

Sensibilisation auprès des EHPAD

La chute est un véritable problème au sein des institutions pour personnes âgées avec des conséquences à l'échelle individuelle (traumatisme, perte de confiance, perte d'autonomie, altération de la qualité de vie et de l'estime de soi etc ..) et à l'échelle collective avec plus ou moins 10 .000 morts en France par an aux répercussions et coûts considérables.

Les données

Si l'estimation est souvent difficile car de nombreuses chutes passent inaperçues, les données suivantes proposent un ordre de grandeur.

Environ 1/3 des personnes de plus de 65 ans vivant chez elles chutent au moins une fois par an et la moitié des personnes de plus de 85 ans sont aussi victimes de chutes.

Les chutes deviennent plus fréquentes au fur et à mesure du vieillissement. La chute figure parmi les premières causes d'hospitalisation et de désocialisation.

Les facteurs

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la chute comme "tout événement qui fait tomber le sujet à terre contre sa volonté".

La chute est rarement due à une cause précise et unique. Elle est souvent due à un déséquilibre entre les capacités du sujet et les contraintes extérieures auxquelles s'ajoute un facteur précipitant.

Les causes

La première cause est le vieillissement cognitif lié au vieillissement : la sensibilité tactile diminue avec l'âge surtout à l'extrémité distale des membres inférieurs. Il faut ajouter tous les problèmes de pied du sujet âgé (amaigrissement du revêtement cutané plantaire, sécheresse fragilisant la peau, escarres...). La surdité et la perte de la fonction labyrinthique est aussi un facteur capital dans ce déficit adaptatif.

La personne âgée subit une dégradation lente et irréversible de la qualité de son appareil loco moteur en perdant petit à petit son statut musculaire et par une limitation soit naturelle soit pathologique des amplitudes articulaires.

De plus, la sensibilité proprioceptive, la réduction du nombre de fuseaux neuro-musculaires, des récepteurs tendineux de Golgi et des récepteurs articulaires diminuent, privant les zones cérébrales d'alertes indispensables à l'équilibre. D'où une sensibilité profonde moins active qui est conjuguée à une diminution des temps de réactions, une baisse de la sensibilité superficielle, une surdité, une baisse de la vision et une diminution de la vigilance expliquant les chutes.

La seconde cause co-induite est la prise de médicaments : anti-hypertenseurs (diurétiques par ex.), hypotensive, psychotropes (hypnotique, benzodiazépines par ex.), antibiotiques toxiques, antiparkinsonien, corticoïdes et autres laxatifs.....

La troisième cause est en lien avec les pathologies neurologiques dégénératives (accident vasculaire cérébral, épilepsie, syndrome cérébelleux, syndrome dégénératif, maladie de Parkinson), les troubles cardio-vasculaires (hypotension orthostatique, trouble de la conduction cardiaque, rétrécissement aortique), les atteintes osseuses ou articulaires et des problèmes divers (statut nutritionnel/déshydratation, amyotrophie, enraidissement

articulaire, problèmes visuels ou auditifs, troubles podologiques), les séquelles de maladies chroniques ou de traitements conservateurs comme dans la prise en charge de certains cancers et les conséquences médicales de troubles endocriniens ou métaboliques dont l'obésité et le diabète.

La quatrième cause est liée à la baisse du tonus musculaire, de la souplesse et à la baisse générale de la condition physique par désentraînement musculo tendineux et diminution de l'estime de soi.

La perte d'autonomie entraîne une perte des réflexes, La motricité devient hasardeuse avec la marche globalement moins performante et d'une efficacité aléatoire.

« Le vieillissement entraîne une diminution de la vitesse et de la longueur de l'enjambée et une augmentation de la durée du double appui. Celle-ci, cependant, semble due à la lenteur qu'au vieillissement lui-même »

Du point de vue strictement mécanique le polygone de sustentation est élargi et les mouvements du bassin diminuent, les mouvements accompagnateurs des membres supérieurs sont réduits ainsi les obstacles deviennent incontournables limitant ainsi la mobilité active.

L'explication du vieillissement de la marche fait appel "*aux modifications de la commande frontale de la motricité extrapyramidale et au vieillissement du système nerveux périphérique prédominant sur les voies proprioceptives*".

Les dernières causes sont liées à la précarité, à la « ghettoisation » des personnes âgées et aussi à l'installation d'un syndrome de glissement en lien avec une perte de l'estime de soi et l'absence de socialisation. Ce repli sur soi inhibe les initiatives d'entretien de son image et de son corps limitant tout désir d'activités physiques ou de mobilité.

« Les prévisions, d'ici 2060, prévoient qu'environ 30 % de la population de l'UE aura plus de 65 ans. L'augmentation du nombre des « personnes les plus âgées » (celles de plus de 80 ans) est particulièrement marquée. Toujours selon les prévisions, le pourcentage des plus de 80 ans devrait quadrupler entre 1990 et 2060. (For Norway and Switzerland level 2 statistical regions Source: Eurostat regional EUROPOP200)

Les effets du vieillissement démographique se feront sentir dans tous les pays d'Europe. Toutefois, comme le montre clairement une récente étude du Comité des régions, « Active Ageing : local and regional solutions »², certaines régions seront plus touchées que d'autres. En 2030, le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans devrait se situer entre 10,4 % et 37,3 %, selon les régions. »

Analyse des facteurs de risque en liant avec la vie quotidienne

L'habitat:

Sol glissant, tapis, fils électriques, endroit peu éclairé, objets ou meubles mal disposés ou roulants, mobilier trop bas ou trop haut (lit, fauteuil, W-C.), imprudences: escabeau, échelle, animaux domestiques.

Il est possible de réaliser une analyse des facteurs de risque initial à toute intervention.

L'environnement urbain :

Trottoir glissant, étroit, difficulté à traverser, encombrement par les conteneurs poubelle, travaux, dénivellation du sol, jardin d'accès difficile, chemin de promenade en pavé, absence de banc urbain de repos, absence d'espace vert accessible.

Il est possible de réaliser une analyse des facteurs de risque environnementaux

Habillement :

Vêtements trop longs ou trop étroits, chaussures mal adaptées, cannes anglaises mal réglées, déambulateur mal adapté aux portes et à l'habitat.

Il est possible de proposer des modifications des habitudes de vie

Alimentation :

Difficulté de faire ses courses et de cuisiner, cuisine dangereusement organisée, sous-alimentation protéinée, apport insuffisant de produits laitiers, hydratation défaillante, repas à domicile non utilisé, horaires de repas mal adaptés, éveil du goût non pris en charge

Il est possible de proposer des modifications des habitudes de vie

Facteurs liés à l'état mental :

Les chutes sont favorisées par les perturbations mentales suivantes : confusion, démence, alcoolisme, trouble de l'alimentation et dénutrition

Il est important de s'appuyer sur l'analyse des soignants avant toute prise en charge

Facteurs liés à l'appréhension de réitérer une chute :

La personne âgée a un vécu et /ou une expérience traumatique qu'il craint. En même temps, sa peur est entretenue par l'entourage qui tient souvent des propos excessifs et pessimistes. La chute a entraîné chez eux de l'inquiétude ou de l'angoisse. L'appréhension amplifie le risque de chute.

Il est important de proposer une activité sécurisante dans un climat de sérénité

Facteurs liés à la représentation des chutes :

La chute stress provenant de sentiments d'angoisse et de désorganisations spatio-temporelles. La chute « appel » peut être interprétée comme une sorte de chantage affectif. La chute peut être aussi le signe d'une acceptation passive d'une diminution inéluctable, l'image d'une disparition de motivation à vivre. Le fait de ne pas "se rattraper", de "ne pas se relever" est la marque d'un désintérêt pour ce corps qui ne convient plus au maintien d'une dignité personnelle.

Il est donc indispensable de cerner l'impact de la chute dans la trajectoire de vie de la personne âgée.

Les conséquences médicales

17,5 % des chutes nécessitent une intervention médicale. Les facteurs graves à la suite d'une chute traumatique sont relativement restreints dans leur fréquence mais importants dans les conséquences: 6 % de fractures. Donc la majorité des chutes sont apparemment banales

mais le chuteur a 20 fois plus de risques de tomber qu'un non-chuteur.

Les conséquences motrices et psychologiques peuvent être lourdes. 47 % n'ont pas pu se relever après une ou plusieurs chutes. Le temps moyen passé au sol était de 11,7 minutes ; ainsi le vécu traumatique est exacerbé plus le temps passé au sol est long.

Au décours d'une chute, 21 % des sujets déclarent que cet événement avait changé leur vie et 43 % avaient peur de tomber.

Les conséquences psychologiques

Elles sont dépendantes de la personne elle-même : solidité, capacité d'adaptation, état de santé antérieur, contexte de vie... La personne prend douloureusement conscience qu'elle n'est plus en mesure de se relever par ses propres moyens (chute sans perte de connaissance). Souvent, cela vient s'ajouter aux autres failles liées au vieillissement ou à l'histoire du sujet. Le schéma corporel dans son versant psychodynamique est perturbé. La chute peut représenter une rupture dans la vie de la personne et bouleverser son équilibre affectif. Elle serait assimilée à une perte "une de plus, une de trop" Souvent, la personne à terre s'épuise en vain d'efforts pour se relever et pour appeler de l'aide. Le fait de rester au sol longtemps réveille des angoisses de mort.

Les conséquences motrices et psychomotrices

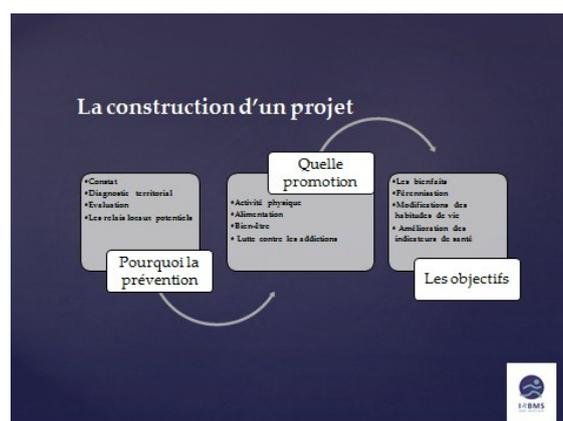
La réduction des activités est la principale conséquence. La prudence excessive, la restriction d'activités, le confinement à domicile ont des conséquences psychomotrices. Le chuteur restreint son espace de vie. Ainsi la sphère sociale s'amenuise. L'espace "domicile" est le seul sécurisant. La notion d'écoulement du temps disparaît lorsqu'on ne s'écarte pas de ses habitudes.

Le syndrome post-chute est une véritable sidération des automatismes entraînant la perte plus ou moins complètes des réactions d'adaptation.

La prévention

La prévention primaire consiste à réduire le nombre de chutes dans la population âgée en proposant des activités physiques mettant en jeu l'équilibre, la marche et l'écoute de soi. Des activités de ce type peuvent être proposées en club du 3^e âge, **en maison de retraite**, en foyer logement.

La prévention secondaire se situe lorsqu'il y a eu chute avec ou sans conséquence. L'objectif est de refaire marcher le patient le plus vite possible. La personne devra être accompagnée dans sa recherche d'assurance et de reprise de confiance en soi.



La prévention tertiaire se présente en cas de récives de chute (ou de chutes à répétition). Il sera important de reprendre toute l'histoire de ses chutes et d'observer leurs répercussions.

- **Le bilan indispensable :**

Le premier entretien permet souvent d'évoquer l'épisode de chute.

On s'informe de tout problème visuel, auditif, d'éventuelles pathologies du pied ou altérant la motricité automatique ou d'éléments dépressifs.

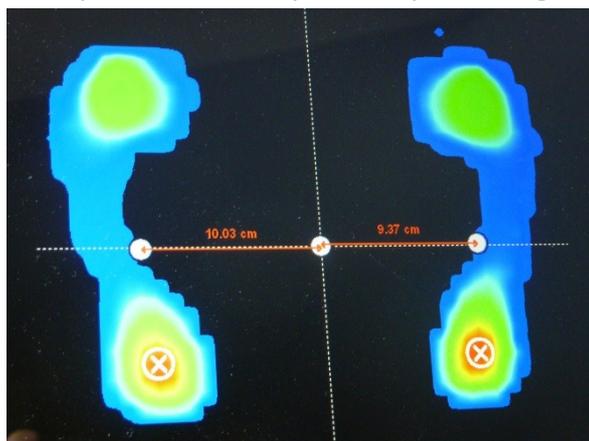
Les items du bilan suivant ne sont que des propositions : marche spontanée (observer pas, polygone, ballant des bras...), marche avec obstacles, équilibre statique : debout devant une barre, yeux fermés, équilibre sur la pointe des pieds, équilibre sur un pied, poussées faibles ou fortes (observer les contractions toniques réflexes ou réflexes d'équilibration),

Le get up and go : le fauteuil est placé à 3 mètres du mur. La consigne suivante est à retenir : s'asseoir sur le fauteuil - se lever- marcher jusqu'au mur - faire un 1/2 tour (observer appuis recherchés) - revenir au fauteuil et en faire le tour - se rasseoir - latéralité podale - praxie des membres inférieurs (shooter dans ballon imaginaire) - mobilité des chevilles - capacité gnosique des pieds (identification d'objets placés à l'intérieur d'un sac) - schéma corporel (dessin, nommer, montrer...) - mémoire kinesthésique - possibilité de se coucher au sol et serelever (sauf si refus).

Notre proposition : Le bilan postural



« Avant toute démarche collective ou individuelle le bilan posturologique sur plateforme informatisée est un préalable permettant une prise adaptée charge »



La démarche post analyse

Cette démarche sera intégrée aux actions habituelles proposées dans l'établissement ou pourra s'intégrer dans un atelier spécifique de prévention des chutes.

La prise en charge peut se faire en individuel et/ou en groupe.

Le groupe permet d'observer les erreurs de l'autre, de trouver plus facilement une motivation, de moins dramatiser l'épisode de chute.

On propose :

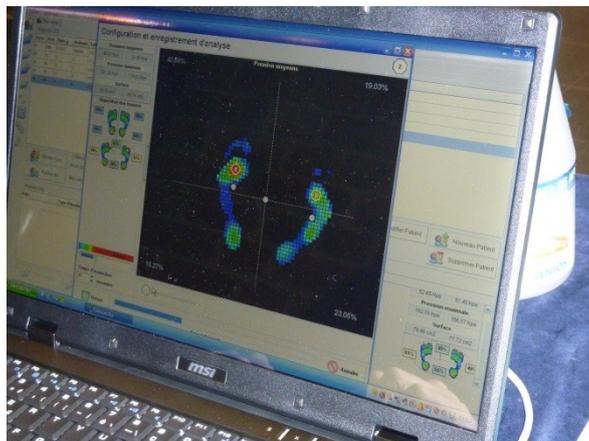
La prise de conscience du corps (enveloppe, volume, respiratoire profonde, sensations de contact du corps avec l'objet (basé sur l'Eutonie), sensations plantaires...)

La prise de conscience du mouvement (passivité, contraction/décontraction, économie du geste, vitesse du mouvement...) permet l'écoute de soi.

La détente assise ou couchée est indispensable entre les exercices les plus intensifs. Cette détente peut devenir relaxation pour faciliter la maîtrise

L'apprivoisement de l'espace antérieur et le passage assis-debout (voir animation) peuvent suivre et participe à la diminution de l'appréhension de la chute.

Tout un travail peut s'établir autour du relever du sol en cas de chute avec le groupe, le but ultime étant la réassurance. Apprendre à se relever dans un contexte de sécurité permet la maîtrise d'une situation de chute traumatisante



Puis à partir de l'évaluation effectuée l'équilibre est travaillé, par exemple, à travers la recherche du polygone de sustentation adéquat, le transfert du poids du corps d'un pied sur l'autre (inspiration Tai chi), la création de déséquilibre ou encore les activités en station debout (exemple lancer de balle).

La marche est sollicitée : différentes marches, différents sols, avec musique... les arrêts, changements de direction et les passages d'obstacles peuvent être aussi proposés.

Enfin pour motiver le groupe et passer à la prise en charge individuelle on proposera le travail sur la plateforme ou si possible on demandera à la structure de proposer des jeux de consoles.

Conclusion

La prévention des chutes peut prendre multiples formes (rééducation, activités ludiques, approche psychologique plus importante...).

L'objectif est premièrement de retarder le vieillissement et de conserver le maximum

d'autonomie avec une mobilité active de qualité.

Et en même temps, la psychomotricité se centre plus particulièrement sur le vécu du corps, sur l'affect par rapport à la chute.

A retenir :

Le dépistage préalable des facteurs de risque et la quantification des déficits permettent une meilleure prise en charge et aussi de proposer un score motivant qui s'améliorera avec la réadaptation proposée