

Tableau 1. Synthèse des éléments-clés des entretiens

DEA: défibrillateur externe automatique; BLS: Basic life support.

Utilisation du DEA	Points positifs	Points négatifs
Intention	<ul style="list-style-type: none"> Intention de porter secours Peu de craintes d'ordre légal 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement incomplet Recherche de DEA non spontanée Influence des attributs de la victime
Localisation	<ul style="list-style-type: none"> Projet du Service de la santé publique du canton de Vaud en cours (pharmacies, gare de Lausanne) 	<ul style="list-style-type: none"> Localisation inconnue Absence de déclaration obligatoire Aucune localisation idéale
Connaissance	<ul style="list-style-type: none"> Logo officiel des DEA reconnu 	<ul style="list-style-type: none"> Non-reconnaissance d'un arrêt cardiaque Oubli de la formation BLS
Pratique	<ul style="list-style-type: none"> Gestuelle d'utilisation du DEA à la portée de tout le monde 	<ul style="list-style-type: none"> Préparation émotionnelle et psychologique insuffisante Situation choquante Peur de blesser Manque de confiance
<ul style="list-style-type: none"> Lien avec la victime 		

que l'installation de DEA dans les pharmacies et la formation du personnel.

Le sigle des DEA (figure 1) semble connu de la population, mais sa signification est inconnue. De plus, les interviewés se sentent incapables de reconnaître un arrêt cardiaque et disent avoir oublié la formation BLS suivie pour acquérir le permis de conduire. Bien que les gestes d'utilisation du DEA soient simples et abordables par tous (allumage, collage des patches...), la peur de

blesser la victime ou de faire faux constituent des barrières qui peuvent entraîner une participation minimale. Enfin, le lien du réanimateur occasionnel avec la victime peut faciliter ou réduire la disposition à réaliser la réanimation.

CONCLUSION

Malgré une volonté évidente de porter secours, les individus interrogés ne semblent

pas prêts à utiliser des DEA. La peur de blesser la victime par manque de maîtrise de l'utilisation du DEA serait l'une des barrières principales. L'absence de recherche spontanée d'un DEA, difficile à localiser, et l'inaptitude à reconnaître un arrêt cardiaque et initier la chaîne de survie sont également des barrières. Enfin, le choc émotionnel et le stress causés par une situation de réanimation contribuent également à reléguer l'utilisation des DEA à l'arrière-plan.

Il ressort des entretiens menés avec les professionnels que l'efficacité pratique du DEA repose sur son intégration dans la chaîne de survie (figure 1). Une bonne utilisation nécessite par conséquent une réalisation complète des premiers maillons. Une sensibilisation précoce à l'école obligatoire, un accès accru aux cours BLS et des mises à niveau régulières, ainsi qu'une meilleure visibilité et un meilleur accès aux DEA pourraient contribuer à améliorer les interventions précoces lors d'arrêts cardiaques. ■

Remerciements

A notre tuteur, le Pr Bernard Burnand, pour son suivi et sa disponibilité, aux différents professionnels de la santé, ainsi qu'aux participants pour nous avoir accordé des entretiens.

Bibliographie

1 Katz E, Prina L, Niquille M, et al. Arrêt cardiaque extra-hospitalier: une réalité «choquante»! Med Hyg (Internet), 2003. Available from: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=22881>

2 Winkle RA. The effectiveness and cost effective-

ness of public-access defibrillation. Clin Cardiol 2010; 33:396-9.

3 Axelsson A, Herlitz J, Fridlund B. How bystanders perceive their cardiopulmonary resuscitation intervention: A qualitative study. Resuscitation 2000;47:71-81.

4 Johnston TC, Clark MJ, Dingle GA, FitzGerald G. Factors influencing Queenslanders' willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation 2003;56:67-75.



Personne paraplégique en chaise roulante à Lausanne: comment faire pour que tout roule ?

Rafik Bensaber, Vincent Chollet, Anaëlle Lenherr, Joany Pête, Joanna Vuille, étudiants en troisième année bachelor de la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

Selon Pro Infirmis, 30 000 personnes se déplacent en fauteuil roulant en Suisse, tout handicap confondu. La mobilité étant un facteur de promotion de la santé physique et mentale,¹ nous avons étudié les besoins des personnes paraplégiques en chaise roulante (PCR) dans leurs déplacements à Lausanne, ainsi que le réseau interdisciplinaire mis en place pour permettre une mobilité autonome.

MÉTHODOLOGIE

Ce travail se base sur trois axes: une revue de littérature, une recherche qualitative par entretiens semi-structurés (deux PCR, un médecin avec paraplégie, un médecin d'une unité paraplégique, un ergothérapeute, un urbaniste de la ville de Lausanne et un représentant(e) de Pro Infirmis, des transports publics lausannois (TL) et des CFF) et une immersion des auteurs en chaise roulante, afin d'expérimenter une journée, à

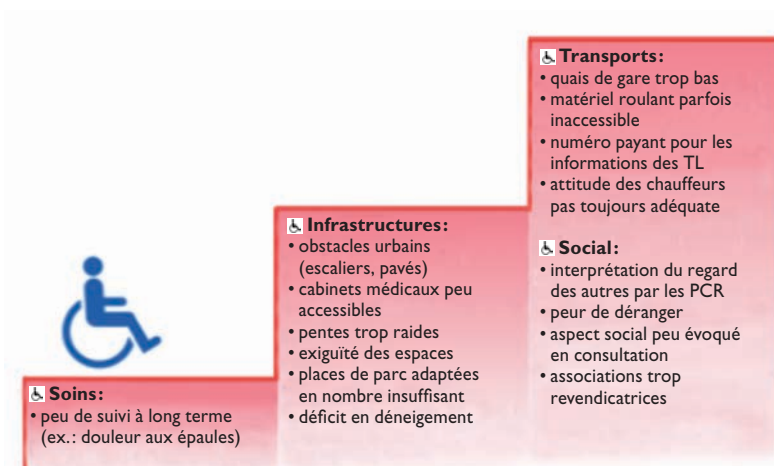
tour de rôle, la mobilité en chaise roulante à Lausanne.

RÉSULTATS

Les freins et les facilitateurs à la mobilité à Lausanne concernent les infrastructures, les transports, la dimension sociale, la santé et l'aspect financier (figure 1).

Les facilitateurs infrastructurels, qui comprennent l'accessibilité aux différents lieux

A



B

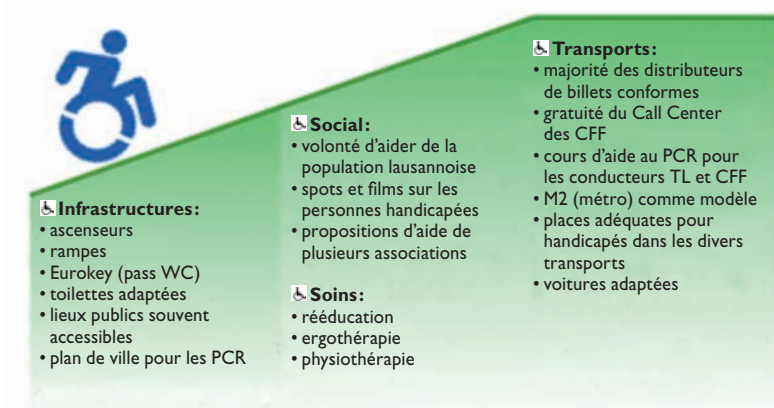


Figure 1. Freins (A) et facilitateurs (B) à la mobilité

TL: transports publics lausannois; PCR: personne en chaise roulante.

publics, extérieurs (routes, parcs publics) et intérieurs (supermarchés, cinémas, hôpitaux) sont entre autres les rampes, les ascenseurs et les trottoirs abaissés.² En Suisse, une loi sur l'égalité pour les handicapés³ (LHand) de 2004, qui définit certaines conditions de mobilité, a favorisé le développement de ces facilitateurs. Aujourd'hui, les besoins des PCR sont d'emblée intégrés dans tout nouveau projet architectural. Il persiste néanmoins des obstacles liés à la grande dénivellation de Lausanne.

Deux PCR interrogées à propos des transports sont satisfaites de leur mobilité, mais

possèdent une voiture adaptée, ce qui leur permet une mobilité maximale. Ce point de vue contraste avec celui de Pro Infirmis, estimant les progrès insuffisants. Lors de notre immersion en chaise roulante, tous les déplacements prévus, consistant à accéder à différents lieux publics (supermarchés, cafés) et utiliser les transports publics (train, métro et bus), ont été réalisables, à condition de les planifier.

Sur le plan social, si les divers acteurs reconnaissent l'importance des mesures structurelles, ils soulignent également la volonté de la PCR à s'adapter à sa condition.⁴ Un

manque de confiance en soi, une interprétation négative du regard de l'autre et la peur de déranger sont des facteurs freinant la mobilité. Nous n'avons observé aucune discrimination lors de notre immersion.

Le handicap moteur nécessite un suivi médical à long terme. Un mauvais aménagement des cabinets médicaux, concernant l'accès général et les installations médicales nécessaires pour la prise en charge des PCR, reste pourtant une lacune souvent identifiée. Les problèmes locomoteurs nécessitent un suivi, une rééducation importante et l'apprentissage de nouvelles méthodes de mobilité. Cette rééducation a été jugée insuffisamment longue par l'une des PCR interrogées.

Sur le plan financier, un fond prévu par la LHand est destiné aux adaptations des infrastructures, mais certains aménagements ne sont pas réalisés en raison du principe de proportionnalité, à savoir le rapport entre coût et nombre de bénéficiaires. Pour les fonds personnels, l'assurance invalidité permet certaines modifications de l'environnement des PCR.

Enfin, *pour que tout roule*, tous les acteurs soulignent la nécessité d'une collaboration et d'une coordination des efforts pour promouvoir la mobilité des PCR.

CONCLUSION

S'il existe encore des freins à la mobilité des PCR à Lausanne, de nombreux progrès ont été réalisés suite à l'instauration de la LHand. L'avis contrasté de Pro Infirmis par rapport aux autres acteurs nécessite de réaliser une enquête quantitative auprès de PCR de cultures et niveaux socio-économiques variables. Quant à notre propre immersion, elle s'est révélée être une expérience personnelle très enrichissante. ■

Remerciements

Aux personnes interrogées et à notre tutrice, le Dr Claudia Mazzocato, pour ses conseils et son enthousiasme pour ce projet.

Bibliographie

1 La Grow S, Yeung P, Towers A, Alpass F, Stephens C. The impact of mobility on quality of life among older persons. *J Aging Health* 2013;25:723-36.

2 Rosenberg DE, Huang DL, Simonovich SD, Belza B. Outdoor built environment barriers and facilitators to

activity among midlife and older adults with mobility disabilities. *Gerontologist* 2013;53:268-79.

3 Confédération suisse. Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (Loi sur l'égalité des handicapés, LHand), 2002.

4 Herrera-Saray P, Peláez-Ballestas I, Ramos-Lira L, Sánchez-Monroy D, Burgos-Vargas R. Usage problems and social barriers faced by persons with a wheelchair and other aids. *Reumatol Clin* 2013;9:24-30.