourg

IDE : Infirmier diplômé d'état

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut national de veille sanitaire

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MSA : Mutualité santé Alsace

NIP : Numéro d'identification personnel

NSP : Ne sait pas

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORS: Observatoire régional de la santé

PA : Personne âgée

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRS : Programme régional de santé

PSRS : Plan stratégique régional de santé

Q1, 2, 3... : Questionnaire 1, 2, 3...

RP : Recensement de la population

RSA : Revenu de solidarité active

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

STATISS : Statistiques et indicateurs de la santé et du social

TVA : Taxe sur la valeur ajoutée

UdS: Université de Strasbourg

USLD : Unités de soins de longue durée

|

|

Résumé : En Alsace, la pyramide des âges ne cesse de s'élargir en son sommet. Ce vieillissement de la population s'accompagne de croissantes pathologies notamment la fracture du col du fémur. Dans ce contexte, l'état de santé des personnes âgées se dégrade, les niveaux de dépendance s'accroissent, induisant de profondes conséquences sur l'organisation sanitaire. En effet les fractures du col du fémur, qui résultent principalement de chutes, représentent un défi au regard de leur fort impact à la fois sur la qualité de vie et sur la morbi-mortalité des patients. À l'heure actuelle, la prise en charge de cette fracture est prioritairement d'ordre médical avec un traitement chirurgical en milieu hospitalier. Or ces parcours de soin sont bien plus complexes. Notre étude quantitative et qualitative, menée sur une période d'une année (janvier 2012- janvier 2013) au sein du principal service de chirurgie orthopédique d'Alsace, a permis de retracer le parcours de soin de 107 patients âgés de 75 ans et plus. Nous avons ainsi comparé leur état de santé, leur degré de dépendance et leur qualité de vie un an après cette fracture. Nous avons observé une augmentation du niveau de dépendance après hospitalisation pour des patients faiblement dépendants avant la fracture. Nous avons également constaté le décès d'un tiers de notre population étudiée, confirmant les forts taux de mortalité après cette pathologie, relevés à l'échelle nationale. Le déclin d'autonomie des patients étudiés se traduit par une aide croissante pour les actes de la vie quotidienne comme l'habillage, la toilette, les déplacements dans le logement et les courses. Notre étude confirme que ces activités sont de plus en plus difficiles, voire irréalisables, après fracture pour les patients jadis plus autonomes. Le fait le plus significatif est la limitation des déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du domicile avec un besoin d'aide à la marche bien plus conséquent. Notre étude a permis de mettre à jour des parcours de soin singuliers et personnels de patients, mais aussi de mettre en évidence le nombre important d'intervenants à chaque étape de ces parcours. Certaines prises en charge peuvent amener le patient à être impliqué activement dans son parcours au côté des intervenants, mais dans la majorité des cas, et c'est là notre principale conclusion, la personne âgée n'a que très peu de place dans ce processus décisionnel. Cela est d'autant plus dommageable que cette fracture revêt une double signification. Elle est aussi bien physique que symbolique : il s'agit certes d'une assistance technique et humaine accrue, mais aussi d'une possible dépendance anticipée. Cet événement peut être considéré comme une crise, un tournant et une rupture biographiques. Il nous interroge premièrement sur les manières possibles de se relever après un traumatisme en envisageant l'environnement physique, les solidarités familiales ou les aptitudes personnelles telles que l'adaptabilité ou la sélection des activités jugées comme prioritaires. Ces aspects témoignent de l'importance des aidants professionnels et/ou non professionnels tout au long du parcours de soin des patients âgés. Au final, cette étude interactionniste permet de dégager des pistes d'actions opérationnelles dans les domaines sanitaires, politiques et éthiques afin de limiter les effets délétères de cette pathologie.

Abstract: In Alsace the top of the age structure increasingly grows. This aging of the population drains a growing number of pathologies including the fracture of the femoral neck (hereafter FFN). In a context of depressed health-conditions for elderly people, the levels of dependency are rising. It induces deep consequences for the entire health care organisation. Indeed, the FFN - resulting mainly from falls - represent a healthcare challenge regarding their strong impact on patients' quality of life and on their morbidity-mortality. Currently, the management of FFN is mainly a medical issue, with a surgical treatment in hospitals. But the healthcare channels of FFN are much more complex. We conducted a qualitative and quantitative study over one year (Jan. 2012- Jan. 2013) within the main department of orthopedic surgery in Alsace, in order to track the healthcare paths of 107 patients (75 years old or more). We compared their health, their level of dependency and their quality of life before and after the occurrence of a FFN. We observed a higher level of dependency after the hospitalisation for the patients slightly dependent before their FFN. We also observed that one third of our sample died. This fits with the national mortality rate level after a FFN. The autonomy's decline of the patients studied is reflected by a stronger need for assistance in the daily activities (dressing, bathing and basic mobility within home or to shops). These sorts of activities become more and more difficult - if not impossible - after a FFN even for formerly autonomous patients. One of our main findings includes the mobilities' limitation of the patient after FFN both within and outside their home. Our study testifies the singular and the personal healthcare paths of patients by underlining the wide number of stakeholders over the different stages of FFN care. The patients can sometimes be actively involved in the decision process, side by side with the various stakeholders, but in the majority of cases the older person is poorly integrated in the decisions for his/her care. This is all the more harmful because the FFN is in fact dual. It is both a physical and a symbolic breakage. It basically means, on one side a higher technical and a human assistance/help, but on the other side it represents an earlier dependency than expected. The FFN can therefore be considered as a crisis, a breakthrough and a biographical rupture. The FFN and its care raise a first issue on how to overcome such a trauma (by considering the physical environment, familial solidarity or personal competences e.g. adaptability, ability to prioritise actions). It also positions the importance of professional and non-professional assistants lying along the patient paths. Ultimately, our interactionist study identifies areas for pragmatic actions in the health-care, the public policies and ethic that could contribute to absorb / reduce the pernicious effects of this pathology.