



**UNIVERSITE DE LILLE**  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
**Année : 2024**

**MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN  
PRATIQUE AVANCEE**

MENTION : Pathologies Chroniques Stabilisées, Prévention et  
Polypathologies Courantes en Soins Primaires.

**Leadership clinique de l'Infirmier en Pratique Avancée :**  
**Focus sur l'accompagnement des aides-soignants dans leur rôle préventif  
des chutes, dans les EHPAD du GHT du Cambrésis.**

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à 16h

au pôle Formation

**Par Aline TORDOIT**

---

**MEMBRES DU JURY :**

**Président du jury, Personnel sous statut enseignant et hospitalier :**

**Monsieur le Docteur Paul CHAUVET**

**Enseignant infirmier :**

**Madame Gwladys ACOULON**

**Directeur de mémoire :**

**Monsieur Mikael HORVATH**

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur Horvath Mikael, pour son investissement et ses conseils dans la réalisation de ce mémoire.

J'adresse mes remerciements aux directions des soins et aux cadres de service des EHPAD des Centres Hospitaliers de Cambrai et de Le Cateau-Cambrésis qui m'ont permis de réaliser mes entretiens.

Je remercie également les aides-soignants des EHPAD des Centres Hospitaliers de Cambrai et de Le Cateau-Cambrésis qui ont participé aux entretiens et ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie mes collègues de la promotion IPA Lilloise 2022/2024, et plus particulièrement Chloé, Elodie, Lucie, Sophie et Rosa pour l'entraide apportée tout au long de la formation.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui ont contribué à la construction de ce travail.

# SOMMAIRE

## **Remerciements**

## **Glossaire**

## **Introduction générale**

## **Introduction**

### **I./Cadre théorique**

1. Le concept de leadership
2. Le concept d'accompagnement
3. La prévention de la chute

### **II./Méthode**

1. Type d'étude
2. Population
3. Les entretiens
4. Objectifs de recherche
5. Hypothèse
6. Question de recherche

### **III./Résultats et analyse**

1. Les connaissances théoriques : les causes de chute
2. La transmission de l'information
3. Les actions mises en place par les soignants dans la prévention des chutes
4. L'efficacité des actions en place
5. Des améliorations possibles pour aller vers un suivi optimal

### **IV./Discussion**

1. Réponse à la question de recherche
2. Force et limites de l'étude
3. Perspectives

## **Conclusion**

## **Tables des matières**

## **Bibliographie**

## **Annexes**

## **Abstract**

## GLOSSAIRE.

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HM : Hôpital Manager

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

## INTRODUCTION GENERALE

Exerçant en gériatrie depuis 12 ans et essentiellement en EHPAD, je me suis rendue compte au fil des années que la chute, phénomène récurrent en institution, était souvent banalisée. Pourtant comme nous le verrons dans ce travail les conséquences des chutes sont parfois graves. C'est pourquoi il me semblait intéressant de travailler sur ce thème, et de voir comment, en tant qu'Infirmier en Pratique Avancée, nous pouvions agir en amont du problème.

Pour agir en amont du problème, il était nécessaire de s'intéresser à la prévention, de voir comment les soignants pratiquent cette prévention, de quels outils ils disposent, afin de pouvoir les accompagner. En effet, l'IPA a un rôle d'accompagnement des équipes soignantes dans l'amélioration de leurs pratiques. De plus, l'IPA par son expertise est en mesure d'utiliser son leadership clinique pour réaliser cet accompagnement. Enfin, pour moi, il était important de cibler cet accompagnement auprès d'une catégorie de soignants : les aides-soignants.

C'est pourquoi ma question principale était « *En quoi le leadership de l'infirmier en pratique avancée peut-il optimiser l'exercice du rôle préventif des aides-soignants, chez le patient chuteur en EHPAD ?* »

Au départ de ce travail, j'ai pu établir un constat en partant d'une situation vécue mais qui n'est pas un cas isolé. Puis, il m'a paru intéressant de développer certains apports théoriques en lien avec mon étude. Ensuite, je présenterai la méthodologie de l'étude avant d'énoncer les résultats et la discussion.

## INTRODUCTION

Selon les chiffres de l'INSEE, au 1 janvier 2024, en France, 21.5% des habitants ont 65 ans ou plus<sup>1</sup>. Avec le vieillissement de la population, on observe une augmentation des pathologies liées à l'âge. Par conséquent, la chute est un phénomène qui devient de plus en plus fréquent dans cette population. Selon le Larousse, la chute se définit par « *l'action de tomber, de perdre l'équilibre, d'être entraîné vers le sol* ». Pour l'OMS, « *on entend par chute un événement 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* ».

Les chutes constituent un problème majeur de santé publique. Selon des données de l'assurance maladie, de 2023, il y aurait en France plus de 2 millions de personnes de plus de 65 ans qui chutent chaque année, nécessitant 130 000 hospitalisations et responsables de plus de 10 000 décès.

En 2018, l'étude ChuPaDom<sup>2</sup> a permis de décrire les circonstances et les caractéristiques des chutes à domicile afin d'identifier des profils de chuteurs et d'envisager la mise en place d'actions de prévention. Néanmoins, on retrouve peu de documentation dans la littérature concernant les chutes dans les établissements de santé et médico-sociaux. Or, elles me semblent relativement fréquentes.

En effet, infirmière en EHPAD, je suis presque quotidiennement confrontée à la chute du sujet âgé. Au sein de mon établissement, qui accueille 80 résidents, en 2022 nous avons recensé 246 chutes. De janvier à octobre 2023, nous en avons recensées 160. Parmi ces chutes, certaines ont nécessité une hospitalisation pour sutures, bilan radiologique, chirurgie ; néanmoins la plupart sont restées sans conséquence physique.

Par contre, dans les deux cas, l'impact psychologique est bien présent. Les résidents gardent une appréhension, une peur de la chute qui, souvent vont les limiter dans leurs déplacements voir dans certains actes de la vie quotidienne, pouvant conduire à un isolement social. Ces conséquences psychologiques ne sont pas anodines pour cette population gériatrique, et peuvent

---

<sup>1</sup> Institut National des statistiques et des études économiques (2024) Bilan démographique 2023. Insee Première, n°1978. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004#titre-bloc-22>, consulté le 25/05/2024.

<sup>2</sup> Torres, M, Pédrone, G, Lasbeur, L, Carcaillon-Bentata, L, Rigou, A, Beltzer, N, (2020) Chutes des personnes âgées à domicile : caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute, Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPaDom, 2018. Etudes et enquête. Santé publique France.

être à l'origine de perte d'autonomie voir de grabatisation sur un plus ou moins long terme. On peut alors voir se développer un syndrome post-chute.

Les causes de ces chutes chez le sujet âgé sont nombreuses. Au sein de l'EHPAD où j'exerce, les principales causes de chutes relatées par les agents sont liées aux troubles cognitifs. Mais beaucoup d'autres causes peuvent être soulevées.

Mon constat de départ est basé sur une situation clinique qui m'a interpellée.

### **Situation clinique :**

Dans l'EHPAD où j'exerce, réside depuis 9 ans Mr J.M. Il a été admis en 2014 car son maintien à domicile n'était plus possible. Mr présentant des troubles cognitifs, il se mettait en danger.

Lors de son arrivée à l'EHPAD monsieur présentait principalement des troubles comportementaux associés à ses troubles cognitifs, ainsi que de légers troubles de l'équilibre. Au fur et à mesure des années ses troubles se sont aggravés. Les chutes se sont multipliées. Le patient n'avait pas de mise en sécurité, il se déplaçait sans aide à la marche.

### **Antécédents principaux retenus :**

- Une maladie de Korsakoff liée à une exogénose chronique (sevrée avant l'entrée en EHPAD).
- Une fibrillation atriale
- Une épilepsie liée à de nombreux traumatismes crâniens
- Un diabète de type 2 insulino-dépendant

### **Traitements :**

- Depakine chrono 500 : antiépileptique
- Keppra 1000 : antiépileptique
- Seresta 10 : anxiolytique, de la famille des benzodiazépines
- Bisoprolol 1.25 : bêtabloquant
- Eliquis 5 : anticoagulant oral direct
- Créon 35 000 UI : extrait pancréatique
- Lantus : insuline d'action lente
- Humalog : insuline d'action rapide

Durant l'année 2023, Mr J.M. a chuté 21 fois sur les 6 premiers mois de l'année. Il n'a pas été recherché de causes à ces nombreuses chutes. Pour pallier à ce risque, un fauteuil roulant et une

canne ont été mis à sa disposition mais au vu de ses troubles cognitifs, leurs utilisations n'étaient pas concluantes. Lors des transmissions, nous entendions que *si ce patient chutait c'est parce qu'il ne tenait pas compte de son « handicap » à cause de ses troubles cognitifs, et que l'on ne pouvait rien faire*. La plupart de ses chutes étaient sans gravité. Mais au vu de la fréquence et des conséquences encourues, Mr J.M. a bénéficié d'une mise en sécurité au fauteuil et au lit. Pourtant avec ses antécédents et son traitement, les causes de ses chutes peuvent être liées à bien d'autres choses qu'à un défaut de compréhension lié à ses troubles cognitifs.

#### Questionnement :

Cette situation m'a amenée à me questionner. Je me suis interrogée sur la prévention des chutes au sein de l'EHPAD. Quelles actions pourraient-on mettre en place pour diminuer le nombre de chutes ? Doit-on agir sur les causes ? On peut alors se demander si le personnel soignant a suffisamment de notions dans ce domaine pour repérer les personnes à risque de chute, ainsi que les connaissances sur les causes de ces chutes. Non pas par méconnaissance mais peut être par le fait de ne pas y avoir été formé. En tant qu'IPA ne peut-on pas mettre en œuvre son leadership afin de faire émerger les besoins, en termes d'accompagnement, des soignants dans l'exercice de leur rôle préventif ?

Dans la première partie de mon mémoire, je développerai les principaux éléments qui sont ressortis de mon questionnement sous forme d'apports théoriques, puis en second lieu j'exposerai ma méthodologie, ensuite j'exposerai mon analyse et en dernier lieu je ferai part des résultats et de la discussion qui en ressort.

## I. / CADRE THEORIQUE

### 1. Le concept de leadership

#### a. Le leadership : du sens général au leadership clinique

Le mot leadership est emprunté de l'anglais. Dans la plupart des définitions, le leadership fait référence à une fonction de leader ; à un individu qui exerce son influence sur un groupe de personnes. La définition du Larousse est la suivante : « *fonction de leader ; position dominante* ».

Historiquement, le leadership est essentiellement managérial. En effet, on retrouve ce concept dans le management des organisations. En France, en 1916, Henri Fayol<sup>3</sup>, à travers sa théorie du management sur le commandement des organisations est un précurseur du leadership. Le terme de « leadership » n'apparaît pas dans ses écrits car au début du XX<sup>e</sup> siècle ce terme n'était pas utilisé. Fayol parle de commandement, il s'agit d'une personne qui exerce son pouvoir sur un groupe.

Jean Michel Plane<sup>4</sup>, qui s'est intéressé aux travaux d'Henri Fayol, écrit : « *D'une certaine façon, il aurait par ses capacités de leadership trouvé les clés de l'efficacité des organisations. En conceptualisant la fonction de direction, on peut dire que Fayol est probablement le père du leadership et de ses principes d'action pour le management des organisations* »<sup>5</sup>.

Après la Seconde Guerre Mondiale, le concept commence à évoluer. Mais le leadership tel que nous le connaissons aujourd'hui, apparaît dans les années 1990. Ce n'est plus le leader qui va influencer le groupe. Tous les individus du groupe, y compris le leader, vont s'influencer mutuellement. Le « leader » est un accompagnant.

Selon l'article<sup>6</sup> de Francis Mangeonjean<sup>7</sup>, « *le leader n'est pas qu'un donneur d'ordre* ». Le leader va accompagner un groupe, il va tenir compte d'objectifs communs à atteindre, ainsi que des forces et faiblesses du groupe. Il sert « d'éclaireur » et participe à la cohésion du groupe en

---

<sup>3</sup> (1841-1925) Ingénieur de formation, il a été le directeur d'une société métallurgique et minière : la *Commentry-Fourchambault* à Decazeville.

<sup>4</sup> Professeur agrégé des universités à l'Université Paul Valéry Montpellier 3 et chercheur Expert en accompagnement au développement du leadership

<sup>5</sup> Plane, JM. (2016). « Les théories du leadership : évolution des pratiques et des modèles ». Dans Noguera F. et Plane JM. (Dir.) *Le leadership, recherches et pratiques* (p. 7-32). Vuibert.

<sup>6</sup> Mangeonjean, F. (2019). Du leadership managérial au leadership clinique. *Soins*, 840, 53-55.

<sup>7</sup> Directeur de l'Organisation des Soins, Sécurité, Usagers et Qualité du centre psychothérapeutique de Laxou (Nancy)

prenant en compte les idées de chacun pour atteindre un but. Pour lui, il existe des « *éléments structurants* » du leadership managérial « *comme la posture professionnelle, la confiance, la communication adaptée, la disponibilité, la décision, le soutien, l'empathie et la reconnaissance* ».

Le concept de leadership a largement évolué au fil du temps. Il est aujourd'hui présent dans de nombreux domaines dont celui de la santé. On parle de leadership clinique.

Les éléments structurants du leadership managérial évoqués par Francis Mangeonjean, peuvent être appliqués au leadership clinique. Néanmoins, pour lui le détenteur du leadership clinique devra détenir une « *compétence technique de haut niveau* » afin de pouvoir emmener ses pairs dans « *l'apprentissage de l'excellence* ».

Dans la littérature, il est difficile de trouver une définition précise du leadership infirmier. Gita De Souza et Howard J. Klein le définissent comme un « *processus par lequel un professionnel soignant exerce une influence sur les autres membres de l'équipe, bien qu'il ne détienne aucun pouvoir d'autorité, et facilite ainsi les efforts individuels et collectifs visant à atteindre les objectifs cliniques fixés* »<sup>8</sup>.

Pour Valérie Berger<sup>9</sup> et Francine Ducharme<sup>10</sup>, « *le leadership infirmier fait appel à trois attributs qui allient : la capacité d'influencer autrui à des fins que l'on juge importantes, la capacité à modifier une situation et à produire des changements et le pouvoir de transformer* »<sup>11</sup>. Si on se réfère à ces attributs, le leadership infirmier est nécessaire pour faire évoluer les pratiques professionnelles. De plus, il permet d'obtenir des soins de qualité.

Le leadership ne fait pas partie du référentiel de compétences du diplôme d'Etat d'Infirmier<sup>12</sup>. Néanmoins, on peut le deviner au travers des différentes compétences du décret. Le leadership est une compétence qui s'acquiert avec l'expérience. Et comme nous l'avons cité plus haut, le détenteur du leadership doit être expert dans son domaine. La spécialisation de l'infirmier est un facteur de développement de son expertise. « *Se spécialiser permet à l'infirmier de*

---

<sup>8</sup> Debout, C. (2019). Clarification du concept de leadership infirmier et de ses déclinaisons. Soins, 840, 24.

<sup>9</sup> Infirmière Ph.

<sup>10</sup> Docteure en sciences infirmières

<sup>11</sup> Berger, V, Ducharme, C. (2019). Le leadership infirmier : un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession. Recherche en soins infirmiers. 136, 6.

<sup>12</sup> Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité, et de la ville ; Ministère de la santé et des sports. (2009), Arrêté du 31 juillet 2009, annexe II  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf)

développer une expertise ciblée »<sup>13</sup>. La pratique avancée étant une spécialisation du diplôme d’infirmier, nous nous intéresserons donc au leadership de l’IPA.

#### b. Le leadership clinique de l’IPA

La profession d’Infirmier en Pratique Avancée est née de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Selon le conseil international des infirmiers, l’IPA est un infirmier qui « a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession ».

Selon le référentiel de compétences de l’arrêté du 18 juillet 2018, l’infirmier en pratique avancée sera amené à « mettre en place et conduire des actions d’évaluation et d’amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique ».<sup>14</sup>

Diane Morin, infirmière, docteure en sciences infirmières Québécoise, qui a travaillé sur la pratique avancée infirmière, écrit : « La plupart du temps, ces infirmières exercent aussi un rôle-conseil auprès des équipes de soins infirmiers et agissent comme agentes de changement au sein du système de santé pour améliorer la qualité, la continuité et la sécurité des soins infirmiers, mais aussi leur performance. »<sup>15</sup>

Ann B. Hamric, professeure et doyenne adjointe à la Virginia Commonwealth University's School of Nursing (USA) a décliné 7 compétences pour définir le rôle de l’IPA, la 7<sup>ème</sup> compétence concerne le leadership : « L’IPA acquiert un savoir, un savoir-faire, un savoir-être et un savoir-agir qui lui permettent de promouvoir et de communiquer les valeurs du soin, de l’établissement et de la pratique infirmière. Elle est une « référente » clinique, sans rapport hiérarchique avec les autres infirmières. Elle identifie les opportunités d’amélioration, initie et accompagne le changement des pratiques professionnelles, en étroite collaboration avec ses pairs et l’équipe managériale. Son action vise à aider le groupe à atteindre ses objectifs efficacement ».

---

<sup>13</sup> Debout, C. (2019). Leadership et spécialités infirmières. Soins, 840, 35.

<sup>14</sup> Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

<sup>15</sup> Morin, D. (2018). *La pratique infirmière avancée vers un consensus au sein de la francophonie*. Montréal, Canada : SIDIIEF.



### Compétences de l'Infirmier de Pratique Avancée selon Hamric<sup>16</sup>.

Par leur expertise, les IPA sont amenés à utiliser leur leadership auprès des équipes soignantes. Ils ont une place centrale dans les interactions entre les différents professionnels de santé, sans relation de supériorité. Cette position va permettre un accompagnement des équipes de soins. La collaboration et le partage associés à l'expertise vont permettre de travailler ensemble sur des objectifs communs pour améliorer les pratiques professionnelles et, ainsi, la qualité des soins apportés aux patients.

#### c. Une collaboration cadre de santé / IPA

Cet accompagnement des équipes soignantes va nécessiter l'existence d'une collaboration entre le cadre de service et l'IPA.

La profession de cadre de santé a beaucoup évolué. A l'origine, on parle de « surveillante ». Son rôle est de veiller au bon fonctionnement du service, à l'application des règles. En 1951, la Croix Rouge Française offre la possibilité de suivre une formation de « surveillante » avec l'ouverture de la première école de « cadre ». En 1975, le terme « cadre de santé » apparaît dans la législation. Mais c'est l'arrêté du 18 août 1995 qui porte officiellement la création du diplôme de cadre de santé et donne un nouveau tournant à la profession. Allant aujourd'hui vers une

<sup>16</sup> Modélisé par l'UNIPA, <https://unipa.fr/le-metier/>

« *managerialisation* » du cadre de santé. En 2017, lors du salon infirmier, Dominique Combar nous<sup>17</sup> rapporte « *Le cadre de demain devra être co-auteur des transformations de l'hôpital. Il devra être un pilote ouvert et souple aux fortes compétences relationnelles. Fédérer son équipe autour d'une vision et s'appuyer sur une base personnelle de courage et d'équilibre. Les cadres doivent devenir experts du management au-delà de l'expertise métier* »<sup>18</sup>.

Au sein des services de soins, la collaboration entre le cadre du service et l'IPA est nécessaire. En effet, on retrouve une complémentarité par leur domaine d'expertise propre à chacun. Le cadre de santé occupant une fonction de management de l'équipe paramédicale, autrement dit un leadership managérial, et l'IPA comme nous avons pu le voir, qui a un rôle de leadership clinique. Ensemble ils vont permettre l'amélioration des pratiques professionnelles des soignants. L'IPA va repérer et évaluer les besoins des équipes. Puis en collaboration avec le cadre de service, l'IPA pourra mettre en place des axes d'amélioration. Cela pourra se manifester par la mise en place de formation.

Le tableau suivant, décrivant les principales missions du cadre de santé et de l'IPA, nous permet de comprendre la complémentarité de ces deux professions.

---

<sup>17</sup> Cadre de santé et présidente de l'Association nationale des cadres infirmiers et médico-techniques

<sup>18</sup> Martin L (2017). Aux origines de la fonction de cadre de santé.

<https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/170518-aux-origines-de-la-fonction-de-cadre-de-sante.html>

Cadre de Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation et coordination des activités.</li> <li>- Encadrement / Management des équipes.</li> <li>- Manager les compétences individuelles et collectives.</li> <li>- Conduire une démarche qualité et de gestion des risques.</li> <li>- Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche.</li> <li>- Contrôler et évaluer les activités.</li> <li>- Communiquer, transmettre les informations et rendre compte.</li> </ul>
Infirmier de Pratique Avancée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pratique clinique directe.</li> <li>- Prise de décision éthique.</li> <li>- Enseignement et formation.</li> <li>- Consultation, conseil aux familles et à l'équipe.</li> <li>- Recherche.</li> <li>- Leadership clinique</li> <li>- Collaboration.</li> </ul>
Infirmier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation clinique, diagnostic IDE.</li> <li>- Soins infirmiers.</li> <li>- Accompagnement dans les soins.</li> <li>- Actions diagnostic et thérapeutique.</li> <li>- Prévention, éducation.</li> <li>- Communication au patient.</li> <li>- Analyser la qualité des soins.</li> <li>- Informer et former des professionnels.</li> </ul>

### Positionnement de l'IPA<sup>19</sup>

Nous avons pu voir dans cette partie que l'infirmier en pratique avancée est en mesure, au travers de son leadership, d'accompagner les soignants. C'est pourquoi, dans cette seconde partie, je m'intéresserai au concept d'accompagnement.

## **2. Le concept d'accompagnement**

### a. Définitions

Le concept d'accompagnement est un vaste concept, il a plusieurs significations de par la diversité des domaines dans lesquels on peut le retrouver. En effet, on peut parler d'accompagnement dès lors qu'il existe une démarche tournée vers autrui.

---

<sup>19</sup> Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière, <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/positionnement-de-l-ipa-dans-la-filiere-infirmiere.html>

Au sens général du terme, selon Le Robert, « accompagner », c'est « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui ; par extension c'est soutenir, assister* ».

Pour Philippe Bagros<sup>20</sup>, « accompagner » c'est « *être le témoin solidaire du cheminement d'un autre* »<sup>21</sup>.

Selon l'HAS, l'accompagnement est « *un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres* ».

Pour Maela Paul<sup>22</sup>, le verbe « accompagner » s'articule autour du champ sémantique « conduire, guider, escorter ».

#### b. L'accompagnement professionnel

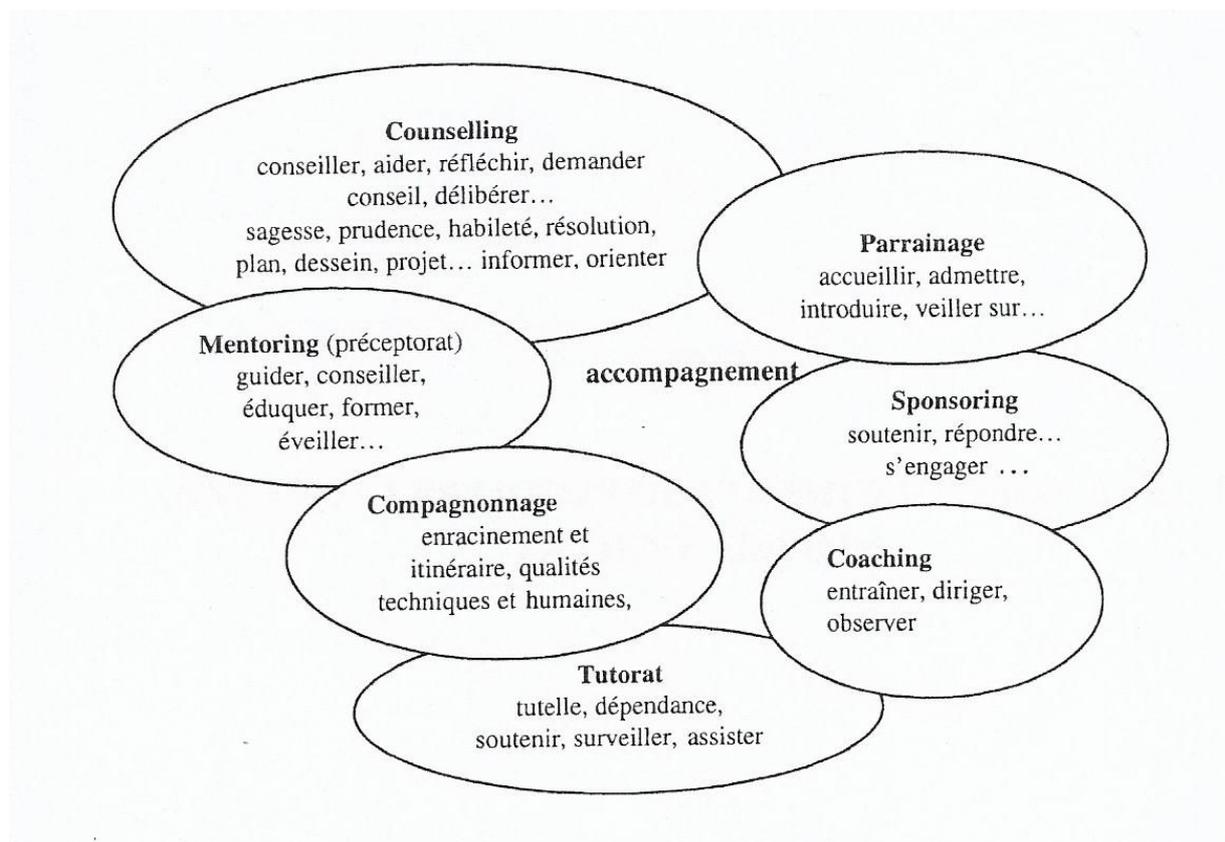
Le concept d'accompagnement est une notion qui est beaucoup utilisée. Elle peut s'appliquer dans différents domaines et dans des contextes variés. On le retrouve par exemple dans l'éducation, la santé, le social ... Dans les années quatre-vingt-dix, le concept s'est développé au sein de la sphère professionnelle avec notamment les écrits de Maela Paul. Selon elle, dans le monde contemporain, l'accompagnement se présente sous la forme de différentes pratiques. Parmi ces pratiques, on retrouve le coaching, le tutorat, le sponsoring, le counseling, le compagnonnage, le parrainage ou encore le mentoring. Maela Paul parle de « la nébuleuse des pratiques d'accompagnement ».

---

<sup>20</sup> (1933-2022) Néphrologue au CHU de Tours, responsable du département des sciences humaines de la faculté de Tours

<sup>21</sup> Bagros P. (2009). *ABCDaire des sciences humaines en médecine*. 2<sup>e</sup> édition. (p.12) Ellipses.

<sup>22</sup> Docteure en sciences de l'éducation, formatrice auprès des professionnels de l'accompagnement.



Nébuleuse des pratiques d'accompagnement selon Maela Paul<sup>23</sup>.

### c. L'accompagnement des équipes dans la formation

Au regard du schéma ci-dessus, on peut voir que certaines de ces pratiques d'accompagnement peuvent être utilisées dans la formation du personnel. En effet, l'accompagnement d'un IPA auprès d'aides-soignants pourrait s'apparenter à une pratique de counseling. Par contre si on part du principe que l'accompagnement des équipes est un accompagnement par les pairs, alors le tutorat ne semble pas approprié, car on y observe une « *relation forte type maître-apprenti* »<sup>24</sup>. Le coaching et le sponsoring ne semble pas non plus adaptés.

Dans les démarches de formation, l'accompagnant possède des connaissances qu'il va faire partager aux accompagnés, mais il est nécessaire d'adopter une posture d'accompagnement. Selon Maela Paul, « *La fonction d'accompagnement est confiée à des professionnels dont le métier est d'être soignant, enseignant, consultant... et à qui on demande de procéder à une*

<sup>23</sup> Paul M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. (p.77) L'Harmattan.

<sup>24</sup> Paul, M. (2021). *L'accompagnement : une nébuleuse*. Education permanente, 226, 146-159.

*autre manière d'être et de faire. La posture, en effet, désigne une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donnés »<sup>25</sup>.*

Pour elle, il existe des caractéristiques de la posture d'accompagnant.

- Une posture « éthique » au travers de laquelle on cherche une position où n'apparaît pas le pouvoir ou la domination.
- Une posture de « non-savoir » : *« Le non-savoir se réfère à la position du professionnel. En « ne sachant pas », il privilégie l'intelligence qui naît des échanges, du dialogue avec l'autre, et non des théories en surplomb. Il soutient un questionnement plutôt que l'affirmation ».*
- Une posture de « dialogue » : c'est grâce à cela que peut s'exercer *« la place de chacun ».*
- Une posture d'« écoute » : *« L'écoute désigne un processus de négociation des compréhensions, de délibération interactive, de conception partagée du sens ».*
- Une posture « émancipatrice » : il s'agit de *« recréer un environnement relationnel »* afin de construire quelque chose ensemble.

Ces caractéristiques peuvent s'appliquer lors d'un accompagnement par l'IPA auprès des aides-soignants. Elles permettent d'établir une relation d'écoute et de confiance, sans relation de « maître à élève ». Chacun apportant une pierre à l'édifice. La pensée réflexive qui *« correspond à une posture critique de regard sur soi-même, pour évaluer la pertinence de ses propos, de ses comportements ou de ses pensées »<sup>26</sup>* y trouve également sa place. Ces éléments permettent de réaliser un accompagnement par les pairs.

Pourtant, à l'heure actuelle, si on s'intéresse aux ressentis d'aides-soignants, il semble persister des clivages au sein des équipes de soins, chacun ayant son rôle à jouer. Ils se sentent parfois isolés dans la réalisation de leur tâche avec un manque d'information. Pour permettre de « casser les murs », et favoriser un accompagnement de qualité, il serait intéressant d'aborder brièvement les concepts de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité.

---

<sup>25</sup> Paul, M. (2012) L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Recherche en soins infirmiers, 110,13-20.

<sup>26</sup> Connac, S. (2018). Pensée critique ou pensée réflexive ? Diotime, 77.

La pluridisciplinarité c'est selon le dictionnaire de la langue française, ce qui est « *relatif à l'intégration et à l'application simultanées de plusieurs disciplines scientifiques ou académiques* ». Pour les chercheurs Gérard Fourez, Alain Maingain et Barbara Dufour « *la pluridisciplinarité consiste à traiter une question en juxtaposant des apports de diverses disciplines, en fonction d'une finalité convenue entre les partenaires de la démarche* »<sup>27</sup>. En effet, dans la pluridisciplinarité chacun apporte son point de vue en regard de la discipline qu'il exerce, les disciplines sont complémentaires mais leurs frontières sont perceptibles.

S'opposant à la pluridisciplinarité, les concepts d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité permettent de « faire tomber » les frontières des différentes disciplines.

L'interdisciplinarité, selon Guy Berger<sup>28</sup>, « *se caractérise comme une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie et des procédures* »<sup>29</sup>. Dans l'interdisciplinarités, les disciplines sont complémentaires, chacun apporte ses compétences pour les assembler vers un projet commun.

La transdisciplinarité c'est « *ce qui est au-delà de toute discipline et ce qui traverse toutes les disciplines possibles* »<sup>30</sup>. Le concept a été abordé par Jean Piaget<sup>31</sup> en 1970 qui envisage ce concept comme étant une « *étape supérieure [à la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité] qui ne se contenterait pas d'atteindre des interactions ou réciprocitys entre recherches spécialisées, mais situerait ces liaisons à l'intérieur d'un système total sans frontières stables entre les disciplines* »<sup>32</sup>.

La transdisciplinarité serait cet élément qui permettrait de « casser les murs » entre les différentes fonctions. L'utopie serait que tout le monde connaisse le travail de tout le monde afin de mieux comprendre le rôle de chacun. L'interdisciplinarité et la transdisciplinarité seraient des éléments facilitateurs de l'accompagnement par les pairs.

---

<sup>27</sup> Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. ARSI Editions.

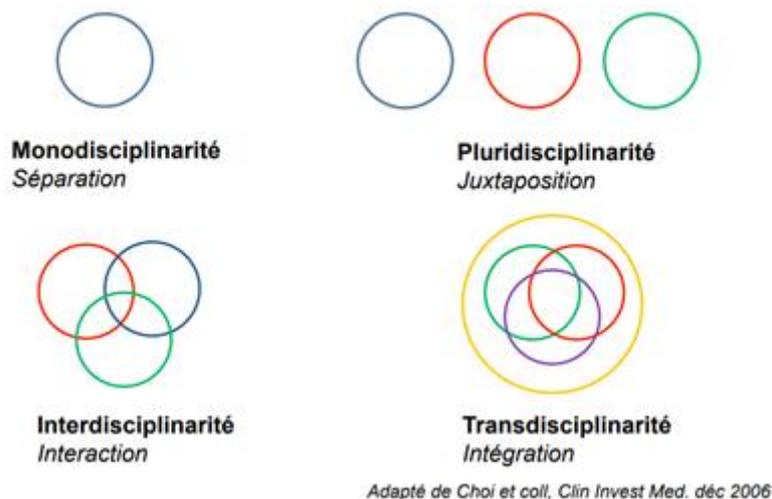
<sup>28</sup> (1932-2023) Professeur en sciences de l'éducation à l'Université de Paris 8.

<sup>29</sup> Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. ARSI Editions.

<sup>30</sup> Claverie, B. (2010). Pluri-, inter-, transdisciplinarité : ou le réel décomposé en réseaux de savoir. *Projectics / Proyéctica / Projectique*, 4, 5-27.

<sup>31</sup> (1896-1980) Biologiste, psychologue et épistémologue suisse.

<sup>32</sup> Luckerhoff, J. , Guillemette, F. , Bégin-Caouette, O. (2023). Introduction : la transdisciplinarité : perspectives et regards croisés. *Enjeux et société*, 10, 19-28.



### Représentation des concepts de pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité<sup>33</sup>.

En dernier lieu, je m'intéresserai, en lien avec ma situation clinique, à la prévention de la chute en institution.

### **3. La prévention de la chute auprès des équipes soignantes en institution**

#### **a. Repérer la fragilité pour prévenir les chutes**

Comme je l'ai écrit en introduction, la chute se définit par « *l'action de tomber, de perdre l'équilibre, d'être entrainer vers le sol* ». Les chutes sont dans la plupart des cas accidentelles. Elles touchent, par an en France, une personne sur trois de plus de 65 ans, et une personne sur deux de plus de 80 ans<sup>34</sup>.

Des études réalisées montrent que la fragilité du sujet âgée peut être un facteur favorisant les chutes. « *Plusieurs méta analyses récentes, fondées sur de grandes cohortes nationales ou*

<sup>33</sup> Espace en ETP Grand Est. En ligne : <https://www.etp-grandest.org/faq/quelles-sont-les-differences-entre-pluridisciplinarite-pluriprofessionnalite-interdisciplinarite-et-transdisciplinarite/>

<sup>34</sup> <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/prevention-des-chutes-chez-les-seniors-et-les-personnes-agees-publication-d-un#:~:text=de%20sa%20pharmacie-.Pr%C3%A9vention%20des%20chutes%20chez%20les%20seniors%20et%20les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es,pratique%20%C3%A0%20destination%20des%20professionnels&text=En%20France%2C%20environ%20une%20personne,80%20ans%20chutent%20chaque%20ann%C3%A9e.>

*internationales [...] montrent que la fragilité augmente significativement le risque de survenue de chute* ». <sup>35</sup> Selon les mêmes auteurs : « *Afin de réduire le risque de chute et leurs complications, il apparaît donc aujourd'hui nécessaire de prévenir la fragilité des personnes* ».

Il n'existe pas de définition précise de la fragilité. Selon Linda Fried, gériatre, il s'agit d'un « *syndrome biologique caractérisé par la perte des réserves et de la résistance au stress résultant de l'accumulation d'incapacités de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité pour évènements indésirables* » <sup>36</sup>. Selon elle, il existe cinq critères de fragilité :

- La perte de poids
- L'asthénie
- La baisse de la vitesse de marche
- La perte de force musculaire
- La sédentarité

Pour Linda Fried, il y a trois profils de fragilité (non fragiles, pré fragiles et fragiles). Les sujets y sont classés en fonction du nombre de critères de fragilité associés. Par exemple, s'ils possèdent trois des cinq critères ils sont considérés comme « fragiles ».

Mais les personnes âgées de plus de 65 ans en fonction du contexte médical, psychologique, social et environnemental dans lesquels elles vivent sont en général classées selon 3 profils <sup>37</sup>:

- Robustes ou vigoureux : ces sujets ont de bonnes conditions physiques et psychologiques.
- Fragiles : ils sont autonomes mais peuvent basculer dans la dépendance. Ils présentent des déficiences de certaines capacités fonctionnelles mais si les sujets sont dépistés rapidement et pris en charge, ils peuvent évoluer favorablement vers la catégorie des « robustes ».
- Dépendantes : ces sujets ont « *une impossibilité partielle ou totale d'effectuer sans aide les actes de la vie quotidienne, qu'ils soient physiques, psychologique ou sociaux ; et de s'adapter à leur environnement* » <sup>38</sup>.

---

<sup>35</sup> Monnier-Besnard S., Soleymani D., Torres M., Beltzer N., Carcaillon-Bentata L. (2022). Repérer la fragilité pour prévenir le risque de chutes chez les personnes âgées. *La santé en action*. 459, 42-44.

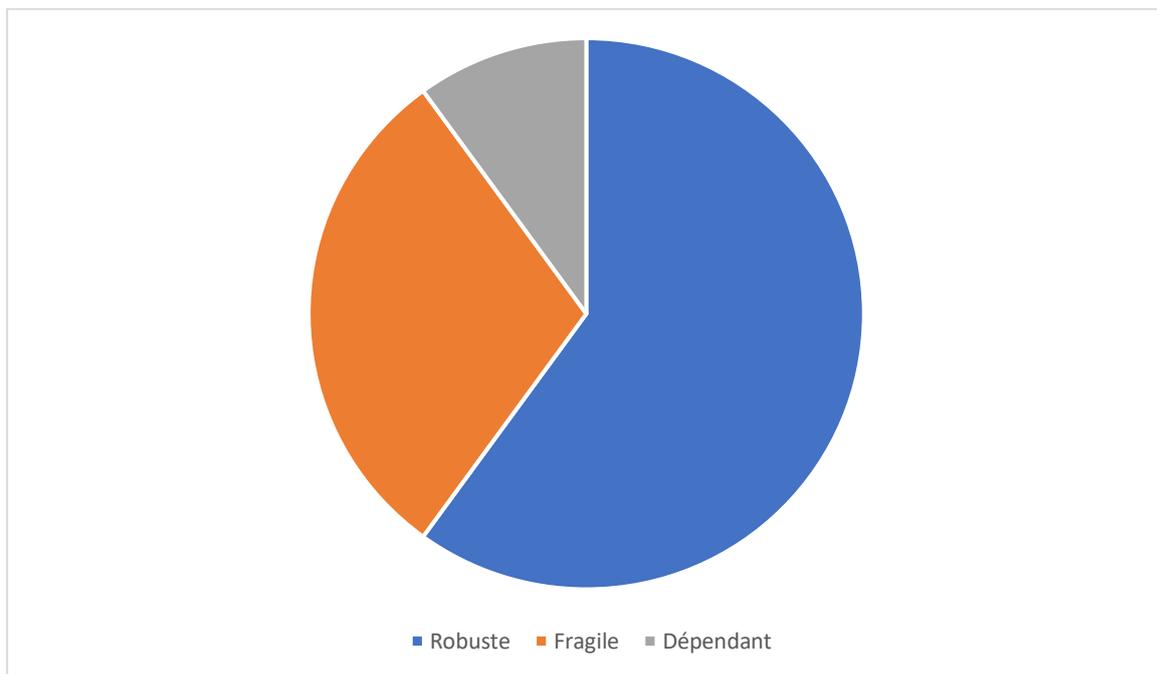
<sup>36</sup> <https://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions>

<sup>37</sup> Gerontopôle-Sud (2019) <https://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions>

<sup>38</sup> Définition de la dépendance, cours du Pr François Puisieux, chef du pôle Gériatrie du chu de Lille.

Le repérage de la fragilité peut aider à prévenir les chutes en adaptant la prise en soins des sujets.

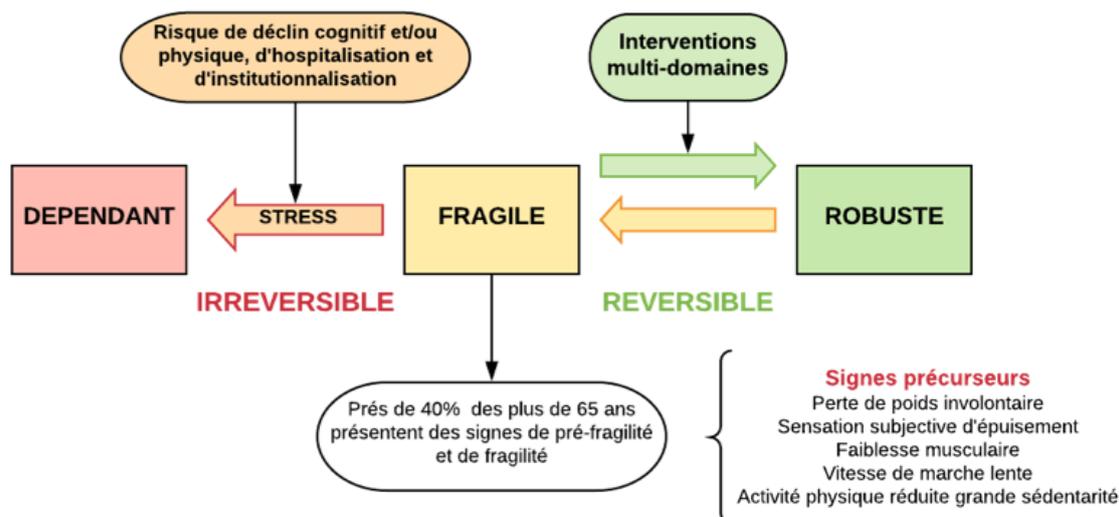
Le diagramme suivant nous montre que la part de sujets de plus de 65 ans dits « fragiles » n'est pas négligeable. Il est donc essentiel de repérer ces personnes afin de mettre en place des actions pour prévenir le risque de chute. Risque qui pourrait conduire le sujet, de par ses conséquences, de la « catégorie des fragiles » à la « catégorie des dépendants ».



Répartition par degrés de fragilité des sujets de plus de 65 ans<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Gérontopôle-Sud (2019) <https://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions>



*D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996*

### De robuste a dépendant : le processus de fragilisation.

#### b. Les causes des chutes en institution et leurs conséquences

Au regard de mon expérience et en référence aux données de la littérature, il existe de nombreux facteurs qui peuvent être à l'origine de chute :

- ⇒ Des facteurs prédisposants responsables de troubles de l'équilibre et de la marche (liste non exhaustive) :
- Les pathologies articulaires/musculaires, neurologiques, cardio-vasculaires
  - Le vieillissement : normal en corrélation avec l'âge de la personne où on pourra observer des chutes liées aux douleurs et/ou à la diminution de la mobilité, ou pathologique dans ce cas les chutes ne seront pas forcément en corrélation avec l'âge de la personne mais plutôt en lien avec un vieillissement physiopathologique.
  - Les troubles de la vision
  - Les traitements : certains médicaments peuvent avoir des effets secondaires favorisant les chutes comme les anti hypertenseurs, les benzodiazépines, les hypoglycémiant ; de plus avec l'avancée en âge les personnes sont souvent polymédiquées avec des interactions possibles suscitant un risque de chute.
  - La fragilité

⇒ Des facteurs liés à l'environnement :

- L'environnement intérieur et extérieur (présence d'obstacles, mauvais éclairages, irrégularité du sol, sol glissant, défaut d'agencement)
- Le mobilier inadapté (lit, fauteuil)
- La contention
- Le chaussage
- Des aides techniques inadaptées ou mal utilisées

⇒ Des facteurs comportementaux :

- La fatigue
- La sédentarité
- La consommation d'alcool
- La déambulation

⇒ Des facteurs « aigus » :

- La dénutrition
- La déshydratation
- La confusion.

« *Le plus souvent, la chute n'est pas la conséquence d'une cause unique mais résulte de la sommation de facteurs prédisposants et d'événements précipitants* ». <sup>40</sup> De plus, c'est la récurrence des chutes qui est problématique.

Les conséquences de ces chutes ont un impact de morbi mortalité élevée. Selon Santé Publique France plus de 9300 personnes de plus de 65 ans décèdent chaque année suite à une chute. Les conséquences psychologiques n'en sont pas moins nombreuses, dans beaucoup de cas on peut voir se développer un syndrome post-chute.

Le syndrome post chute survient comme son nom l'indique, après la survenue d'une chute. Les sujets touchés par ce syndrome vont montrer des signes d'appréhension lors de la station debout et de la marche, on pourra retrouver des difficultés dans la réalisation des transferts.

---

<sup>40</sup> Puisieux F. (2013). Chutes du sujet âgé. La revue du praticien. Médecine générale, 894, 64-65.

Progressivement, on verra apparaître une diminution des activités physiques, une perte de l'autonomie, un repli sur soi pouvant conduire à un isolement social.

Selon l'académie nationale de médecine, « *la prévalence des chutes en institution est élevée malgré une sous déclaration fréquente*<sup>41</sup> ». Afin de réduire les chutes, il est nécessaire de les prévenir. Pour cela, les aides-soignants ont un rôle à jouer.

### c. L'implication des aides-soignants : leur rôle préventif dans la prévention des chutes

Dans la prévention des chutes en EHPAD, les aides-soignants ont un rôle qui n'est pas négligeable. En effet, par la position qu'ils occupent auprès des résidents ils participent au repérage et à l'évaluation des situations à risque.

Les compétences attribuées aux aides-soignants ont évolué avec le temps. En effet, leur domaine de compétence s'est élargi. La première formation diplômante date de 1956 avec la création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant, qu'il est indispensable d'obtenir pour exercer à partir de 1960. L'arrêté du 7 juillet 1971 centre la formation sur « les besoins fondamentaux de l'homme ». Au fur et à mesure des années les enseignements s'élargissent, la gériatrie est intégrée au programme de la formation en 1982. Le diplôme d'Etat d'aide-soignant est créé en 2007. C'est avec l'arrêté du 10 juin 2021 que la formation prend un nouveau tournant avec une « refonte » du programme. Des actes jusque-là réservés aux infirmiers lui sont délégués. On peut alors se demander quelle place est donnée au rôle préventif au sein de la formation aide-soignante, qui est une formation courte mais dense.

Si on s'intéresse au référentiel de la formation aide-soignante du 10 juin 2021<sup>42</sup>, on y retrouve des compétences montrant la place de la prévention au sein de la formation. Dans le bloc 1 intitulé : « *Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale* », on retrouve la « sous compétence » suivante : « *Evaluer le degré d'autonomie, les fragilités et /ou les handicaps, les ressources et les capacités physiques et psychiques de la personne* ». Dans le bloc 2 intitulé : « *Identifier les situations à risque lors de*

---

<sup>41</sup> Académie nationale de médecine (2014). Séance du 3 juin 2014. 198, numéro 6, 1025-1039.

<sup>42</sup> Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>

*l'accompagnement de la personne, mettre en œuvre les actions de prévention adéquates et les évaluer* » avec comme « sous compétence » : « *Identifier les signes pouvant induire des fragilités potentielles ou des vulnérabilités dans les différents domaines de la vie quotidienne et transmettre les informations nécessaires* ». Au travers de ces compétences, on peut voir transparaître le rôle préventif des aides-soignants qui peut être appliqué dans la prévention des chutes.

*« Cette refonte du référentiel introduit de nouveaux apprentissages (dont des actes de soins) et en approfondit certains, comme le repérage des fragilités, la démarche qualité, la gestion des risques pour les patients et les professionnels, le raisonnement clinique en équipe pluriprofessionnelle »<sup>43</sup>.*

On peut constater l'enrichissement de la formation aide-soignante mais ce référentiel étant récent, il pourrait subsister des disparités entre les aides-soignants diplômés avant cette réforme et ceux diplômés après.

#### d. Les freins et les limites de la prévention en institution

Afin de pratiquer une prévention efficace, il est nécessaire que plusieurs critères soient réunis tel le temps, le nombre, ou encore l'adhésion. Beaucoup de soignants invoquent le manque de temps ou la pénurie de personnel pour pouvoir réaliser une évaluation et une surveillance optimales.

L'adhésion, ou plutôt la non adhésion du sujet peut être un frein à la réalisation d'action de prévention. En effet, certains résidents vont refuser les actions préconisées pour éviter les chutes. On peut par exemple évoquer : le port de chaussures adaptées, l'utilisation d'aide technique comme les cannes ou les déambulateurs, le refus d'aménager son environnement.

D'un point de vue expérientiel, j'ai également constaté que le syndrome post chute pouvait être un frein à l'adhésion du résident par la perte de confiance en soi et la peur d'une nouvelle chute.

---

<sup>43</sup> Choucraallah, I. (2021) Un alignement sur la réforme de la formation professionnelle. Soins aides-soignantes, 103, 7.

Afin de réduire les chutes et de limiter leurs conséquences, l'exercice d'un rôle préventif reste un moyen indispensable. Il est cependant nécessaire de maîtriser certaines connaissances et compétences afin de le mettre en œuvre.

## II. / METHODE

### 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, rétrospective, multicentrique. Mon étude se base sur des données recueillies au sein des cinq EHPAD du GHT du Cambrésis. Ces données sont recueillies par la réalisation d'entretiens semi-directifs.

### 2. Population

Infirmière depuis plusieurs années en EHPAD, je me suis rendue compte que les aides-soignants étaient des personnes ressources dans la prise en charge des résidents. En effet, de par le temps qu'elles passent auprès des résidents pour les aider à réaliser leurs activités de la vie quotidienne elles nouent souvent avec eux des relations singulières. Dans de nombreuses situations, elles sont souvent les premières à remarquer l'apparition d'éléments nouveaux chez les résidents, permettant d'alerter sur la survenue de signes évocateurs à l'origine de troubles physiques ou psychologiques.

Pour moi, elles sont donc des personnes ressources dans le repérage des patients à risque de chute et ont un rôle dans la prise en charge des chutes.

C'est pourquoi, j'ai choisi de centrer ma recherche sur cette population. Afin d'avoir une vision plus élargie je n'ai pas utilisé de critère d'exclusion et mon seul critère d'inclusion est d'être aide-soignant en EHPAD.

Enfin, étant infirmière au sein du GHT du Cambrésis j'ai choisi de m'intéresser aux EHPAD des deux centres hospitaliers de ce groupement. Ils sont au nombre de cinq ; un EHPAD pour le centre hospitalier de Le Cateau-Cambrésis et quatre EHPAD pour le centre hospitalier de Cambrai.

### 3. Les entretiens.

Pour réaliser cette étude, j'ai donc choisi de mener des entretiens semi directifs auprès d'aides-soignants. Avant de réaliser ces entretiens, j'ai obtenu l'accord verbal de la direction des soins et des cadres de service. Le recrutement s'est fait de façon aléatoire par les cadres de santé, en

fonction des personnes en poste le jour du rendez-vous. Dix aides-soignants ont été interviewés sur cinq EHPAD, deux par établissement. Ces soignants avaient une moyenne de 15.16 ans d'expérience dans la profession d'aide-soignant. Le plus jeune était diplômé depuis 8 mois et le plus ancien depuis 30 ans. Huit soignants sur les dix avaient une expérience professionnelle comprise entre 12 et 30 ans.

Ils ont été informés que l'entretien serait enregistré, et que l'anonymat serait conservé. Ils ont tous donné leur consentement oral avant la réalisation de l'entretien. La saturation des données a été atteinte à partir de huit entretiens, mais j'ai souhaité réaliser les deux derniers entretiens pour le confirmer.

Les entretiens se sont déroulés de manière individuelle. Néanmoins, suite à un problème organisationnel, un entretien a été mené en « duo ». A la demande du cadre de santé, deux aides-soignants d'un même EHPAD ont été interviewés en même temps. Ils ont donc répondu chacun leur tour aux questions.

#### **4. Objectifs de la recherche.**

L'objectif de ma recherche est d'évaluer les connaissances et les compétences des aides-soignants dans l'exercice de leur rôle préventif face aux chutes ; afin de pouvoir identifier leurs besoins et mettre en place, en lien avec l'encadrement, un accompagnement professionnel au travers de la formation. Et par la suite, contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles dans la prévention des chutes.

##### Objectif principal :

- Evaluer les représentations du rôle préventif des aides-soignants en termes de risque de chute dans les EHPAD du GHT du Cambrésis.

##### Objectifs secondaires :

- Faire émerger les besoins en termes de prévention du risque de chute chez les aides-soignants.
- Définir la part de leadership de l'IPA dans le domaine de la prévention des chutes auprès des aides-soignants en institution.
- Repérer les manières d'accompagner les équipes dans l'amélioration des pratiques professionnelles.

## **5. Hypothèse.**

« Par son leadership clinique, l'IPA participerait à l'accompagnement des aides-soignants dans l'exercice de leur rôle préventif de la chute dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles ».

## **6. Question de recherche.**

« En quoi le leadership de l'infirmier en pratique avancée peut-il optimiser l'exercice du rôle préventif des aides-soignants, chez le patient chuteur en EHPAD ? »

### III. / RESULTATS ET ANALYSE

Lors de la réalisation des entretiens, nous nous sommes intéressés à différents points afin de comprendre les pratiques professionnelles des aides-soignants dans l'exercice de leur rôle préventif face aux chutes, en institution. Il en ressort les résultats suivants.

#### 1. Les connaissances théoriques : les causes de chute

Afin de mettre en œuvre leur rôle préventif dans le domaine de la chute, les aides-soignants doivent avoir des compétences sur les éléments favorisant les chutes. Les soignants interviewés ont tous des connaissances sur les causes de chute. Mais on peut constater que ces connaissances sont limitées. Elles concernent surtout les causes environnementales. D'abord, six soignants sur dix donnent une attention particulière au chaussage : « *mal chaussés* », « *chaussures à l'envers* », « *les chaussures non adaptées* », « *les chaussures* », « *chaussures non adaptées* », « *les chaussons qui ne sont pas adaptés* ». Puis, trois d'entre eux évoquent le matériel utilisé « *chute du fauteuil* », « *oublie de mettre les freins au fauteuil* », l'un d'eux interpelle sur une non utilisation du matériel liée aux troubles cognitifs « *un déambulateur [...] pour certaines personnes, euh, ils n'ont pas conscience ; il y a des moments ils ne le prennent pas* ». Enfin, ils abordent des causes proprement liées à l'environnement « *le sol est glissant* », « *ils se prennent le pied dans le pied de la table* », l'éclairage, et l'aménagement de la chambre.

Concernant les facteurs prédisposants l'un d'eux cite les démences. Une soignante évoque les risques de chutes liés aux traitements « *les traitements, ils sont parfois trop lourds* », « *les bas de contention pas mis* ». Les troubles de l'équilibre et les difficultés à la marche sont également soulignées ; ainsi que les troubles de la vision cités une fois tout comme la perte d'autonomie et la fatigue.

Enfin, certains soignants évoquent les facteurs comportementaux comme la déambulation qui est citée plusieurs fois. Une personne aborde l'agitation.

Suite à ces résultats, je peux constater que les soignants ont de nombreuses connaissances sur les causes environnementales des chutes, mais que les nombreuses autres causes de chute sont moins connues. Il ne peut être ici affirmé une corrélation entre les connaissances et le fait que la personne soit jeune ou ancienne diplômée. Les soignants ont été recrutés sans critère concernant l'expérience. L'impact du nouveau référentiel aide-soignant ne peut être pris en

compte, un seul soignant inclus dans l'étude a pu en bénéficier. Il est nécessaire d'avoir des connaissances sur les facteurs de risque de chute pour assurer une prise en charge optimale. Il pourrait s'avérer intéressant de les renforcer auprès des soignants en EHPAD.

## 2. La transmission de l'information

Pour permettre une prise en charge optimale du risque de chute, la transmission de l'information reste un élément clé. C'est pourquoi, il semblait nécessaire de s'intéresser à la manière dont sont transmises les informations. Pour tous les soignants interrogés, ils évoquent le moment des transmissions en équipe et/ou de changement de poste pour s'échanger les informations « *on va en parler en équipe* », « *on voit avec le médecin aussi* », « *c'est les infirmières qui transmettent* », en parlant de la kinésithérapeute et de la professeure d'activités physiques et adaptées : « *quand on rencontre un souci franchement elles sont complètement ouvertes et on peut leur demander il n'y a pas de soucis* ».

Pour aller chercher ou donner des informations en dehors des moments de transmissions, les soignants utilisent les dossiers de soins « *le logiciel HM* », « *on a tout dans les dossiers* », « *on le marque dans leur dossier* », « *les comptes rendus de l'hôpital* ».

Concernant les résidents nouvellement arrivés un soignant donne une importance à la réalisation de la macrocible d'entrée. Cela lui permet de recueillir des éléments importants : « *on fait les macrocibles d'entrée là ils nous disent que c'est un résident à risque de chute donc on surveille on voit si on met en place quelque chose* ». Lors des entrées, un autre explique : « *quand on a une entrée, ils nous disent quand c'est des résidents à risque donc on fait une surveillance supplémentaire* ».

Dans l'un des EHPAD, les soignants expliquent l'utilisation d'affichage spécifique « *petite affiche sur la porte ou sur le mur pour dire risque de chute* », « *petite affiche sur la porte ou sur le mur pour dire risque de chute [...] on peut toujours, oui, afficher dans les chambres des personnes à risque* ».

Les moyens de transmission utilisés apparaissent suffisants et efficaces. Il semble que la communication au sein des équipes de soins soit efficace. Les soignants utilisent tous des moyens de transmissions adaptés pour partager les informations concernant les résidents à risque de chute. Ils produisent et utilisent des transmissions écrites : dossiers de soins, macrocibles d'entrée, courriers. Ils participent aux transmissions orales de manière

pluridisciplinaire. L'utilisation d'une signalétique permettant le repérage des résidents à risque pour les nouveaux soignants ou les étudiants peut être envisageable dans la mesure où elle se fait de façon discrète.

### 3. Les actions mises en place par les soignants dans la prévention des chutes

#### a. Un rôle de repérage et d'évaluation

Au sein d'une équipe de soins, le rôle de l'aide-soignant est utile dans le repérage des résidents à risque de chute. Nous pouvons nous en rendre compte lorsque dans les entretiens l'un d'entre eux nous dit : *« c'est quand même souvent nous qu'on voit parce que dans la salle de bain on voit la mobilité des gens [...] On se rend compte parce qu'on est souvent auprès d'eux, c'est nous qui passons le plus de temps en fait. [...] On est attentif à ça. En fait, la toilette c'est un moment hyper important on voit pleins de choses, on voit aussi si ils ont de la force dans les jambes, s'ils savent se retourner. Moi en général, en faisant une toilette, je vois tout de suite si la personne elle va plus ou moins marcher si je vais arriver à faire marcher. On voit énormément de choses à la toilette »*. Il nous fait comprendre son importance dans le repérage et l'évaluation du résident à risque de chute.

En effet, les aides-soignants ont également un rôle d'évaluation : *« quand on le lève on voit si il tient bien ou si sa démarche elle est facile ou pas », « on évalue, on essaie », « on fait un bilan, [...] on évalue aussi nous-même »*.

Le repérage et l'évaluation des personnes à risque peut être facilité par la connaissance du résident. Cet élément a été abordé au cours des entretiens, en effet bien connaître « son » résident permet aux soignants de remarquer plus facilement la survenue d'événements qui pourraient être facteur de chute. *« Après on connaît nos résidents à force », « On arrive à voir un peu aussi, par l'habitude », « cerner la personne et savoir quand est ce qu'elle pourrait chuter, à quel moment, si c'est à un endroit précis »*

#### b. L'adaptation de l'environnement

Les soignants mettent en place d'autres actions selon leur rôle propre, qui sont en lien avec leurs connaissances concernant les facteurs de risque de chute et qui permettent de prévenir le

risque : « *Après à notre niveau, les chaussures* », « *Nous on fait bien attention surtout aux chaussons, on fait bien attention qu'ils soient bien chaussés* », « *on essaie déjà de voir dans la chambre tout ce qui freine* », « *on voit s'il est bien chaussé, c'est la première chose et puis dégager la chambre* », « *il faut aussi qu'on fasse attention à l'environnement du résident afin qu'il ne puisse pas tomber à cause de quelque chose qui resterait par terre* ».

c. L'importance du travail en équipe

Dans tous les entretiens réalisés, apparaît la notion de travail en équipe. Les soignants nous montrent que le travail en équipe est nécessaire pour permettre une prise en charge adaptée aux résidents à risque de chute. Les discussions en équipe leur permettent de chercher et de travailler sur les causes des chutes. Nous constatons que tous apportent une importance au moment des transmissions, nous ressentons que c'est un moment de partage d'information.

Le fait de travailler en équipe dans la prévention du risque de chute va permettre, grâce aux échanges et aux différentes compétences de chacun, d'apporter des améliorations dans la prise en soins des résidents à risque de chute. Un soignant nous dit : « *on va essayer de trouver la raison* ». Nous retrouvons cette pratique chez plusieurs soignants qui vont chercher une cause à la chute grâce au travail en équipe : « *on a la kiné aussi qui est ici, [...] elle est disponible ; on a Amandine (professeure APA), [...] qui est là aussi et qui nous aide à évaluer. [...] elle donne des astuces. Et quand on rencontre un souci franchement elles sont complètement ouvertes et on peut leur demander [...] ça permet de trouver une cause à la chute et d'améliorer quelque chose* », « *la prof d'APA deux fois par semaine donc on lui dit les chutes et elle, elle peut voir les problèmes et on a une kiné aussi qui est là* », « *on voit avec le médecin aussi, voir s'il n'y a pas un traitement qui a changé* », « *voir avec le kiné si il faut mettre des aides mécaniques comme déambulateur, [...], voir avec l'infirmière aussi, le médecin* », « *j'en ai parlé à l'ergo* », « *on va en parler en équipe* ».

On peut voir au travers des propos cités, qu'il y a dans les établissements différents professionnels qui interviennent dans la prise en soins des résidents à risque de chute : les infirmiers, les médecins, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les professeurs d'activité physique et adaptée.

#### d. La place de la contention

On constate au travers des différents entretiens que la contention est une pratique répandue dans la prévention du risque de chute. En effet, 9 aides-soignants interrogés sur 10 la citent une ou plusieurs fois au cours de l'entretien : « *des résidents qui chutent fort régulièrement on leur met des ceintures de contention* », « *Souvent pour la nuit il va y avoir l'histoire des barrières* », « *si vraiment c'est répétitif, là par contre on en parlera au médecin et puis on va mettre une contention* », « *contention avec prescription par le médecin si vraiment il y a un gros risque de chute* ».

La plupart des soignants nous spécifient que la contention est une prescription et que leur rôle est la surveillance : « *s'il y en a qui sont contentionnés voir si c'est bien posé* », « *s'il y a des chutes à répétition ben ça en vient à des contentions, [...]. On réévalue régulièrement* ».

Une soignante explique aussi son rôle dans la réévaluation de cette contention : « *la contention, enfin on attend, c'est le médecin qui prescrit bien sûr mais après on met la contention en place et puis la contention on surveille que ça se passe bien et après on réévalue s'il faut la laisser* ».

L'autonomie reste néanmoins un élément à préserver, une soignante l'exprime au cours de son entretien : « *je ne suis pas trop pour, non plus, de tout le temps les contentionner, [...] je suis pour l'autonomie mais ce qui est bien c'est que déjà on réévalue à chaque fois quand ils ont un boddie ou quoi c'est vrai qu'il y a des gens on leur retire quand ça se passe bien, on réessaie ils ne restent pas contentionné tout le temps* ». Une autre soignante souligne le problème de la perte d'autonomie liée à la contention : « *une ceinture, ça fait qu'après ça les empêche de marcher et ça devient vite un cercle vicieux en gériatrie et ça c'est dommage* ».

#### e. Les nouvelles technologies au service de la prévention

Enfin, on voit apparaître l'utilisation de nouvelles technologies au service de la prévention des chutes. En effet, les soignants de 4 des 5 EHPAD me parlent de matelas connectés permettant une surveillance nocturne en évitant la pose de contention.

Je constate que de nombreuses actions sont mises en place par les aides-soignants au sein des établissements pour prévenir le risque de chute. La contention semble être un recours pour palier au risque de chute. Les soignants de deux établissements nous signalent avoir peu de chute au sein de leur unité, mais nous pouvons nous demander s'il n'existe pas un lien entre

l'utilisation des contentions et la faible fréquence des chutes. Par ailleurs, on peut noter que certains soignants ont une implication forte dans leur rôle préventif de la chute. Enfin, les soignants ont-ils une bonne connaissance du rôle propre qui leur incombe ?

#### **4. L'efficacité des actions en place**

##### **a. Des actions efficaces...**

7 des 10 aides-soignants interrogés estiment que les actions de prévention des chutes mises en place au sein de leurs établissements sont efficaces. « *Je dirai que déjà c'est bien* », « *C'est déjà pas mal* », « *c'est efficace. On a peu de chute* », « *Elles sont bonnes, elles sont efficaces* », « *Nous on fait bien attention [...] On a peu de chute* », « *c'est plutôt rare les chutes ici, on doit être efficace* », « *Je trouve que c'est efficace* ».

Pour 2 d'entre eux, l'efficacité résulte d'une bonne collaboration en équipe : « *quand il y a un problème on fait en sorte de se réunir, de régler le problème ensemble, de parler, de trouver des solutions ensemble* », « *on a quand même un échange de pratiques entre collègues* ». 2 autres soulèvent l'importance de la kinésithérapeute et de la professeure d'APA de la structure dans l'efficacité des actions en place : « *on a aussi la prof d'APA [...] et on a une kiné* ».

Je constate une banalisation de la chute « *ça fait partie des risques de la vie* », « *on a une dame, elle ne veut pas spécialement mettre les chaussures qu'on lui donne donc ben elle garde ses vieux chaussons et elle marche comme ça, elle n'en veut pas d'autres, mais le jour où elle tombera, elle tombera. On ne peut rien y faire* ».

Parfois, il peut y avoir une mise en place rapide de la contention comme moyen de prévention des chutes : « *ils déambulent comme ils veulent et après ben quand ils chutent s'il y a des chutes à répétition ben ça en vient à des contentions* ». Dans ce cas, il serait intéressant de voir quelles actions pourraient être mises en place afin de limiter la pose de contention.

## b. ... mais des limites

En effet, trois soignants pensent que ces actions ne sont pas suffisamment efficaces. « *On peut toujours améliorer* », « *pas assez efficace* », « *c'est la kiné qui n'est pas efficace* ». Pour justifier ce manque d'efficacité ils pensent qu'il faudrait « *des sécurités à mettre supplémentaires* », « *on a du mal à faire la différence entre une chute qui n'est pas tout le temps et une chute régulière. Parce que des personnes qui vont chuter malheureusement avec la pathologie ou quoi que ce soit ils vont avoir une ceinture, ça fait qu'après ça les empêche de marcher et ça devient vite un cercle vicieux en gériatrie et ça c'est dommage. C'est qu'on n'a pas assez le temps de bien réévaluer. Parce que ça va très vite en gériatrie. Je pense qu'on devrait faire une autre étape avant de mettre la ceinture et la chute, faire euh, je ne sais pas, plus surveiller, kiné, APA, ...* ».

Selon la moitié des soignants ce qui justifie l'efficacité de leurs actions c'est le faible nombre de chute, mais comme expliqué dans la partie précédente. On peut se demander s'il n'y a pas un lien entre le peu de chute et l'utilisation des contentions. Comme l'avait expliqué une soignante ne faudrait-il pas prendre le temps de mettre en place une action intermédiaire entre les chutes à répétition et la mise en place de la contention. De plus, il peut être envisageable que ces soignants n'aient pas assisté à des chutes récentes mais que des chutes se soient produites en leur absence.

De manière générale, les soignants sont plutôt satisfaits des actions de prévention mises en place mais il semble y avoir des limites. C'est pourquoi des axes d'améliorations sont nécessaires.

## **5. Des améliorations possibles pour aller vers un suivi optimal**

Selon les réponses apportées par les soignants interrogés, pour améliorer leurs pratiques professionnelles il serait judicieux d'intervenir sur plusieurs axes.

### a. La formation

La formation semble être un axe à améliorer afin de permettre un suivi et une prise en soins optimale des résidents à risque de chute. Parmi les soignants interrogés, deux évoquent

spontanément l'importance de la formation comme moyen d'amélioration des pratiques : « *Des formations on devrait en avoir tous les ans. Une piqûre de rappel ça ne fait jamais de mal. Mais c'est vrai que quand ils le font (les formations) c'est bien* » ; « *Les formations c'est toujours primordial pour savoir les nouveautés, les choses comme ça* ». Dans un des EHPAD, une soignante nous dit qu'il existe une formation mais qu'elle n'est pas systématiquement réalisée : « *Il y a une formation de chute qui existe. Après il faut la demander* ». Une soignante pense qu'il pourrait être intéressant de former les médecins : « *Former aussi les médecins, ils ne cherchent pas à comprendre ils chutent, hop, contention* ».

b. Le « repérage » des résidents à risque

Dans l'un des EHPAD, une soignante insiste sur l'importance de trouver les raisons des chutes afin de pouvoir mettre en place les actions nécessaires : « *on va essayer de trouver la raison* » ; « *essayer de comprendre la chute avant de mettre quelque chose en place c'est la meilleure solution* ». Sa collègue évoque l'idée de « *faire une grille d'évaluation, un truc comme ça, faudrait l'inventer...* » pour évaluer le risque de chute des résidents.

c. L'environnement et le matériel

Au cours des entretiens, les soignants ont porté un intérêt sur d'éventuelles améliorations concernant l'environnement et le matériel. « *On aimerait bien avoir des lits « Alzheimer », je pense que chez certaines personnes on pourrait enlever la contention grâce à ça* ». « *Peut être refaire les sols parce que ... l'établissement est assez vieux donc les sols sont un petit peu ..., ne sont plus très conformes* ». « *Dans les chambres, faire en sorte que ça soit bien rangé, c'est vrai, c'est des chambres de 2, ce n'est pas très grand c'est vite encombré* ». « *Un peu plus de matériel, des choses de meilleures qualités, parce qu'on n'a pas forcément toujours du bon matériel [...] on a quand même encore des vieux fauteuils et même certains lits* ».

Certains évoquent l'architecture et l'aménagement des infrastructures qui sont anciennes et qui peuvent être un frein à une bonne surveillance : « *on est quand même dans un établissement assez vétuste [...] vu l'établissement nous ici, c'est compliqué d'être partout à la fois* ».

d. Le travail en équipe

Certains soignants évoquent l'intérêt de travailler en équipe afin d'assurer un meilleur suivi. « *On essaie toujours de s'entraider* ». Pour l'un d'entre eux, le fait de travailler en équipe, il se sent accompagné : « *Pour moi c'est tout ce qui est prof d'APA, kiné [...] On est accompagné* ». Se sentir accompagné peut permettre à la personne de se sentir en confiance dans ce qu'elle réalise.

Comme nous l'avons déjà vu, l'amélioration à apporter serait de tendre vers la transdisciplinarité.

e. Des causes institutionnelles

Ces causes abordées par les soignants ont un impact sur la façon de pratiquer leur rôle préventif mais ne peuvent être prises en compte par notre étude. Il s'agit du manque de personnel ou encore de la notion de manque de temps. « *C'est qu'on n'a pas assez le temps de bien réévaluer* », « *Un soignant pour chaque résident* », « *Du personnel mais ça tout le monde va le dire* », « *Du kiné tous les jours* », « *un kiné fixe ici ça serait super* », « *On manque de personnel pour avoir plus de temps aussi* ».

## IV. / DISCUSSION

Avec la réalisation de ces entretiens, j'ai pu me rendre compte de la façon dont les aides-soignants en EHPAD appréhendent leur rôle dans la prévention des chutes. L'objectif principal de l'étude qui était d'évaluer les représentations du rôle préventif des aides-soignants en termes de risque de chute, semble atteint. En effet, l'étude m'a permis de faire un « état des lieux » des connaissances et des actions concernant la prévention des chutes en EHPAD.

### 1. Réponse à la question de recherche

#### a. Des disparités face au rôle préventif ....

Chaque soignant a sa manière d'appréhender son rôle préventif auprès des résidents chuteurs. Néanmoins, leur degré d'implication est différent. Certains vont chercher des raisons à la chute afin de mettre en place des actions pour prévenir la reproductibilité ; alors que d'autres évoquent plus facilement la mise en place de la contention, voir banalisent la situation. J'observe des disparités dans les pratiques professionnelles des soignants. Ces disparités semblent plus spécifiques aux unités plutôt que d'être « soignant dépendant ». De plus, je ne retrouve pas de lien de corrélation entre la façon d'exercer sa pratique professionnelle et le nombre d'années d'expérience.

#### b. ... laissant transparaître des besoins ...

Cette étude m'a permis de faire ressortir l'idée qu'il y a des besoins des équipes au sein des institutions. Car même si dans les interviews la plupart des soignants estiment que les actions existantes soient efficaces, il semblerait au décours des entretiens que des améliorations restent à apporter.

Dans les réponses apportées lors des entretiens la majorité des soignants estiment ne pas avoir de besoins spécifiques, pourtant il semble judicieux de développer d'avantage leurs connaissances et leurs compétences. Cela dans le but d'aller vers un suivi optimal de la prise en soins des résidents à risque de chute et d'amélioration des pratiques. L'apprentissage n'est pas une notion figée, il se fait tout au long de la carrière afin de persévérer dans son exercice professionnel.

c. ...et supposant un accompagnement possible par l'IPA afin d'améliorer les pratiques

Grâce à son expertise et son leadership, l'IPA peut accompagner les soignants dans l'amélioration de leurs pratiques professionnelles. Il pourra s'agir de la formation des équipes afin de leur apporter des connaissances supplémentaires à leur formation initiale. En effet, comme je l'ai expliqué précédemment j'ai pu voir que les soignants ont des connaissances concernant la prévention des chutes mais il serait intéressant de les approfondir afin de permettre un suivi optimal. J'ai pu remarquer que malgré le fait d'avoir peu de chute dans certains établissements, il reste important d'apporter des connaissances notamment sur les différents facteurs de risque de chute, et d'essayer de limiter l'utilisation de la contention

Au travers de formations et d'un travail en interdisciplinarité, l'IPA peut accompagner les équipes pour les aider à améliorer le repérage et l'évaluation des résidents à risque de chute. Il serait possible comme l'évoquait une soignante de travailler en équipe afin de mettre en place une grille d'évaluation. La création de groupes de travail au sein des équipes pourrait permettre une amélioration des pratiques professionnelles dans la prévention du risque de chute. Chaque soignant pourrait apporter son savoir-faire afin d'être complémentaire. Il s'agirait d'un accompagnement par les pairs.

La réalisation de mon étude a permis de répondre à mon hypothèse, qui était : « *Par son leadership clinique, l'IPA participerait à l'accompagnement des aides-soignants dans l'exercice de leur rôle préventif de la chute dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles* ». En effet, au travers des entretiens réalisés j'ai pu voir que des actions sont déjà en place mais qu'il existe des besoins afin d'améliorer les pratiques professionnelles.

## **2. Force et Limites de l'étude**

### a. Force

La principale force de l'étude concerne le choix de la population étudiée : les aides-soignants. Lors d'un entretien, j'ai pu recueillir des propos qui m'ont conforté dans ce choix. En effet, j'avais choisi cette population car je pense que les aides-soignants jouent un rôle dans le repérage des résidents à risque de chute de par leur « proximité » lors des soins et de l'aide apportée lors des activités de la vie quotidienne. Lors de cet entretien, j'ai pu recueillir ces propos : « *On se rend compte parce qu'on est souvent auprès d'eux, c'est nous qui passons le*

*plus de temps en fait [...] la toilette c'est un moment hyper important on voit pleins de choses [...] On voit énormément de choses à la toilette ».*

#### b. Limites

D'abord, lors de la réalisation des entretiens la difficulté principale fût d'avoir des réponses développées et argumentées, cela a nécessité des relances. Je me suis d'abord interrogée sur une difficulté de compréhension liée à la formulation des questions du guide d'entretien. Une question a été modifiée à partir du cinquième entretien, la compréhension a semblé plus facile. De plus, l'exercice n'était pas évident pour toutes les personnes interrogées, par le fait de demander une réponse sans préparation préalable certains étant plus à l'aise que d'autre. Par exemple pour la première question : 3 personnes sur 10 ont eu des difficultés à répondre, une a dit d'emblée : « *je ne saurai pas dire* ».

Ensuite, afin de voir s'il existe une corrélation entre le nombre d'années d'expérience et les connaissances et les actions menées il aurait pu être intéressant au niveau du recrutement d'avoir plus de soignants récemment diplômés. Ce qui aurait pu montrer s'il existe, ou pas, une différence au niveau des connaissances et des compétences en fonction du nombre d'années d'expérience.

Enfin, comme signalé dans la méthodologie, un entretien a été mené en « duo » cela peut être considéré comme un biais de cause organisationnelle. Suite à l'analyse, on observe que les réponses des deux soignants vont dans le même sens, néanmoins les réponses du premier n'ont-elles pas influencées les réponses du second, causant un biais dans l'étude.

### 3. Perspectives

#### a. Institutionnelles

Suite à cette étude, il serait intéressant de travailler en collaboration avec les cadres de services pour mettre en œuvre des actions, afin d'améliorer les pratiques en développant les connaissances des aides-soignants. Cela dans le but également d'apporter des bénéfices aux résidents.

Une pratique d'accompagnement par les pairs serait judicieuse afin de prendre en compte les compétences de chacun, sans relation de supériorité. Il s'agirait de travailler « main dans la main » et tendre vers la transdisciplinarité. Des outils de travail pourront être créés, comme une grille d'évaluation afin de permettre le repérage des résidents à risque. Cette évaluation pourra se faire par des aides-soignants formés, en se référant aux activités de soins qu'ils mènent quotidiennement auprès des résidents.

#### b. Territoriales

Face à cette problématique de santé publique, le gouvernement a mis en place en 2022, en lien avec les ARS des différentes régions « le plan antichute des personnes âgées ». Dans le but de réduire la mortalité liée aux chutes ainsi que les hospitalisations sur une durée de 3 ans. Au sein de ce plan, des engagements régionaux ont été formulés et des « plans régionaux antichute des personnes âgées ont été élaborés »<sup>44</sup>. Deux parcours d'accompagnement ont été créés en région dont l'un destiné aux résidents des EHPAD<sup>45</sup> et des objectifs régionaux ont été rédigés. Le plan s'échelonnant sur 3 ans, les résultats, à ce jour, ne sont pas connus.

De plus, au niveau régional, a été créé en juillet 2023, le Gérontopôle des Hauts-de-France. Il a pour objectif « *d'améliorer la qualité de vie des seniors et des personnes âgées, de leurs proches et des professionnels tout en contribuant à rendre la société plus inclusive* »<sup>46</sup>. A l'avenir on peut imaginer se créer une collaboration entre le Gérontopôle des Hauts-de-France et les EHPAD de la région, dont celles du GHT du Cambrésis, afin de conduire des projets concernant la prévention des chutes en institution.

---

<sup>44</sup> Plans régionaux antichute des personnes âgées 2022-2024 (2022) En ligne : <https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees> consulté le 26/05/2024.

<sup>45</sup> Cf. annexe

<sup>46</sup> Communiqué de presse (2023). Le Gérontopôle Hauts-de-France est créé. En ligne : <https://www.eurasante.com/news/actualite-filiere-regionale/le-gerontopole-hauts-de-france-est-cree/>

## CONCLUSION

Suite à cette étude je peux voir qu'il existe des besoins dans l'exercice du rôle préventif des aides-soignants au sein des EHPAD du GHT du Cambrésis. Je pense qu'il y aurait un intérêt à ce que l'IPA, grâce à son expertise, puisse accompagner les aides-soignants pour améliorer leur rôle de prévention face au risque de chute. L'IPA occupe une position centrale. Elle sera le lien entre les différents professionnels.

Mais, comme nous l'avons vu, il se pose encore au sein des équipes de soins une certaine forme de clivage entre les différentes catégories professionnelles qui peut être un frein à l'interdisciplinarité et à la transdisciplinarité.

L'IPA pourra répondre aux manques mais la réelle efficacité de son action ne pourra être ici démontrée. En effet, il faudrait réaliser une seconde étude suite à la mise en place d'un accompagnement des aides-soignants afin d'évaluer son efficacité.

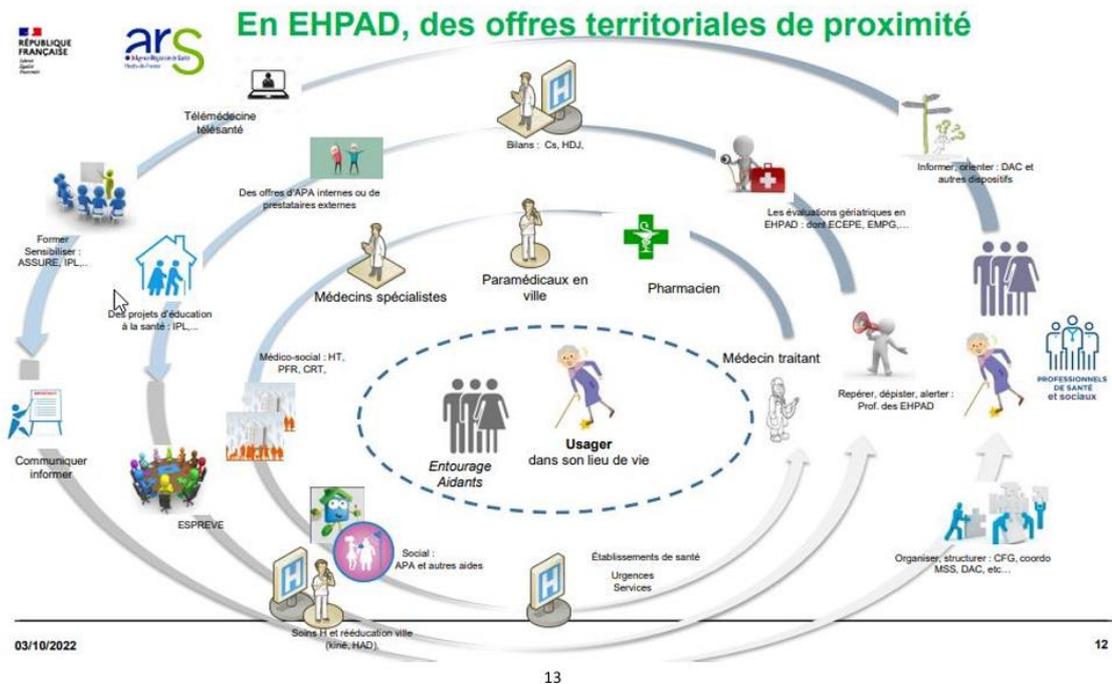
# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE .....	4
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION GENERALE.....	6
INTRODUCTION .....	7
I. / CADRE THEORIQUE.....	10
1. Le concept de leadership .....	10
a. Le leadership : du sens général au leadership clinique .....	10
b. Le leadership clinique de l'IPA.....	12
c. Une collaboration cadre de santé / IPA.....	13
2. Le concept d'accompagnement.....	15
a. Définitions.....	15
b. L'accompagnement professionnel.....	16
c. L'accompagnement des équipes dans la formation.....	17
3. La prévention de la chute auprès des équipes soignantes en institution .....	20
a. Repérer la fragilité pour prévenir les chutes .....	20
b. Les causes des chutes en institution et leurs conséquences .....	23
c. L'implication des aides-soignants : leur rôle préventif dans la prévention des chutes.....	25
d. Les freins et les limites de la prévention en institution.....	26
II. / METHODE.....	28
1. Type d'étude .....	28
2. Population.....	28
3. Les entretiens. ....	28
4. Objectifs de la recherche. ....	29
5. Hypothèse. ....	30
6. Question de recherche. ....	30
III. / RESULTATS ET ANALYSE .....	31
1. Les connaissances théoriques : les causes de chute.....	31
2. La transmission de l'information .....	32
3. Les actions mises en place par les soignants dans la prévention des chutes.....	33
a. Un rôle de repérage et d'évaluation.....	33
b. L'adaptation de l'environnement .....	33
c. L'importance du travail en équipe.....	34
d. La place de la contention .....	35

e.	Les nouvelles technologies au service de la prévention .....	35
4.	L'efficacité des actions en place .....	36
a.	Des actions efficaces .....	36
b.	... mais des limites .....	37
5.	Des améliorations possibles pour aller vers un suivi optimal .....	37
a.	La formation.....	37
b.	Le « repérage » des résidents à risque .....	38
c.	L'environnement et le matériel .....	38
d.	Le travail en équipe .....	39
e.	Des causes institutionnelles .....	39
IV.	/ DISCUSSION.....	40
1.	Réponse à la question de recherche.....	40
a.	Des disparités face au rôle préventif .....	40
b.	... laissant transparaître des besoins .....	40
c.	...et supposant un accompagnement possible par l'IPA afin d'améliorer les pratiques .....	41
2.	Force et Limites de l'étude .....	41
a.	Force .....	41
b.	Limites .....	42
3.	Perspectives .....	42
a.	Institutionnelles .....	42
b.	Territoriales.....	43
	CONCLUSION .....	44
	TABLE DES MATIERES .....	45
	Annexe 1 : Parcours d'accompagnement des personnes à risque ou « chuteuses » en EHPAD .....	47
	Annexe 2 : Guide d'entretien .....	48
	Annexe 3 : Entretien n°1 .....	49
	Annexe 4 : Entretien n°2.....	52
	Annexe 5 : Entretien n°3.....	55
	Annexe 6 : Entretien n°4.....	59
	Annexe 7 : Entretien n°5 et 6 .....	61
	Annexe 8 : Entretien n°7 .....	65
	Annexe 9 : Entretien n°8.....	67
	Annexe 10 : Entretien n°9 .....	69
	Annexe 11 : Entretien n°10 .....	72
	BIBLIOGRAPHIE.....	74
	ABSTRACT .....	77

# Annexe 1 : Parcours d'accompagnement des personnes à risque ou « chuteuses » en EHPAD<sup>47</sup>

## b. Un parcours d'accompagnement des personnes à risque ou « chuteuses » en EHPAD :



<sup>47</sup> Plan de prévention des chutes – Hauts de France 2022/2025 (2022). <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/plan-regional-antichute-des-personnes-agees-2>

## Annexe 2 : Guide d'entretien

### Guide d'entretien.

- Evaluer les compétences des aides-soignants dans le repérage des résidents à risque de chute.
- ⇒ Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?
  
- Rechercher les moyens de communication utilisés afin de mettre en œuvre de façon optimale leur rôle préventif face aux chutes.
- ⇒ Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?
  
- Evaluer les actions de prévention mises en place selon le rôle propre de l'aide-soignant.
- ⇒ Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?
  
- Identifier l'évolution des pratiques professionnelles dans la prévention du risque de chute.
- ⇒ En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?
  
- Identifier la manière d'accompagner les soignants dans la prévention des chutes.
- ⇒ Selon vous, quelle serait la meilleure manière de permettre un suivi optimal dans la prévention des chutes ?

### **Formulation de la question modifiée à partir du cinquième entretien.**

- ⇒ Pensez-vous avoir des besoins supplémentaires pour améliorer la prise en charge des résidents à risque de chute ?

## Annexe 3 : Entretien n°1

### Entretien n° 1 : AS 1 - EHPAD 1 – diplômé depuis 15 ans.

⇒ *Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?*

Les principales causes de chute ... je calcule, laissez-moi réfléchir, euh je réfléchis à ma dernière chute, eh ben ça peut être quand ils mangent, ils se prennent le pied dans le pied de la table. J'ai eu le tour tout à l'heure. Ça peut être ... chute du fauteuil qui, quand ils veulent se lever. Après ça peut être parce que le sol est glissant et après euh sol glissant ou alors ils se prennent les pieds dans les cales pied du fauteuil ou euh mal chaussés.

⇒ *Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?*

Euh .....

*Comment avez-vous connaissance que ce résident, là il est à risque de chute ou est-ce que c'est vous par vous-même qui estimez que lui il est plus à risque qu'un autre.*

Ben c'est quand il y a des chutes à répétition donc on le marque dans leur dossier, chutes à répétition et on fait des surveillances.

*Et pour ce qui est de transmettre c'est les infirmiers qui vont vous dire ce résident il est à risque ou c'est vous avec votre œil ... ?*

...Ben disons quand on a une entrée, ils nous disent quand c'est des résidents à risque donc on fait une surveillance supplémentaire et sinon c'est les infirmières qui transmettent.

*Et vous de ce que vous connaissez, votre formation, vous avez quand même l'œil.*

*Est-ce que cette façon de communiquer vous semble suffisante ?*

On met aussi sur les portes des affichettes pour dire que déjà le résident s'il est en fauteuil roulant ou canne et une autre petite affiche sur la porte ou sur le mur pour dire risque de chute donc quand vous rentrez dans la chambre vous savez s'il y a risque de chute ou pas. Après on connaît nos résidents à force.

⇒ ***Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?***

Ben déjà je vais prendre une résidente, euh qui avance très bien avec son fauteuil avec ses pieds mais on lui laissait tout le temps les cales pieds donc j'en ai parlé à l'ergo, je lui ai dit ça serait bien de lui enlever ses cales pieds parce qu'un jour elle va passer au-dessus ; donc on lui a enlever les cales pieds ; c'est vrai que ça servait à rien, elle ne s'en sert pas, en plus. Sinon, euh, qu'est-ce qu'on met en place ? C'est ça ?

*Oui, les actions que vous mettez en place.*

Après quand c'est des résidents qui chutent fort régulièrement on leur met des ceintures de contention pour éviter ... Euh après, il y a des signalisations quand les sols sont glissants.

*Et au niveau institutionnel, on vous apporte des solutions ?*

Oui de temps en temps ils font des formations.

*Et l'ESPREVE*

....

*C'est l'équipe spécialisée de prévention dans les EHPAD, ils peuvent intervenir pour travailler sur le risque de chute, auprès des résidents mais aussi des équipes.*

Ah oui j'ai déjà eu une formation, c'est vrai que c'est intéressant ça devrait être tous les ans.

⇒ ***En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?***

Je dirai que déjà c'est bien, on peut toujours améliorer mais bon après ça dépend des résidents qu'on a. Il y a peut-être des sécurités à mettre, supplémentaires.

*Les ergos qui viennent dans le cadre de l'ESPREVE, elles viennent aussi voir le résident et elles mettent en place des actions comme dans l'aménagement de l'espace dans la chambre ?*

Oui, pour les adaptables tout ça, parfois enlever certains meubles car parfois il y a des risques de chute.

*Du coup, est ce qu'en faisant toutes ces choses, il y a, vous voyez une diminution du nombre de chute ou pas ?*

Ah si on le voit quand même.

⇒ *Selon vous, quelle serait la meilleure manière de permettre un suivi optimal dans la prévention des chutes ?*

....

*Est-ce que vous auriez besoin de quelque chose de supplémentaire ? Un apport de connaissances ? Des formations en plus ?*

Des formations on devrait en avoir tous les ans. Une piqûre de rappel ça ne fait jamais de mal. Mais c'est vrai que quand ils le font (les formations) c'est bien.

*Est-ce que vous avez eu notion aussi de ce qu'on appelle les épines irritatives ? Ou sur ce qui concerne les fragilités du sujet âgé ?*

Euh.....On fait attention à la dénutrition.....Les troubles du comportement, et ça c'est difficile à gérer.

*Avez-vous des choses à rajouter ?*

Non.

## Annexe 4 : Entretien n°2

### Entretien n°2 : AS 2 - EHPAD 2 – diplômé depuis 4 ans.

⇒ *Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?*

Chute. Bon alors en général, il y a toujours les démences des patients qui ne se rendent pas forcément compte de leur état. Après ... bah en général, c'est plus ça. Après le matériel, bah les trucs comme ça on arrive à peu près à gérer ils ont tous un déambulateur et tout mais forcément, avec, pour certaines personnes, euh, ils n'ont pas conscience ; il y a des moments ils ne le prennent pas. Ils vont des moments dans l'escalier, ils ne comprennent pas trop, ils mettent leurs chaussures à l'envers. Après c'est surtout des petits détails comme ça, quoi.

⇒ *Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?*

(Hésitation)

*Autrement dit, comment est-ce qu'on vous prévient que telle personne est à risque, par exemple ?*

Ben c'est, euh, on le fait par transmissions quand on sent qu'il y a quelque chose mais après on peut le voir, on peut le détecter nous même ou quand on voit la personne comment elle déambule comment elle marche, si, comment elle met ses chaussures, comme je disais tout à l'heure. On arrive à voir un peu aussi, par l'habitude.

Sinon c'est dans les transmissions, on nous dit de bien faire attention à cette personne-là. Quand la personne arrive, qu'on ne la connaît pas on a les informations d'avant, donc on sait à peu près la personne comment elle va réagir. Et après si une personne se dégrade on le voit aussi si elle a besoin ou pas de plus de matériel pour marcher ou autre.

*Ces méthodes de transmissions, est ce qu'elles sont suffisantes ? Ou est ce qu'il pourrait y avoir d'autres façon de communiquer ?*

D'autres façons, je pense qu'on peut toujours en avoir. On peut aussi mettre dans leur chambre des papiers avec euh, des petits résumés s'il faut pour certaines personnes. Après pour l'instant les transmissions ça a l'air de plus ou moins marcher mais s'il faut mettre plus, on peut toujours, oui, afficher dans les chambres des personnes à risque.

⇒ *Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?*

Eh ben, du coup, ça dépend s'il y a plusieurs barrières prescrites ou pas. S'il y a des barrières, ben les barrières pour éviter justement qu'ils se lèvent la nuit et qu'ils chutent. Après si, bien regarder justement ses chaussures toujours, son matériel de déambulation fauteuil ou autre, et puis s'il y en a qui sont contentionnés voir si c'est bien posé.

⇒ *En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?*

Mises en place, euh, il y a des formations, toujours des trucs comme ça, donc après, après on essaie de voir en fonction, on essaie de s'adapter, quoi.

*Est-ce que dans les formations que vous avez, ce sont des formations qui sont orientées sur la pratique, ou il y a aussi un côté un peu plus théorique, sur par exemple les fragilités du sujet âgé ?*

Je n'en ai pas encore fait. Mais par rapport aux enseignements que j'ai eu à l'école. Nous c'est aussi, ça aussi, par exemple si la personne est fatiguée le matin, on fait attention aussi parce qu'elle risque aussi de chuter à ce moment là, donc après on voit aussi. Après même avec le traitement, si on voit que la personne a eu son traitement à ce moment là on fait attention.

*Donc il y a des choses que vous avez vu à l'école mais pas forcément ici dans les formations déjà reçues ?*

Oui parce qu'ici je n'y suis pas encore allé.

*En ce qui concerne les fragilités du sujet âgé, vous en parlez à l'école ?*

Oui.

⇒ *Selon vous, quelle serait la meilleure manière de permettre un suivi optimal dans la prévention des chutes ?*

...

*S'il y a des choses dont vous pourriez avoir besoin ?*

Les formations c'est toujours primordial pour savoir les nouveautés, les choses comme ça. Après je pense que c'est beaucoup de transmissions et de surveillance auprès de la personne qui est importante pour bien justement cerner la personne et savoir quand est ce qu'elle pourrait chuter, à quel moment, si c'est à un endroit précis.

*Est-ce que vous souhaiteriez rajouter des choses dont on n'aurait pas parlées ?*

Pas forcément.

## Annexe 5 : Entretien n°3

### Entretien n°3 : AS 1 - EHPAD 2 – diplômé depuis 12 ans.

⇒ *Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?*

Alors il y a ben les déambulations, ça c'est il y a des gens qui veulent se lever alors qu'ils oublient qu'ils ne peuvent pas marcher, ensuite, euh, je peux parler aussi de la nuit du coup ?

*Oui bien sûr.*

Des fois, on a des déambulations nocturnes donc ben les couloirs ne sont pas éclairés la nuit donc ça c'est une cause aussi de chute. Ensuite, ben quand il y a de l'agitation, quand ils sont agités, euh, ensuite ben ça peut être un accident, un sol glissant ou on oublie de mettre les freins au fauteuil, parce que là on a eu le cas avec une famille. Un monsieur qui a oublié de mettre à sa femme les freins et il lui a dit « vas-y, assieds-toi » et puis voilà le fauteuil est parti en arrière. Ou même les résidents qui oublient de mettre leurs freins et qui se lèvent et quand ils veulent se rasseoir ben le fauteuil recule malheureusement. Voilà les principales causes de chute, pour moi, qu'on peut rencontrer. Ah et aussi des fois les chaussures non adaptées, ça aussi, ça me revient,

⇒ *Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?*

Quand on a une chute, on va avoir les transmissions. Ou c'est quand ils sont au sol, quand ils sont tombés ?

*Quand vous avez un nouveau résident qui rentre ou un résident qui est déjà là mais qui a un risque de chute, comment on vous transmet l'information de faire attention pour ces résidents là ?*

Ben déjà à leur entrée, on fait un bilan, on leur demande, on évalue aussi nous même, de voir comment ils marchent s'ils n'ont pas des troubles, s'ils ne titubent pas. On peut mettre en place aussi des moyens, en fait on va évaluer à leur entrée, on va les faire marcher, voir déjà avec un soignant, deux soignants, ou avec une aide comme un déambulateur. Et si on se rend compte que déjà dans les comptes rendus de l'hôpital généralement c'est dit pour cause de chutes à répétition au domicile, donc là on va mettre en place, euh, on va en parler en équipe, avec le médecin et on voit et on met un boddie de contention au fauteuil en place

*Et discutez aussi au moment des transmissions ?*

Oui on en discute. Après c'est des fois, là on a un monsieur c'est pareil quand il est arrivé risque de chute plus, plus, plus à domicile il ne faisait que chuter et en fait ben ce monsieur maintenant on lui a retiré le boddie de contention, je veux dire ce n'est pas parce qu'ils ont, ils sont contentonnés à leur entrée qu'ils vont toujours le rester, on va réévaluer, on va voir quoi, par la suite.

*Oui il y a une réévaluation régulièrement ?*

Voilà c'est ça et puis on en discute en équipe.

*En synthèse ?*

Ben souvent on en parle en équipe en disant ben ça y est, il s'est adapté, il est plus calme donc du coup euh, on en parle, on fait un essai pendant une matinée, voir comment ça se passe et si on voit que non il y a trop risque ben c'est tout mais on aura essayé. Et si on voit que le monsieur reste calme on essaie une journée complète ainsi de suite, on surveille, et après on décide de le retirer on en reparle avec le médecin et puis voilà.

⇒ ***Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?***

Ce que je fais.... Souvent pour la nuit il va y avoir l'histoire des barrières, ça pareil on en parle, quand il y a une entrée ben on évalue on essaie, il y a une surveillance sommeil à leur entrée pendant trois jours pour voir aussi comment ça se passe avec les barrières. Après à notre niveau, les chaussures, CHUT, on en parle. Ensuite, on essaie de mettre des moyens, si on voit qu'ils peuvent quand même marcher avec un déambulateur, après on a la kiné aussi qui est ici, si par exemple à l'entrée on voit qu'on a du mal au lever, la kiné elle est disponible ; on a Amandine, alors elle, elle fait partie, je ne sais plus, je n'arrive pas à retenir le nom mais on a Amandine qui est là aussi et qui nous aide à évaluer.

*Une ergo peut être ?*

Oui mais elle fait partie d'une association et je ne sais plus le nom, donc voilà, elle va nous aider aussi, elle fait marcher des résidents dans les couloirs, elle donne des astuces. Et quand on rencontre un souci franchement, elles sont complètement ouvertes et on peut leur demander il n'y a pas de soucis. Pareil, là c'est parce que je le vois, on a un tableau avec les chutes et on

leur marque le nom, le prénom, la date de la chute et Amandine va aller les voir, comme ça, ça permet de trouver une cause à la chute et d'améliorer quelque chose.

⇒ ***En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?***

C'est déjà pas mal. Après on a les bodies de contention au fauteuil, on a les securi draps la nuit pour les gens qui sont agités et qui veulent passer au-dessus des barrières et qui ne peuvent pas marcher.

*Les securi draps c'est avec des fermetures éclairs ?*

Alors en fait, ça va être une fermeture qui fait le tour de la personne donc on a ... après je peux en montrer un, pour faire en photo, il y a différentes tailles, c'est par rapport au poids de la personne et en fait on attache au lit et on a une fermeture qui fait le tour et qu'on réattache au bout du lit et en fait c'est ce qui remplace les ceintures ventrales. On a quand même dû refaire une commande de ceinture ventrale parce que des fois on a des résidents trop agités et il y a un peu des risques quand ils arrivent à passer un bras à l'intérieur ça peut être dangereux donc on repasse à la ceinture ventrale. Le securi drap c'est tout nouveau, ça fait moins d'un an.

⇒ ***Selon vous, quelle serait la meilleure manière de permettre un suivi optimal dans la prévention des chutes ?***

Un soignant pour chaque résident comme ça on le surveille jusqu'au bout (rire). Là je trouve qu'on met déjà pas mal de choses en place et puis, parce que moi je ne suis pas trop pour non plus de tout le temps les contentionner, ça fait mal au cœur quand on voit qu'ils veulent se lever, je suis pour l'autonomie mais ce qui est bien c'est que déjà on réévalue à chaque fois quand ils ont un boddie ou quoi. C'est vrai que il y a des gens on leur retire quand ça se passe bien, on réessaie ils ne restent pas contentonné tout le temps, et c'est pareil j'ai oublié de parler il y a tellement de trucs nous ici on a O-SCAR, les matelas connectés, en fait on a trois matelas enfin des surmatelas, c'est une espèce de housse qu'on vient remettre au dessus d'un matelas par contre pas sur les matelas à air que les matelas à mémoire de forme, et en fait la nuit donc il y a une tranche d'horaire on a un petit QR code et on a un téléphone la nuit. Et on a mis les trois matelas à trois résidents qui ont un risque de chute la nuit et qui vont se lever et tomber et en gros on a une alerte sur le téléphone donc on doit descendre on doit scanner le QR code et

ensuite dire l'action qu'on a faite soit justifier que c'est un lever nocturne ou une mise aux toilettes. Il y a trois possibilités et ensuite on rescane le QR code pour dire si on a remis au lit ou si on a laissé le résident comme ça. On a un monsieur qui se lève énormément la nuit et qui va déambuler avec son fauteuil quand même, dans les couloirs et dans les chambres des autres et bien on a une alerte et genre au bout de 15 minutes s'il n'est pas retourné dans son lit ça bipe sur le téléphone et là on y va. On a eu une formation pour les utiliser. Pour les attribuer on en a discuté en équipe, voir à qui on pouvait mettre et du coup on a trois résidents qui se lèvent régulièrement la nuit à qui on a mis O-SCAR.

*Est-ce que vous auriez d'autres éléments à rajouter ?*

Non. On a parlé de beaucoup de choses, du matériel, du personnel. Je vais montrer O-SCAR et le securi drap.

## Annexe 6 : Entretien n°4

### Entretien n°4 : AS 2 - EHPAD 2 – diplômé depuis 14 ans.

⇒ *Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?*

Les principales causes de chute .... Je ne saurais pas dire.

*Qu'est ce qui fait que les résidents chutent ?*

Souvent c'est des résidents qui déambulent beaucoup donc la fatigue peut être. Et la déambulation excessive, souvent il y a des résidents qui déambulent beaucoup qui chutent. On n'a pas énormément de chute.

⇒ *Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?*

Ah ben ça c'est pendant les transmissions et quand on fait les macrocibles d'entrée là ils nous disent que c'est un résident à risque de chute donc on surveille. On voit si on met en place quelque chose, pour une ceinture de contention quelque chose comme ça mais souvent on essaie de voir pour ne pas mettre ; et si on met parfois on leur enlève, on réévalue quoi, on ne le laisse pas forcément. Parfois à l'hôpital ils sont fort énervés donc ils arrivent, nous on nous dit qu'ils ont une contention et puis nous au final ici on l'enlève très rapidement. On se rend compte que non ça se passe bien. L'environnement qui doit jouer aussi. Ben et après, par exemple là on a un monsieur qui ne voit pas, mais d'un seul coup il se promène, ben on le laisse se promener sinon on pourrait l'attacher mais ce n'est pas le but quoi, en plus là il ne chute pas mais il pourrait parce que lui il ne voit rien mais il arrive bien à se déplacer, il a ses repères.

⇒ *Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?*

Donc la contention, enfin on attend, c'est le médecin qui prescrit bien sûr mais après on met la contention en place et puis la contention on surveille que ça se passe bien et après on réévalue s'il faut la laisser, parfois les résidents sont calmes donc on leur enlève. On évalue.

⇒ ***En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?***

Je trouve que c'est efficace. On a peu de chute et parfois c'est des gens qui n'étaient pas à risque de chute. Ça peut arriver aussi. Et il y en a qui ne sont pas à risque de chute et qui chutent. Donc c'est relativement efficace et la nuit on a aussi O-SCAR et les sécuri draps.

*Avez-vous aussi régulièrement des formations pour prévenir les risques de chute ?*

Non, mais après on a aussi la prof d'APA deux fois par semaine donc on lui dit les chutes et elle, elle peut voir les problèmes et on a une kiné aussi qui est là. Et comme ça les résidents font pas mal d'activités. Donc sinon c'est pareil ça c'est un peu nous qu'on leur dit, ben telle personne ou pour les remettre à la marche, c'est quand même souvent nous qu'on voit parce que dans la salle de bain on voit la mobilité des gens, on leur dit ben telle personne va falloir que tu la vois comme ça peut être ça va la remettre à la marche et des fois on est surpris des .... On se rend compte parce qu'on est souvent auprès d'eux, c'est nous qui passons le plus de temps en fait. Si finalement on ne dit pas ben tiens telle personne elle pourrait bénéficier, euh, ben c'est vrai qu'on ne se rendrait pas compte de beaucoup de choses. On est attentif à ça. En fait, la toilette c'est un moment hyper important on voit pleins de choses, on voit aussi s'ils ont de la force dans les jambes, s'ils savent se retourner. Moi en général, en faisant une toilette, je vois tout de suite si la personne elle va plus ou moins marcher si je vais arriver à faire marcher. On voit énormément de choses à la toilette.

⇒ ***Selon vous, quelle serait la meilleure manière de permettre un suivi optimal dans la prévention des chutes ?***

Pour moi c'est tout ce qui est prof d'APA, kiné, nous de bien noter les circonstances enfin comment ça s'est passé. En faisant du repérage. On est accompagné.

*Avez-vous d'autres choses à ajouter ?*

Non.

## Annexe 7 : Entretien n°5 et 6

### Entretiens n° 5 et 6 : AS 1 et 2 - EHPAD 3 – diplômés depuis 12 et 24 ans.

⇒ *Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?*

AS 1 : Il y a des pertes d'équilibre, les chaussures.

AS 2 : Les traitements.

AS 1 : Ah oui les traitements, ils sont parfois trop lourds, ça fait qu'ils sont un peu dans le gaz et tombent facilement.

AS 2 : Les bas de contention pas mis, le chaussage.

AS 1 : Les gens qui oublient qu'ils ne savent plus marcher, donc ils se lèvent et puis ... voilà.

⇒ *Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?*

AS 1 : .....

AS 2 : .....

*Par exemple, il y a un résident qui rentre, il est à risque de chute, comment on vous en informe ; ou alors un résident qui est déjà dans la structure et qui se met à chuter...*

AS 2 : C'est aux transmissions, quand on prend notre poste. On sait qu'il a chuté ou qu'il pourrait être sujet à chuter et après on vérifie ce qu'on a dit, si ses chaussures sont bien adaptées.

AS 1 : On voit avec le médecin aussi, voir s'il n'y a pas un traitement qui a changé.

AS 2 : On nous transmet des informations sur comment il a dormi la nuit aussi. Car si il ne dort pas bien la nuit il peut chuter le lendemain, c'est des personnes âgées.

AS 1 : Il y en a qui chute que de temps en temps, après s'ils chutent souvent, c'est vrai que là on s'inquiète vraiment.

*Vous retranscrivez dans les dossiers ? Vous êtes informatisés ?*

AS 2 : Oui voilà, il y a peu de temps, environ 1 mois.

⇒ *Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?*

AS 2 : Comme disait ma collègue, c'est selon déjà pourquoi il a chuté. Si une fois malheureusement il a par exemple fait pipi par terre, et puis qu'il glisse on ne va pas tout de suite lui mettre une contention. Déjà on va essayer de trouver la raison et puis après si vraiment c'est répétitif, là par contre on en parlera au médecin et puis on va mettre une contention.

AS 1 : On a du kiné, de l'APA.

*Et dans une autre structure il y avait des surmatelas...*

AS 2 : OSCAR, oui en a 2, normalement c'est 3 mais on en a un qui est en panne.

⇒ *En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?*

AS 2 : Sur les contentions ?

Oui. Tout ce qui est mis en place pour éviter les chutes, est ce que ça vous semble suffisant ? efficace ?

AS 2 : Pas assez efficace.

AS 1 : Ben déjà c'est la kiné qui n'est pas efficace. Ils font marcher des gens qui marchent, quand on demande de s'occuper des gens qui ont vraiment des difficultés ils ne font rien.

AS 2 : Après moi, pas très efficace parce que des fois on a du mal à faire la différence entre une chute qui n'est pas tout le temps et une chute régulière. Parce que des personnes qui vont chuter malheureusement avec la pathologie ou quoi que ce soit ils vont avoir une ceinture. Ça fait qu'après ça les empêche de marcher et ça devient vite un cercle vicieux en gériatrie. Et ça c'est dommage. C'est qu'on n'a pas assez le temps de bien réévaluer. Parce que ça va très vite en gériatrie. Je pense qu'on devrait faire une autre étape avant de mettre la ceinture et la chute, faire euh, je ne sais pas, plus surveiller, kiné, APA, ....

*Des actions intermédiaires ?*

AS 2 : Oui je pense. Parce que nous, on a une dame qui a réussi à chuter. Des fois on peut l'amener à pied, des fois en fauteuil. Mais après il y a des gens qui ne vont pas chercher à comprendre et qui vont l'amener en fauteuil. Et je trouve ça dommage parce qu'au bout de 3 ou 4 jours comme ça, elle peut perdre.

### **Modification formulation dernière question.**

⇒ *Pensez-vous avoir des besoins supplémentaires pour améliorer la prise en charge des résidents à risque de chute ?*

AS 2 : Du personnel mais ça tout le monde va le dire.

AS 1 : Du kiné tous les jours.

AS 2 : J'allais le dire, un kiné fixe ici ça serait super, des salles de kiné comme à Saint Julien c'est super. Ici c'est des petites marches, et comme disait ma collègue ce n'est pas suffisant.

*Avez-vous des formations ou des choses comme ça ?*

AS 2 : On est formé sur les contentions. Il y a une formation de chute qui existe. Après il faut la demander. Après nous on a des appareils aussi, des verti, on a des rails en chambre ça c'est bien, vis-à-vis des chutes ça peut aider aussi, parce que quand tu fais basculer la personne un peu costaud, tu risques de la faire chuter, qu'avec le rail c'est vrai que c'est mieux et pour nous soignant aussi.

AS 1 : On commence à en avoir de plus en plus.

AS 2 : Mais bon moi je pense que vraiment il faudrait un kiné fixe. Et puis qui vient régulièrement et qui arrive à faire tous les résidents. Plus ou moins, que si les personnes ne marchent plus, faire au moins leurs bras. Ça serait très, très bien mais bon faut pas rêver non plus.

*Avez-vous des choses à rajouter sur le thème ?*

AS 1 : Former aussi les médecins, ils ne cherchent pas à comprendre. Ils chutent, hop, contention.

AS 2 : Essayer de comprendre la chute avant de mettre quelque chose en place c'est la meilleure solution.

AS 1 : Faire une grille d'évaluation, un truc comme ça, faudrait l'inventer... ça serait trop bien de mettre ça en place

AS 2 : Parce que remettre tout de suite un sécuridrap ou quoi .....le problème c'est que quand c'est mis en place après pour pouvoir l'enlever, c'est compliqué, on rame. Les filles de nuit ne sont que 2, elles ont peur que ça rechute. Le securidrap qui a été mis en place, ça peut être réévalué mais le problème c'est qu'elles ne sont que deux, si elles sont au deuxième étage et que ça chute ben malheureusement ..... On aimerait bien avoir des lits « Alzheimer », je pense que chez certaines personnes on pourrait enlever la contention grâce à ça. On manque de personnel pour avoir plus de temps aussi.

## Annexe 8 : Entretien n°7

### Entretien n° 7 : AS 1 - EHPAD 4 – diplômé depuis 25 ans.

⇒ *Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?*

⇒

En général, c'est des chaussures non adaptées, euh des pertes d'équilibre. Je pense que dans l'ensemble ça reste ça. On n'a pas énormément de chute. Souvent c'est au lever le matin, les gens qui se lèvent et qui n'arrivent pas à ....., il faut le temps de se mettre en route. Ça, ça arrive. Après, c'est surtout le chaussage.

⇒ *Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?*

Nous dans un premier temps, ils déambulent comme ils veulent et après ben quand ils chutent s'il y a des chutes à répétition ben ça en vient à des contentions, donc boddie au fauteuil ou éventuellement s'il y avait une fracture c'est au lit avec un sécuridrap. On réévalue régulièrement.

*Et pour transmettre ?*

Transmissions d'équipes et sur le logiciel HM.

⇒ *Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?*

Euh, nous on essaie déjà de voir dans la chambre tout ce qui freine. On range plus ou moins. Après voilà, ça on fait ça à la sortie de la chambre après la toilette parce qu'après ben on n'y va plus forcément. Et puis après c'est tout, ils font leur vie. Après aussi à chaque chute, on fait une FEI et c'est transmis. Mais après voilà ça fait partie des risques de la vie. Mais bon c'est vrai qu'on n'en a pas beaucoup, ça arrive mais peu.

⇒ *En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?*

Elles sont bonnes, elles sont efficaces.....

⇒ *Pensez-vous avoir des besoins supplémentaires pour améliorer la prise en charge des résidents à risque de chute ?*

..... Bonne question. Après nous quand ils arrivent si on voit qu'ils sont mal chaussés on fait des demandes. Mais là on a une dame, elle ne veut pas spécialement mettre les chaussures qu'on lui donne. Donc ben elle garde ses vieux chaussons et elle marche comme ça, elle n'en veut pas d'autres. Mais le jour où elle tombera, elle tombera. On ne peut rien y faire.

*Et comment vous faites pour évaluer le risque de chute ?*

..... Au jour le jour, si on voit des fois la personne, elle n'est pas bien, on voit qu'elle perd l'équilibre euh. Après des fois dans les chambres doubles, s'il y a une chute, c'est la personne qui est à côté qui des fois qui arrive à alerter ça, ça arrive. Sinon rien de particulier ici.

*Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?*

Euh ... non.

## Annexe 9 : Entretien n°8

### Entretien n° 8 : AS 2 - EHPAD 4 – diplômé depuis 30 ans.

⇒ *Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?*

Des fois, les chaussons qui ne sont pas adaptés. Oui souvent c'est ça, mal chaussés ou bien que le sol est glissant, euh souvent voilà. C'est souvent les mêmes causes. Après des obstacles évidemment, dans la chambre sur le parcours, des fois il peut y avoir des choses une chaise, des obstacles. Quand c'est comme ça on fait attention.

⇒ *Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?*

.....

*Par exemple, il y a un résident qui rentre, il est risque de chute, comment on vous en informe, ou alors un résident qui est déjà dans la structure et qui se met à chuter.*

Souvent c'est par les transmissions. Souvent on le sait à leur arrivée, pourquoi ils rentrent donc c'est vraiment ciblé. On fait attention et des fois il y a prescription d'une contention si jamais il y a vraiment risque de chute grave.

⇒ *Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?*

Ben déjà, on voit s'il est bien chaussé, c'est la première chose. Et puis dégager la chambre ça c'est sûr. Et si vraiment c'est risque de grosses chutes, ben contention avec prescription par le médecin si vraiment il y a un gros risque de chute. Souvent on met des bodies au fauteuil. Ce matin, on est allé en formation contention.

*Et les formations vous y allez régulièrement du coup ? C'est vous qui demandez ?*

Là ce matin, ça nous a été imposé, c'est régulier.

*D'accord. Et comment vous évaluez les résidents à risque de chute ?*

Selon son comportement, déjà, quand on le lève on voit s'il tient bien ou si sa démarche elle est facile ou pas. On voit tout de suite s'il arrive à marcher, quoi, s'il a besoin de nous ou si il faut une aide.

⇒ *En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?*

Nous on fait bien attention surtout aux chaussons. On fait bien attention qu'ils soient bien chaussés. Ils ont des paires de chaussons assez régulièrement. Et puis on fait bien attention à l'entourage que tout soit bien dégagé ça s'est au moment de la toilette, on fait bien attention et tout est bien pris en compte. On a peu de chute, honnêtement, on en a peu. Il y a une petite dame qui a chuté il y a une dizaine de jours mais je ne sais pas comment elle a fait son compte, c'était la nuit, bon, ce n'est pas pareil non plus. C'est vrai que ça fait un moment qu'on n'a pas eu de grosse chute.

⇒ *Pensez-vous avoir des besoins supplémentaires pour améliorer la prise en charge des résidents à risque de chute ?*

Peut être refaire les sols parce que ... l'établissement est assez vieux donc les sols sont un petit peu ..., ne sont plus très conformes. Mais sinon, non. C'est vraiment à nous de veiller. Par exemple, dans les chambres, faire en sorte que ça soit bien rangé, c'est vrai, c'est des chambres de 2, ce n'est pas très grand c'est vite encombré, donc on fait bien attention à ce qu'il y est un minimum de passage. On y veille.

*Est-ce que vous souhaiteriez rajouter quelque chose ?*

Non pas forcément, c'est bon.

## Annexe 10 : Entretien n°9

### Entretien n° 9 : AS 1 - EHPAD 5 – diplômé depuis 15 ans.

⇒ *Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?*

Les difficultés déjà à la marche, à la mobilisation, euh, c'est compliqué de répondre comme ça. Ben le côté psychique, psychologique. Euh je ne sais pas, après, ouais c'est à peu près tout.

⇒ *Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?*

Alors, on a déjà dans les dossiers, on a tout dans les dossiers. Sinon quand il y a une nouvelle entrée ou bien quand on fait les transmissions on parle des risques de chute de chacun. Après on a accès au dossier, bon là en plus on vient seulement de passer sur HM donc maintenant ça sera sur HM. Sinon on avait accès au dossier papier. Donc transmissions écrites et orales.

⇒ *Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?*

Alors ben déjà une surveillance, de la surveillance, après ben il existe aussi des moyens techniques on va dire, par le bodie. Enfin tout ça, c'est par rapport aux prescriptions, les barrières, enfin tout ce qui est matériel qui nous est proposé, enfin ce qui nous a été prescrit aussi par le médecin. Et puis après l'environnement. Enfin aide-soignant nous il faut aussi qu'on fasse attention à l'environnement du résident afin qu'il ne puisse pas tomber à cause de quelque chose qui resterait par terre ou ... Voilà.

*Vous faites ça à quel moment ?*

C'est souvent. Oui c'est tout au long de la journée parce que voilà il faut toujours être vigilant quoi.

⇒ ***En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?***

Alors, les actions de prévention je ne sais pas trop ce qu'il y a comme actions de prévention ici. Il n'y a pas longtemps que je suis arrivé.

*Il y a des formations du personnel ?*

Oui j'ai entendu qu'il y a des formations. Moi je n'ai pas encore eu l'occasion de participer aux formations mais oui. Et après on a quand même un échange de pratiques entre collègues.

*Vous avez beaucoup de chutes dans l'unité ?*

Non, c'est plutôt rare les chutes ici. On doit être efficace.

⇒ ***Pensez-vous avoir des besoins supplémentaires pour améliorer la prise en charge des résidents à risque de chute ?***

Alors, ..., peut être un peu plus de matériel, des choses de meilleures qualités. Parce qu'on n'a pas forcément toujours du bon matériel.

*Fauteuils, déambulateurs ?*

Oui, c'est quand même assez particulier. On a quand même encore des vieux fauteuils et même certains lits, on a encore des lits « Volker ». Je ne sais pas si vous voyez ce que c'est, c'est des très vieux lits, avec des vieilles barrières, enfin c'est très compliqué. Mais oui déjà et puis l'environnement. Après on est quand même dans un établissement assez vétuste donc forcément l'équipement n'est pas, l'entourage n'est pas fait en sorte que non plus .... On a une résidente qui est tellement petite avec le matelas autologique on est obligé de la porter pour la mettre dans le lit tellement il est haut malgré baisser au max. Après là on vient d'avoir des nouveaux caches barrières aussi. Ça s'améliore. On a des petites choses quand même qui avancent

*Vous avez les surmatelas OSCAR pour la surveillance la nuit ?*

On en a quelques-uns qui ont été mis en place, oui. Je crois 4 ou 6.

*Souhaitez-vous rajouter quelque chose sur la prévention des chutes ?*

Prévention des chutes, alors forcément vu l'établissement nous ici, c'est compliqué d'être partout à la fois. On est 6 le matin, c'est-à-dire un dans chaque secteur et puis l'après-midi ben on est moins, donc l'établissement étant en « u », si il arrive quoi que ce soit à l'autre bout de l'établissement c'est compliqué des fois.

## Annexe 11 : Entretien n°10

### Entretien n° 10 : AS 2 - EHPAD 5 – diplômé depuis 8 mois.

⇒ *Selon vous, quelles sont, dans votre EHPAD, les principales causes de chute ?*

Euh, les principales causes de chute, je dirai, les personnes autonomes qui ont des tremblements. Je dirai ça.

*Vous voulez parler de personnes valides qui présentent une pathologie ?*

Oui c'est ça.

⇒ *Comment sont transmises les informations concernant les résidents à risque de chute ?*

Euh, en transmissions. Quand on fait les transmissions ils nous informent, sur le résident qui a chuté, comment ça s'est passé et puis ensuite les actions mises en place, et les surveillances.

*Vous avez aussi le logiciel ?*

Oui.

⇒ *Face aux patients chuteurs et selon votre rôle propre, quelles actions de prévention mettez-vous en place ?*

Ben on essaie de voir avec le kiné s'il faut mettre des aides mécaniques comme un déambulateur. Euh, on essaie de surveiller un maximum. Voir avec l'infirmière aussi, le médecin, des aides techniques.

*Pour la nuit, vous avez des choses ?*

On peut surveiller si le résident se lève, avec OSCAR. On a un petit logiciel qui sonne donc on sait tout de suite quand la personne elle s'est levée donc on peut y aller tout de suite. On sait c'est quelle chambre, on n'a pas besoin de courir sur tout l'étage.

⇒ *En dehors de votre rôle propre, que pensez-vous de l'efficacité des actions de prévention déjà mises en place au sein de votre unité ?*

Je trouve que c'est efficace qu'il n'y a pas ..... Après quand il y a un problème on fait en sorte de se réunir, de régler le problème ensemble, de parler, de trouver des solutions ensemble.  
Non ça va.

*Les chutes sont nombreuses ?*

Elles sont peu nombreuses.

⇒ *Pensez-vous avoir des besoins supplémentaires pour améliorer la prise en charge des résidents à risque de chute ?*

On essaie toujours de faire en sorte que ça aille. S'il y a un résident qui est trop lourd ou quoi, on est toujours à deux soignants. On essaie toujours de s'entraider, donc ça va.

*Vous avez des formations ?*

Oui on essaie toujours de voir. La cadre nous donne un planning et on s'inscrit aux formations qui nous intéressent. Mais on a souvent des formations.

*Souhaitez-vous rajouter quelque chose sur la prévention des chutes ?*

Non ça va.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

- Bagros P. (2009). *ABCDaire des sciences humaines en médecine*. 2<sup>o</sup> édition. Ellipses.
- Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup>me édition. ARSI Editions.
- Morin, D. (2018). *La pratique infirmière avancée vers un consensus au sein de la francophonie*. Montréal, Canada : SIDIIEF.
- Paul M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. L'Harmattan.

### Chapitre d'ouvrages :

- Plane, JM. (2016). « Les théories du leadership : évolution des pratiques et des modèles ». Dans Noguera F. et Plane JM. (Dir.) *Le leadership, recherches et pratiques* (p. 7-32). Vuibert

### Articles :

- Académie nationale de médecine (2014). Séance du 3 juin 2014. 198, numéro 6, 1025-1039.
- Berger, V, Ducharme, C. (2019). Le leadership infirmier : un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession. *Recherche en soins infirmiers*. 136, 6.
- Besnault, N. et Mira, T. (2023). Le leadership clinique et l'accompagnement des équipes soignantes par l'IPA. *Soins*, 876, 57-59.
- Choucraallah, I. (2021) Un alignement sur la réforme de la formation professionnelle. *Soins aides-soignantes*, 103, 7.
- Claverie, B. (2010). Pluri-, inter-, transdisciplinarité : ou le réel décomposé en réseaux de savoir. *Projectics / Proyética / Projectique*, 4, 5-27.
- Debout, C. (2019). Clarification du concept de leadership infirmier et de ses déclinaisons. *Soins*, 840, 24.
- Debout, C. (2019). Leadership et spécialités infirmières. *Soins*, 840, 35.
- Luckerhoff, J., Guillemette, F., Bégin-Caouette, O. (2023). Introduction : la transdisciplinarité : perspectives et regards croisés. *Enjeux et société*, 10, 19-28.
- Mangeonjean, F. (2019). Du leadership managérial au leadership clinique. *Soins*, 840, 53-55.
- Monnier-Besnard S., Soleymani D., Torres M., Beltzer N., Carcaillon-Bentata L. (2022). Repérer la fragilité pour prévenir le risque de chutes chez les personnes âgées. *La santé en action*. 459, 42-44.
- Paul, M. (2021). L'accompagnement : une nébuleuse. *Education permanente*, 226, 146-159.

Paul, M. (2012) L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Recherche en soins infirmiers, 110,13-20.

Pissard-Grantet L. (2023). Le rôle des aides-soignants dans le syndrome post chute. Soins Aides-Soignantes, 112, 18-19.

Puisieux F. (2013). Chutes du sujet âgé. La revue du praticien. Médecine générale, 894, 64-65.

### **Documents en ligne :**

Communiqué de presse (2023). Le Gérontopôle Hauts-de-France est créé. En ligne : <https://www.eurasante.com/news/actualite-filiere-regionale/le-gerontopole-hauts-de-france-est-cree/> , consulté le 26/05/2024.

Connac, S. (2018). Pensée critique ou pensée réflexive ? Diotime, 77. En ligne : <https://diotime.lafabriquephilosophique.be/numeros/077/013/> , consulté le 23/05/2024.

Espace en ETP Grand Est. (2021). Quelles sont les différences entre pluridisciplinarité, pluriprofessionnalité, interdisciplinarité et transdisciplinarité ? En ligne : <https://www.etp-grandest.org/faq/quelles-sont-les-differences-entre-pluridisciplinarite-pluriprofessionnalite-interdisciplinarite-et-transdisciplinarite/>, consulté le 24/05/2024.

GerontopôleSud (2019). Détection de la fragilité. En ligne : <https://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions>, consulté le 26/05/2024.

Institut National des statistiques et des études économiques (2024) Bilan démographique 2023. Insee Première, n°1978. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004#titre-bloc-22>, consulté le 25/05/2024.

Martin L (2017). Aux origines de la fonction de cadre de santé. <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/170518-aux-origines-de-la-fonction-de-cadre-de-sante.html>, consulté le 22/05/2024.

Plan de prévention des chutes – Hauts de France 2022/2025 (2022). En ligne : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/plan-regional-antichute-des-personnes-agees-2> , consulté le 26/05/2024.

Plans régionaux antichute des personnes âgées 2022-2024 (2022) En ligne : <https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees> consulté le 26/05/2024.

Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière, <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/positionnement-de-l-ipa-dans-la-filiere-infirmiere.html>, consulté le 22/05/2024.

UNIPA. Le modèle Hamric. En ligne : <https://unipa.fr/le-metier/> , consulté le 09/05/2024.

### **Textes législatifs en ligne :**

Legifrance (2018). Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218463/>, consulté le 25/05/2024.

Légifrance (2021) Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>, consulté le 23/05/2024.

Ministère de la santé, du travail et de la solidarité. (2023). Prévention des chutes chez les seniors et les personnes âgées : publication d'un manuel pratique à destination des professionnels. En ligne : <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/prevention-des-chutes-chez-les-seniors-et-les-personnes-agees-publication-d-un#:~:text=de%20sa%20pharmacie,Pr%C3%A9vention%20des%20chutes%20chez%20les%20seniors%20et%20les%20personnes%20%C3%A2g>, consulté le 26/05/2024.

Ministère de la santé, du travail et de la solidarité (2022) Plan anti chute des personnes âgées. En ligne : <https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>, consulté le 26/05/2024.

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité, et de la ville ; Ministère de la santé et des sports. (2009), Arrêté du 31 juillet 2009, annexe II. En ligne : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf), consulté le 21/05/2024.

### **Etudes :**

Torres, M, Pédrone, G, Lasbeur, L, Carcaillon-Bentata, L, Rigou, A, Beltzer, N, (2020) Chutes des personnes âgées à domicile : caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute, Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPADom, 2018. Etudes et enquête. Santé publique France.

### **Cours universitaires :**

Puisieux F. (2023) Particularités séméiologiques du malade âgé. Cours UE Clinique M1 IPA.

## ABSTRACT

AUTEUR : TORDOIT Aline

Date de soutenance : 24/06/2024

**Title :** *Clinical Leadership of the Nurse in Advanced Practice : Focus on Supporting Care Assistants in their Role in Preventing Falls in the Nursing Homes of Cambresis Territorial Hospital Groupement.*

**Key words :** Prevention, accompaniment, leadership, falls, needs, professional practices.

**Abstract :**

**Background :** The fall is considered as a prominent event for the elderly individuals, which can lead to numerous physical and psychological consequences. Prevention remains a primordial element to avoid them. My study tries to identify the needs of nursing assistants in the nursing homes, in exercising their preventive role against falls, in order to support them in improving their professional practices.

**Method :** This is a qualitative, multicentric and prospective study, aimed at identifying the caregivers needs in order to improve their professional practices in the prevention of falls. To carry out my survey, I will conduct semi-directive interviews with care assistants working in five nursings home of the cambresis territorial hospital group.

**Expected results :** The interviewed care assistants have knowledges regarding the prevention of falls among residents who fall or are at risk. However, there are areas for improvement to work on to enable optimal care.

**Discussion and conclusion :** The study results show that care assistants need to be accompanied in the exercise of their preventive role. The leadership of the advanced practice nurse in link with the framework of the service would make it possible to support the care assistants : by helping them identify residents at risk of falling or fallers; and by implementing the necessary actions through training, or even by creating a suitable tool.

**Directeur de mémoire :** Monsieur Horvath Mikael.

AUTEUR : TORDOIT Aline

Date de soutenance : 24/06/2024

**Titre du mémoire :**

Leadership clinique de l’Infirmier en Pratique Avancée : Focus sur l’accompagnement des aides-soignants dans leur rôle préventif des chutes, dans les EHPAD du GHT du Cambrésis.

**Mots clés :** Prévention, accompagnement, leadership, chute, besoins, pratiques professionnelles.

**Résumé :**

**Contexte :** La chute est considérée comme un événement marquant pour le sujet âgé, pouvant entraîner de nombreuses conséquences physiques et psychologiques. Pour les éviter, la prévention reste un élément primordial. Mon étude a pour but de repérer les besoins des aides-soignants en EHPAD, dans l’exercice de leur rôle préventif face aux chutes, afin de les accompagner dans l’amélioration de leurs pratiques professionnelles.

**Méthode :** Il s’agit d’une étude qualitative, multicentrique et prospective dont l’objectif est de mettre en évidence les besoins des aides-soignants afin d’améliorer leurs pratiques professionnelles dans la prévention des chutes. Pour réaliser mon étude, je pratiquerai des entretiens semi-directifs auprès d’aides-soignants, dans les 5 EHPAD du groupement hospitalier territorial où j’exerce.

**Résultats :** Les soignants interrogés ont des connaissances concernant la prévention des chutes chez les résidents chuteurs ou à risque. Cependant, il existe des axes d’améliorations à travailler pour permettre une prise en soins optimale.

**Discussion et conclusion :** Les résultats de l’étude montrent que les soignants ont besoin d’être accompagné dans l’exercice de leur rôle préventif. Le leadership de l’infirmier en pratique avancée en lien avec le cadre du service permettrait d’accompagner les aides-soignants : en les aidant à repérer les résidents à risque de chute ou chuteurs ; et en mettant en œuvre les actions nécessaires par le biais de formation, voir par la création d’un outil adapté.

**Directeur de mémoire : Monsieur Horvath Mikael**