

**Université René Descartes Paris V
Faculté Cochin-Port-Royal**

**ANALYSE DE 6 MOIS DE CHUTES
EN EHPAD
PREVENTION ET PRISE EN CHARGE
DU RESIDENT CHUTEUR**

Docteur Daniel DESTERNES

DIU de Formation à la Fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Directeur de Mémoire : Dr BELLOY

Année Universitaire 2008-2009

SOMMAIRE

<i>I</i>	<u>INTRODUCTION</u>	<i>PAGE 1</i>
<i>II</i>	<u>DEFINITIONS</u>	<i>PAGE 1</i>
	<i>1° PERSONNE AGEE</i>	
	<i>2° CHUTE</i>	
	<i>3° CARACTERE REPETITIF</i>	
<i>III</i>	<u>FACTEURS DE RISQUES DE CHUTES</u>	
	<i>1° FACTEURS PREDISPOSANTS</i>	<i>PAGE 2</i>
	<i>2° FACTEURS PRECIPITANTS</i>	<i>PAGE 4</i>
<i>IV</i>	<u>PREVENTION DES CHUTES</u>	<i>PAGE 6</i>
	<i>1° UN EXAMEN MEDICAL COMPLET</i>	<i>PAGE 7</i>
	<i>2° UNE EVALUATION DE L'AUTONOMIE</i>	<i>PAGE 9</i>
	<i>3° UNE EVALUATION DE L'EQUILIBRE DE LA MARCHE</i>	<i>PAGE 9</i>
	<i>4° UNE EVALUATION DES RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT</i>	<i>PAGE 9</i>
	<i>5° ACTIONS DE PREVENTION</i>	<i>PAGE 9</i>
	<i>6° PRISE EN CHARGE SUR LA PLAN MEDICAL DES FACTEURS DE RISQUE</i>	<i>PAGE</i>
<i>10</i>	<i>7° PRISE EN CHARGE SUR LA PLAN REEDUCATION ET EDUCATION</i>	<i>PAGE10</i>
	<i>8° LA CONTENTION</i>	<i>PAGE</i>
<i>11</i>		
<i>V</i>	<u>ENQUETE</u>	<i>PAGE</i>
<i>12</i>		
	<i>1° MATERIEL UTILISE</i>	
	<i>A) LA FICHE DE CHUTE UTILISEE DANS L'EHPAD</i>	<i>PAGE</i>
	<i>13</i>	
	<i>a) Description</i>	
	<i>B) TABLEAU RECAPITULATIF DES CHUTES</i>	<i>PAGE</i>
	<i>15</i>	
	<i>2° PRESENTATION DES GRAPHIQUES</i>	<i>PAGES 16 à</i>
<i>23</i>		
<i>VI</i>	<u>SYNTHESE</u>	<i>PAGE</i>
<i>24</i>		
<i>VII</i>	<u>QUELLES SOLUTIONS APPORTER ?</u>	<i>PAGE</i>
<i>25</i>		

<i>VIII</i> 26	<u>FORMATION DU PERSONNEL</u>	<i>PAGE</i>
<i>IX</i> 26	<u>CONCLUSION</u>	<i>PAGE</i>
<i>X</i> 27	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<i>PAGE</i>
<i>XI</i> 29	<u>ANNEXES</u>	<i>PAGE</i>
	REMERCIEMENTS	<i>PAGE 28</i>

ANNEXES

MINI GDS

MMS

LE TEST DE L'HORLOGE

LE TEST DES 5 MOTS

GRILLE AGGIR

ECHELLE IADL

TEST DE TINETTI

PYRAMIDE DES AGES

GIR 2

FICHE DE CHUTE

PROTOCOLE DES URGENCES MEDICALES

APPEL AU CENTRE 15

MINI GDS

Test de recherche de l'existence de symptômes dépressifs

- **4 questions auxquelles la personne doit répondre par oui ou par non**
- **Il faut expliquer à la personne que ces questions portent sur les 2 semaines précédentes et non exclusivement sur l'instant présent**
- **Chaque réponse est assortie d'un score de 0 ou 1**
- **Le score à la mini GDS est la somme des 4 réponses**

- **Egal à 0 il indique une faible probabilité de dépression**
- **Supérieur ou égal à 1 il indique la possibilité d'une dépression et incite à rechercher d'autres symptômes de dépression pouvant aboutir ou non au diagnostic d'épisode dépressif**

QUESTIONS

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1) Vous sentez-vous découragé ou triste ? | OUI NON |
| 2) Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | OUI NON |
| 3) Etes-vous heureux (bien) la plupart du temps ? | OUI NON |
| 4) Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | OUI NON |

LE MINI MENTAL STATUS EXAMINATION (MMSE)

C'est un test classique d'évaluation des fonctions cognitives.

Il comporte 18 questions ou épreuves qui testent l'orientation temporo-spatiale, la mémoire, l'attention, le calcul, les praxies et le langage. Sa cotation permet d'obtenir un score qui varie de 0 à 30. Le test est normal lorsque le score est supérieur à 27. In score inférieur ou égal à 27 doit être interprété en fonction du niveau socio-éducatif de la personne. Il indique un dysfonctionnement cognitif chez les personnes de niveau socio-éducatif élevé.

Chez les personnes ayant un bas niveau socioculturel, il faut un score inférieur à 24 pour retenir un dysfonctionnement cognitif.

Un test MMSE a fait l'objet 'une traduction qui a été validée. La durée de passage du test est d'environ 15 mn.

LE TEST DE L'HORLOGE

Il consiste à demander à la personne de dessiner sans modèle le cadran d'une montre sur une feuille de papier. Quand la personne a fini de dessiner les nombres, on lui demande de dessiner les aiguilles de façon à représenter une heure donnée par l'examineur (par exemple 8h20).

Il existe plusieurs variantes de ce test : certaines utilisent un cercle pré imprimé, d'autres non. Le test est anormal lorsqu'il manque plusieurs chiffres, qu'ils sont mal placés, ou encore lorsque les aiguilles sont mal représentées ou n'indiquent pas l'heure demandée. Ce test est bref : 2mn environ .
Sa réalisation fait intervenir plusieurs fonctions cognitives : praxies visuo-constructives, fonctions exécutives, attention notamment.

LE TEST DES 5 MOTS

Il consiste à faire lire ou mémoriser une liste de 5 mots imprimés en gros caractères sur une feuille. Les mots appartiennent à des catégories sémantiques différentes. On demande successivement au patient quel est le mot appartenant à chaque catégorie sémantique. Ensuite l'examineur cache la liste et demande à la personne de rappeler les 5 mots. En cas d'oubli de certains mots, on lui indique la catégorie sémantique du / des mots manquants .

Le nombre de bonnes réponses est compté.

On réalise ensuite une épreuve interférente de 3 à 5 mn durant laquelle l'attention de la personne est détournée. Après cela, on lui demande de nouveau de rappeler les 5 mots. En cas d'oubli de certains mots, on lui indique la catégorie sémantique du / des mots manquants.

Le nombre de bonnes réponses est compté.

Le score total varie de 0 à 10 .

Un score inférieur à 10 est anormal .

Ce test peut être réalisé en 10 mn.

I INTRODUCTION

Chez les personnes âgées, les chutes répétées ou non, sont fréquentes et représentent un problème de santé publique, par la gravité des conséquences médicales dramatiques qu'elles peuvent engendrer (13 000 décès par an estimés) ainsi que par leurs incidences sociales et économiques.

L'objectif est à partir des informations fournies par les fiches de chutes,

- 1) D'effectuer un travail de prévention en repérant les résidents à risque et les facteurs de risque,
- 2) De déterminer sur quels facteurs, il est possible d'agir afin de diminuer le risque de chute donc de morbi-mortalité.

II DEFINITIONS

1° LA PERSONNE AGEE

D'après la H.A.S. (Haute Autorité de Santé) et en accord avec les travaux publiés sur les chutes des personnes âgées, le seuil de 65 ans a été retenu pour définir la population des personnes âgées à risque.

2° LA CHUTE

Selon la base des définitions rapportées dans la littérature, la chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ.

3° LE CARACTERE REPETITIF

Toujours sur la base des définitions rapportées dans la littérature, le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins 2 chutes sur une période de 12 mois.

La population la plus concernée par les chutes répétées est constituée de personnes âgées de plus de 75 ans et présentant un état fragile.

La fragilité se définissant par un état médico-psycho-social instable.

III FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

L'évaluation des facteurs de risque est à rechercher systématiquement. Cette évaluation peut permettre d'entreprendre une démarche de prévention.

Ces facteurs sont classés en 2 catégories :

Les facteurs prédisposants et les facteurs précipitants.

1° LES FACTEURS PREDISPOSANTS

Les facteurs dits prédisposants intrinsèques ou pathologie chronique

Ils correspondent la plupart du temps au cumul de facteurs considérés comme intrinsèques, dépendant le plus souvent de l'état de santé de la personne.

✓ Recherche des facteurs prédisposants de la chute.

- L'âge : égal ou supérieur à 80 ans.
- Le sexe : féminin, probablement par le fait qu'elles sont en plus grand nombre aux âges avancés. Dans l'EHPAD concernée 75% de femmes pour 25% d'hommes.
- La santé et l'état fonctionnel du sujet (antécédent de chute ayant entraîné des fractures, activité quotidienne et mobilité réduites)

Le vieillissement est accompagné de modifications corporelles :

- Diminution de la masse musculaire donc de la force.
- Augmentation relative de la masse graisseuse
- Fragilisation des os
- Déficit de la vision
- Diminution de la mobilité et de l'équilibre,

ce qui implique que les déplacements sont plus fatigants et difficiles et les risques de chute plus importants.

Ce vieillissement naturel est plus souvent aggravé par une ou plusieurs maladies chroniques surajoutées parmi lesquelles :

- Les affections neurologiques centrales :
 - La maladie de Parkinson,
 - Les syndromes démentiels dégénératifs et vasculaires,
 - Les atteintes du tronc cérébral, cérébelleux et vestibulaires,
 - Hydrocéphalie à pression normale

- Les affections neurologiques périphériques :
 - Canal lombaire étroit
 - Neuropathie périphérique
 - Affection radiculaire ou tronculaire

- Les affections neuromusculaires
 - Myopathie thyroïdienne, cortisonique,
 - Ostomalacie
 - Pseudopolyarthrite Rhizomélique
 - Myasthénie

- Les affections ostéoarticulaires
 - Arthrose
 - Anomalie des pieds incluant raideur des chevilles, déformation des orteils, les durillons, les cales
(examiner systématiquement les pieds et le chaussage),

- Les affections sensorielles
 - Les atteintes visuelles entraînent une diminution de l'acuité ou du champ visuel (cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire.
 - Les troubles de la sensibilité des membres inférieurs .

- Les affections psychiques
 - Rechercher un syndrome dépressif (Mini GDS) qui peut entraîner une inhibition psychomotrice.

- Les affections génito-urinaires
 - L'adénome prostatique ou l'insuffisante rénale entraînent des mictions nocturnes ce qui peut fortement augmenter le risque de chute

- La dénutrition protéique sévère
- L'hypotension orthostatique

2° LES FACTEURS PRECIPITANTS

Les facteurs dits précipitants intrinsèques ou pathologie aiguë:

Ils interviennent dans le mécanisme de la chute, pour 50% des cas ils en sont responsables. Ils sont, là encore de causes multiples pouvant s'associer entre elles.

On peut distinguer

➤ Les causes cardiaques

Qui sont de loin les plus fréquentes.

- Les troubles du rythme
- L'ischémie aiguë cardiaque

➤ Les causes vasculaires

- L'hypotension orthostatique, (elle est multifactorielle : hypovolémie, insuffisance veineuse, dysfonctionnement du système nerveux autonome, mauvaise adaptation à l'effort, sans oublier la iatrogénie)
- Embolie pulmonaire.

➤ Les causes neurologiques

- Accident vasculaire cérébral
- Crise convulsive
- Etat confusionnel.

➤ Les causes métaboliques

- Hypocaliémie, hypercaliémie,
- Hypoglycémie
- Hypercalcémie

➤ Les causes iatrogènes

- La polymédication et/ou l'automédication peuvent provoquer une hypotension (orthostatique), une baisse de la vigilance, des troubles visuels, une pollakiurie qui sont des facteurs favorisant la chute.

Il importe donc de rechercher les classes thérapeutiques qui seules ou en association sont susceptibles d'induire ses troubles.

On citera :

- Les anti-arythmiques (Amiodarone, Digitalique),
- Les diurétiques
- Les dérivés nitrés
- Les bêtabloquants
- Les anti-hypertenseurs
- Les neuroleptiques
- Les antidépresseurs
- Les benzodiazépines
- Les hypnotiques
- Les antidiabétiques
- Les laxatifs
- Le dextropropoxyphène et les autres morphiniques antalgiques
- L-Dopa
- Les corticoïdes

D'une manière générale il faut éviter de prescrire deux médicaments appartenant à la même classe pharmacologique et /ou deux médicaments ayant des effets pharmacologiques similaires, en sachant que **le risque iatrogène est accru à partir de trois médicaments** de ces classes thérapeutiques associés.

Attention et rechercher impérativement la polymédication et l'automédication.

Les facteurs dits précipitants extrinsèques

L'environnement est responsable pour 50% des chutes.

La recherche des facteurs environnementaux impose une enquête auprès de l'entourage sur :

- L'habillement
 - Chaussures inadaptées :
 - Semelles glissantes ou trop adhérentes.
 - Le port de chaussures à talon large et bas, 2 à 3 cm, à semelles fines et fermes, avec une tige remontant haut, est recommandé ;
 - Vêtements inadaptés, trop longs, pas assez amples....

- Le Mobilier
 - Fauteuil, lit , trop haut, trop bas.

- Obstacle au sol
 - Inégalité du sol
 - Sol humide, glissant ou à l'inverse trop adhérent par mauvaise technique de nettoyage
 - Fil électrique pas remplacé ou mal positionné
 - Tapis
 - Objet ou matière tombé sur le sol

- Configuration locale des lieux dangereuse ou inadaptée
 - Eclairage insuffisant
 - Interrupteur mal placé
 - Manque de point d'appui (main courante dans les couloirs, escaliers, barres dans les douches, les toilettes.
 - Objets encombrants dans les endroits de passage, appareil pour lever les résidents sortis d'une chambre et laissés dans le couloir...)
 - Salle de Bains, douche, baignoire, WC

PREVENTION DES CHUTES

Après avoir évalué les facteurs prédisposants intrinsèques et précipitants intrinsèques et extrinsèques, on évoluera le risque de chute pour une meilleure prise en charge.

C'est le rôle du projet de soins individuel, mis en place par le médecin coordonnateur avec la coopération des différents membres de l'équipe :

- Médecin traitant
- Kinésithérapeute
- Infirmière
- Aide-Soignants
- Ergothérapeute
- Psychologue

UNE EVALUATION GERONTOLOGIQUE à la recherche d'un déclin cognitif

(MMS, test des 5 mots, de l'Horloge, Mini GDS, ...cf annexes), évaluation de l'autonomie, qui peut être faite lors de l'élaboration de la Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources).

Cette évaluation sera classée dans le dossier médical et le dossier de soins infirmiers car elle fera référence pour des évaluations ultérieures.

1° UN EXAMEN MEDICAL COMPLET

Il doit inclure

- La prise de la TA (Tension Artérielle) en position assise ou couchée et debout
- L'évaluation des capacités visuelles et auditives
- La recherche systématique des déformations articulaires et/ou des douleurs de type mécanique, du rachis et/ou des membres inférieurs, en particulier une raideur des chevilles.
- Un examen des pieds, recherche de cale et autre déformation ou lésion douloureuse
- La recherche des troubles de la sensibilité des membres inférieurs à l'aide d'un monofilament au niveau de la voûte plantaire et d'un diapason en le plaçant au niveau de la malléole externe de la cheville.
- La recherche d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre devra être systématique à l'aide de tests cliniques de repérage :
 - o Le Timed Up and Go Test (TUG)
"Lever et Marcher Chronométré"

Le patient doit se lever d'un siège banal, faire environ 3 mètres, tourner et revenir, s'asseoir sans l'aide d'une autre personne (avec ou sans aide de tout type de canne)

Une anomalie ou déficit est retenu si la durée est supérieure ou égale à 20 secondes.

Au-delà de 29 secondes, le déficit est considéré comme important.

C'est un test de bonne sensibilité et de bonne spécificité, supérieur à 85% .

○ La station unipodale :

Considérée comme anormale si la personne ne peut se maintenir sur une jambe au moins 5 secondes.

○ La poussée sternale (brutalité exclue)

Un déséquilibre à la poussée est un bon signe de risque de chute dans plus de 90% des cas.

On peut le rapprocher des sensations de déséquilibre, yeux ouverts, yeux fermés.

○ Autre test intéressant

Poser une question à une personne âgée « fragile » qui marche, elle s'arrête car on la sollicite dans un autre domaine d'attention.

C'est aussi un bon signe d'évaluation du risque dans plus de 90% des cas.

- On examinera et évaluera la force musculaire par la capacité à se lever d'une chaise sans l'aide des mains.

- On appréciera l'état nutritionnel global par le calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporel) [Poids(kg) x Taille (m²)]

Une valeur inférieure à 21 est considérée comme un critère de dénutrition.

- La notion de perte de poids récente : supérieure ou égale à 5% en un mois ou supérieure ou égale à 10% en six mois indique une dénutrition.

2° UNE EVALUATION DE L'AUTONOMIE

- A partir de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) mais aussi par l'échelle IADL(cf annexes)
(Instrumental Activity of Daily Living).

3° UNE EVALUATION DE L'EQUILIBRE ET DE LA MARCHE

et de ses troubles éventuels par le test de TINETTI. (cf annexes)
Celui-ci pouvant être effectué par un kinésithérapeute.

4° UNE EVALUATION DES RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT

par le médecin, l'infirmière, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute.

5° ACTIONS DE PREVENTION

Elles doivent être précoces, actives, efficaces rapidement afin d'éviter les effets néfastes :

- Sur le muscle (fonte musculaire).
 - L'articulation (raideur , ankylose).
 - La perte du contrôle de la posture et du mouvement.

Cela nécessite une approche globale multidisciplinaire ou interviennent dans une bonne coordination :

- Le Médecin traitant
- Les infirmières
- Les aides soignantes
- L'ergothérapeute
- Le kinésithérapeute
-

Sans oublier le concours indispensable de la famille.

On veillera à personnaliser les mesures de prévention compte tenu des capacités de réaction et du comportement de la personne concernée.

6° PRISE EN CHARGE SUR LE PLAN MEDICAL DES FACTEURS DE RISQUE

Corriger si cela est possible :

- Les déficit sensoriels,
- Les troubles liés au vieillissement physiologique
- Stabiliser les pathologies à risque de chute

Apporter un équilibre nutritionnel et une supplémentation vitamino-calcique (la carence en vitamine D semble plus marquée en institution chez les personnes de plus de 80 ans, un apport de 800 UI par jour est recommandé).

Effectuer avec le médecin traitant une revue des ordonnances en évaluant le bénéfice/risque de la prescription et ne garder que ce qui est indispensable, notamment pour les psychotropes.

7° PRISE EN CHARGE SUR LE PLAN REEDUCATION ET EDUCATION

Prise en charge précoce, par le kinésithérapeute et l'ergothérapeute, des sujets chuteurs.

Maintenir une activité physique régulière (30 mn et plus de marche par jour) 3 fois par semaine.

Gymnastique douce.

Il peut être proposé :

Un programme plus personnalisé de rééducation ou éducation afin d'améliorer les capacités des sujets et renforcer l'autonomie.

Renforcement de la force musculaire des membres inférieurs.

Un travail de l'équilibre postural et dynamique.

Apprentissage des bonnes attitudes et de la bonne utilisation du matériel (canne, déambulateur).

Ces pratiques doivent être régulières.

Il est recommandé de les poursuivre en auto rééducation entre et après les séances avec un professionnel afin d'en prolonger les acquis dans la vie de tous les jours.

Le cas particulier des personnes démentes déambulantes, chez lesquelles le maintien de la déambulation est préférable.

8°) LA CONTENTION (recommandations de l'ANES)

C'est une entrave à la liberté individuelle.

Elle ne peut être réalisée que sur prescription médicale pour 24h, reconduite si nécessaire et après réévaluation par une prescription médicale motivée toutes les 24h.

C'est une source de déconditionnement physique, de l'apparition d'une confusion mentale qui sont à l'origine d'un risque élevé de chutes.

Les protecteurs de hanche, d'après la littérature, ne semblent pas d'un grand intérêt pour la prévention de fractures de l'extrémité du fémur par mauvaise acceptabilité du dispositif et mauvaise observance à long terme.

Les barrières de lit sont moins traumatisantes, souvent réclamées par le patient (qui a peur de chuter de son lit) et mieux acceptées par les familles.

- Eduquer les patients sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter
- Présenter toutes les informations en utilisant un langage simple
- Aménager les locaux afin de réduire les facteurs de risques environnementaux

V ENQUETE

1° MATERIEL UTILISE

Le personnel doit se référer au protocole établi par le médecin coordonnateur, protocole signé par le médecin et réévalué chaque année.

Il doit être connu et accessible.

Il décrit la marche à suivre en cas de chute, actions immédiates et celles à venir.

Au moment de la chute, ou à la découverte du résident ayant chuté, le personnel présent, prévient l'infirmier(e) et recueille systématiquement, au moyen d'une fiche de chute ou de déclaration de chute, les circonstances de survenu. L'infirmier(e) note les caractères de gravité et complètera par la prise de différentes mesures, ce premier bilan.

L'infirmier(e) si elle le juge nécessaire, appellera le médecin traitant en urgence ou en son absence le médecin coordonnateur, s'il est présent sur le lieu.

En leur absence, elle se refera au protocole « Urgences Médicales » (cf annexe).

La nuit (absence de personnel infirmier) le personnel présent selon la gravité de la chute se conformera au protocole « Urgences Médicales ».

La fiche de chute établie dans l'EHPAD, servira de référence. (cf annexe)

C) LA FICHE DE CHUTE UTILISEE DANS L'EHPAD

a) DESCRIPTION

Les circonstances de chute ont été répertoriées sur le tableau suivant avec les rubriques qui sont celles de la fiche de chute :

- Etat général du résident
 - A jeun
 - Malaise
 - Agitation
 - Fièvre

- Chaussant
 - Chaussures
 - Chaussons
 - Chaussettes/Bas
 - Pieds nus

- Matériel
 - Canne
 - Déambulateur
 - Lunettes

- Heure de la Chute
 - 8H/12H
 - 12H/14H
 - 14H/18H
 - 18H/21H
 - Nuit

- Lieu de la Chute
 - Chambre
 - Salle de Bain
 - Couloirs
 - Salle à Manger
 - Salon
 - Extérieur

- Mouvement Effectué
 - En se levant
 - En se couchant
 - Transfert assis
 - Toilette
 - Déplacement
 - Pendant habillage
 - Manœuvre porte

- Élément ayant provoqué la chute
 - Obstacle présent
 - Sol Mouillé
 - Eclairage insuffisant
 - Autres circonstances

- Conséquences de la Chute
 - Traumatisme
 - Appel Médecin
 - Hospitalisation
 - Séquelles

Transmission

- Infirmière prévenue
- Médecin traitant prévenu
- Appel au 15
- Famille prévenue

Action

- Prise de la tension artérielle
- Prise du Pouls
- Soins effectués

Remarques

- L'évaluation clinique est sommaire
Notamment
- Pas de prise de température
 - Pas de dextro
 - Pas de fréquence respiratoire
 - Pas de SA O2

Le relevé de ses constantes, qui peuvent selon les circonstances être utiles, n'apparaît pas sur cette déclaration de chute.

B) TABLEAU RECAPITULATIF DES CHUTES

selon les informations recueillies par le personnel au décours de la chute
Le tableau synthétise les déclarations de chute du 1^{er} Janvier 2009 au 22 Août 2009.

Durant cette période : - 115 chutes ont été répertoriées pour 39 résidents pour une institution qui en héberge 80 .

- 15 ayant chuté 1 fois
- 10 ayant chuté 2 fois
- 4 ayant chuté 3 fois
- 3 ayant chuté 4 fois
- 1 ayant chuté 6 fois
- 3 ayant chuté 7 fois
- 2 ayant chuté 8 fois
- 1 ayant chuté 11 fois

L'âge moyen est de 87 ans $\frac{1}{2}$ avec 2 extrêmes 64 ans et 99 ans, ce qui correspond à l'âge moyen des personnes présentes dans cet établissement.

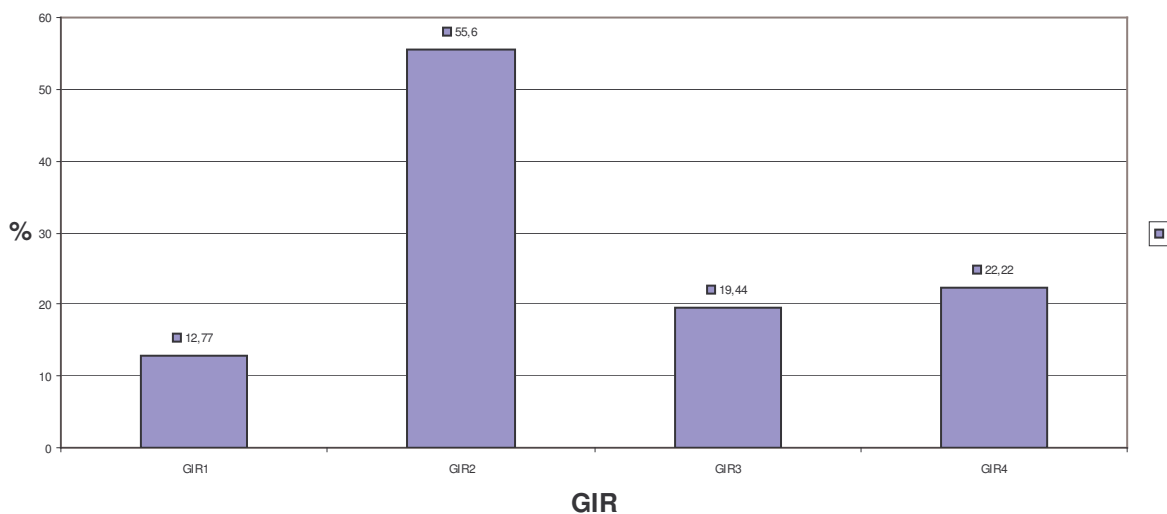
Il nous a paru intéressant de rechercher et de noter le degré de dépendance de ces 39 résidents.

La seule grille de dépendance utilisée ici est la grille AGGIR .

GIR 1 = 2,77% GIR 3 = 19,44 %

GIR 2 = 55,6% GIR 4 = 22,22%

Pas de GIR 5 et 6. Il est vrai qu'ils ne constituent pas la majorité loin de là, des personnes admises en EHPAD.



Une nette prédominance des personnes classées GIR 2 est à noter.

- Présence de troubles cognitifs importants, certains sont déambulants.(3)
- Présence d'handicap physique ou maladie neurologique handicapante (Parkinson) (4)

Ce sont les plus grands chuteurs, 11 fois pour l'un d'entre eux.

Les GIR 3 et 4 sont présents dans la même proportion.

On note qu'une chute pour 6 mois par résident classé en GIR 3 ou 4.

Le tableau n'étant pas d'une lecture facile (petitesse des caractères, nombre de colonnes), il nous a semblé plus judicieux de présenter les résultats sous forme de **graphiques** en reprenant l'ordre des items.

2° PRESENTATION DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE I ETAT GENERAL

- 6 patients étant à jeun, (item rajouté après enquête sur le tableau récapitulatif car non noté sur la fiche de chute).
- 10 étaient agités
- 1 présentant une température corporelle supérieure à 39°.

Commentaire

Etre à jeun peut induire une modification du comportement, sensation de faim, pouvant impliquer un déplacement, pour trouver de quoi manger.

GRAPHIQUE II LE CHAUSSANT

- 54% portaient des chaussures, étaient-elles bien adaptées ?
- 16% portaient des chaussons, inadaptés pour la plupart
- 1% en bas ou chaussettes, aucune adhérence
- 29% pieds nus, la totalité des chutes durant la nuit

GRAPHIQUE III LE MATERIEL

Le matériel utilisé lors de la chute

- Canne pour 17 résidents
- Déambulateur pour 34 résidents
- 23 portent des lunettes résidents

GRAPHIQUE IV LES HORAIRES

Pour 25% pour 3 tranches

8H/12H → 24%

14H/18H → 24%

21H/8H → 25%

Le matin : Toilette donc déplacement seul ou accompagné.

L'après-midi : Nombreux facteurs d'attention, vigilance atténuée.
Heure de pause du personnel .

La nuit : 2 Aides Soignantes pour 80 chambres et résidents, surveillance difficile.

Les 2 autres tranches

12H/14H → 9%

18H/21H → 18%

correspondent aux heures des repas.

L'attention du résident est alors sollicitée dans un seul domaine, celui du repas.

Le personnel est très présent (aide aux repas...) donc surveillance accrue.

Les seuls risques de chute existent pendant les transferts

GRAPHIQUE V LIEU DE CHUTE

- 70% des chutes ont lieu dans la chambre et
- 10% dans la salle de bains

soit 80% pour ce qui doit être considéré comme un local privé.

Se pose donc le problème non seulement de la surveillance et de la rapidité des secours (impossibilité de se lever du sol, d'appeler) séjour au sol supérieur à 1 heure avec ses conséquences potentielles

- 54% ont lieu pendant un déplacement
- 3% pendant la toilette
- 31% en se levant
- 11% transfert assis
- 1% en se couchant

GRAPHIQUE VII ELEMENT DECLANCHANT

1,56% des résidents chutent en présence d'un obstacle

2,73% chutent sur sol mouillé (urine, eau...)

0% pour éclairage insuffisant ? nuit ?

34% pour une autre raison (fil électrique, agression par un autre résident...)

-

43% sans cause extrinsèque identifiable

GRAPHIQUE VIII CONSEQUENCE DE LA CHUTE

28,69 % de chutes se sont soldées par un traumatisme, une contusion, sans gravité apparente

-

20% ont justifié l'appel à un médecin

13% une hospitalisation dont - 4 fractures
1 du col du fémur
1 des membres inférieurs
2 de la main

10% ont présenté ou présentent des séquelles

***VI* SYNTHESE**

1) 39 résidents chuteurs
14 ayant chuté plus de 2 fois
(11 chutes pour un résident de 93 ans)
Tous classés GIR 2 selon la grille de dépendance utilisée

- i. Le lieu de toutes ces chutes est à 80% l'espace privé (chambre/salle de Bains)
- ii. Pratiquement 1 fois sur 2 présence d'un obstacle ou élément indésirable

- 4) 1 résident sur 2 était en principe chaussé correctement
- 5) Les chutes se produisent de préférence en dehors des horaires réservés aux repas
- 6) Lors de la chute, 21 résidents ont présenté une modification de leur état habituel (malaise, fièvre...)
- 7) 13% ont nécessité une hospitalisation : 4 fractures ont été dénombrées dont 2 des membres inférieurs et 2 d'une main.
- 8) 4% présentent des séquelles et n'ont pas retrouvé leur autonomie initiale

On retiendra que si les chutes sont nombreuses,

- 1) les fractures et traumatismes sont peu nombreux, en revanche leur gravité est importante.
- 2) Dans l'échantillon présenté, pas de mortalité à court terme (recul insuffisant), mais existence d'une morbidité puisque 4% n'ont pas retrouvé leur autonomie initiale ce qui est inférieur à la moyenne relevée dans la littérature (de l'ordre de 20%)
- 3) Le lieu des chutes : espace privé de moindre surveillance

VII QUELLES SOLUTIONS APPORTER ?

1) Informer et éduquer les patients

Sur les bonnes attitudes à adopter compte tenu de leur handicap et de ce qu'ils souhaitent.

2) Lutter contre les conséquences psychomotrices

La chute peut être à l'origine d'une véritable sidération des automatismes acquis.

Perte des réactions d'adaptation posturale, difficultés de se maintenir debout et aggravant l'état de dépendance

Cette perte d'autonomie touche environ 80 à 85% des individus chuteurs.

Même lorsqu'il n'y a pas de traumatisme grave (fracture) une perte d'autonomie peut être retrouvée dans 30% des cas.

3) Lutter contre les conséquences psychologiques

Souvent le résident ne peut se lever seul mais peut rester plusieurs heures allongé sur le sol (même en institution, la nuit surtout)

C'est une situation littéralement effrayante, conduisant progressivement à la peur de tomber.

D'où, diminution des activités, voire apparition d'un véritable syndrome dépressif donc il faut lutter contre la peur.

4) Lutter contre la peur de tomber

Syndrome de « post-chute » pouvant s'installer, marche à petits pas avec appui talonnier, élargissement du polygone de sustentation, flessum des genoux, centre de gravité rejeté en arrière. Ce syndrome s'accompagne de la peur de retomber, d'anxiété, d'un refus de la marche et d'une perte progressive de l'autonomie.

5) Réduire les facteurs de risques extrinsèques

Revoir l'aménagement des locaux

- Espace de déambulation sans obstacle
- Eclairage suffisant (la nuit en particulier)
- Rampes dans les couloirs, escaliers.
- Sol non glissant et antidérapant
- Barre de maintien (wc, salle de bains)
 - Rehaussement WC
 - Fauteuils et chaises stables avec accoudoirs et hauteur d'assise adaptée au résident
 - Lit à hauteur variable
 - Bonne accessibilité des étages
 - Appel Malade facile à utiliser donc accessible
 - Signalisation visible et lisible

Cela est réalisé dans l'ensemble de l'établissement concerné.

Reste le problème de la surveillance des chambres, sans attenter à la vie privée, pour intervenir rapidement lors d'un évènement indésirable.(chute)

Il existe bien des détecteurs d'incendie, pourquoi pas des détecteurs de chutes, basés par exemple sur la chaleur émise par le corps ou tout autre indicateur.

Un logiciel bien programmé intelligent pourrait faire la différence entre quelqu'un qui s'assoit et quelqu'un qui s'effondre sur le sol. Des capteurs installés dans les lieux de vie mais aussi dans les chambres reliés aux ordinateurs mais aussi aux Bip du personnel. Dès qu'une alerte est détectée, le logiciel retransmet instantanément l'image et les informations nécessaires, sur les écrans de l'équipe soignante, qui peut savoir ainsi si elle doit intervenir.

Reste le problème de l'éthique, le dispositif exerce une surveillance permanente cela doit se faire dans l'intimité du résident.

Les capteurs doivent donc effectuer un travail sélectif et ne transmettre l'image qu'en cas d'alerte.

Ce système apporterait une réponse aux carences de surveillance la nuit en particulier.

Raccourcissant le délai d'intervention en cas d'incident mais n'empêchant pas les chutes

Sécurité accrue, meilleur confort de vie.

VIII FORMATION DU PERSONNEL

Elle doit être régulière.

- Rappel des bonnes attitudes et stratégies pour effectuer les transferts.
- La verticalisation
- L'accompagnement à la marche.
- Sensibiliser le personnel aux problèmes de chutes (Mise en place par le médecin coordonnateur de programmes de formation sur la prévention des chutes)

IX CONCLUSION

En institution le risque de chute est important 1 résident sur 2 à chuté ou chutera.

- 1) Il est important que le médecin coordonnateur et son équipe repèrent les sujets à risque de chute et les intègrent dans les actions mises en œuvre par l'équipe (projet de soins).

Cette prise en charge sera pluridisciplinaire :

- Médecin
- Infirmier
- Kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Podologue

- 2) Lutter contre les facteurs environnementaux, améliorer ce qui existe et qui peut l'être, utiliser les techniques modernes, informatiques, pour repérer les chutes et prise en charge rapide.

- 3) Il est probable, (le risque zéro n'existant pas) que les chutes ne disparaîtrons pas mais en diminuer le nombre par une meilleure prévention et intervenir plus rapidement lorsqu'elles ont eu lieu permettra de diminuer de manière significative la morbi- mortalité.

X BIBLIOGRAPHIE

- Julien LUCAS
« Dépistage des personnes âgées à risque de chute dans un hôpital général et stratégies de prise en charge des patients chuteurs »
Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en Médecine –
Université de Nantes
Présentée et soutenue publiquement le 23 Novembre 2006.
- « Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Recommandations »
Société Française de Gériatrie et Gériologie
Haute Autorité de Santé Avril 2009
- « Le Mensuel des Maisons de Retraite »
N° 123 – Septembre 2009
- « Les Bonnes Pratiques de Soins en EHPAD »
2009 – Direction Générale de la Santé

- « *Prévention des Chutes chez les Personnes Agées à Domicile* »
Hélène BOURDESSOL et Stéphane P.N.
Edition INPES – Mai 2005
- “ *TINETTI M.E. , Clinical Praticce: Preventing Falls in Elderly Persons*”
New England, Journal of Medicine (en Anglais) 2003- 348:42-9
- MOUREY F.
« *La Prise en charge après la Chute* »
Impact Medecin N° 451- Mai 1999, p.XVII-XXII
- « *Relever un Chuteur* » (Fiche 4)
« *Connaître le Problème des Chutes pour Comprendre et Agir* »
Extrait de :
Personnes Agées : Prévenir les Chutes dans les Lieux d’Hébergement
Paris : Cresif – 1996 – p. 30-31
- JACQUOT J.M. – STRUBET D., PELISSIER
« *La Chute de la Personne Agée* »
PARIS –MASSON 1999
- “*Guideline For the Prevention of Falls in Older Persons* “
Etabli par les sociétés suivantes
Anglosaxonnes de Gériatrie et d’Orthopédie
J. AM Geriatr Soc 2001 6 49.664-72
- http://www.securitocouso.org/imprim.fiche.prevention.php3?id_rubrique=102
- RUGGERI G., BOSSHARD W., Büla C. Protège-Hanches : quelle est leur place dans la prévention des fractures fémorales?
Revue Médicale de Suisse Romande 2000 ; 120 : 887-92

REMERCIEMENTS

A Monsieur René DOHEN, Directeur d’un EHPAD, qui m’a invité à suivre cette formation, qu’il trouve ici l’expression de toute ma gratitude.

A Marie-Christine GORAU-PONCET qui m’a soutenu, aidé, a supporté mes humeurs, m’a apporté son talent, sa dextérité dans le maniement de l’informatique, qu’elle trouve ici l’expression de ma grande amitié.

A Aurélie ROBERT, infirmière coordinatrice en EHPAD, qui m’a permis d’accéder aux informations dont j’avais besoin, qu’elle en soit remerciée.

Au Docteur Jean-Paul BELLOY, Médecin Coordonnateur Gériatre, qui m'a prodigué ses conseils, qu'il reçoive ici l'expression de toute ma reconnaissance.

RESUME

La chute chez la personne âgée est un évènement grave représentant un problème de santé publique.

L'objet de ce mémoire est :

- 1) D'évaluer les risques de chute prédisposants chez la personne âgée, celle-ci pourra bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire dans un environnement adapté. (Repérer les patients qui ont déjà chuté . Ceux-ci présentant un risque de re chute x20)
- 2) De prévenir la récurrence des chutes, d'où l'utilité de l'analyse des chutes qui permettra de cibler les facteurs précipitants, de faire une nouvelle évaluation multifactorielle, de proposer une prise en charge personnalisée.