



Prévention des chutes chez la personne âgée résidant à domicile

08/12/2018



Atelier 1:

Reconnaître l'importance du risque de chute chez la personne âgée et identifier les facteurs favorisants.

Orateurs : Mme Moral Stéphanie, Pr Pendeville Etienne et Dr Vanhalewyn Michel.

Plan de la présentation

- Objectifs de formation
- Introduction
- Cas cliniques et discussions
- Take Home Messages



Objectifs de la formation

Objectifs de formation

- Reconnaître les risques de chutes chez la personne âgée,
- Identifier les causes et les conséquences des chutes,
- Connaître le risque médicamenteux,



Introduction

Professeur Pendeville Etienne

La chute



Etat de la situation

Définition

Etat de la situation

Définition



Quelle est la raison pour laquelle nous nous trouvons à parler des chutes aujourd'hui ?

Etat de la situation

Définition



le XXIème siècle sera le siècle du vieillissement ?

Évolution de la structure d'âge de la population belge
Source : INS, Statistiques démographiques.

En	2000	2010	2020	2030	2040	2050
pourcentage						
0-19 ans	23,50%	22,26%	21,21%	20,86%	20,46%	20,35%
20-59 ans	54,62%	53,96%	51,49%	48,46%	47,62%	47,17%
60-64 ans	5,05%	6,16%	6,74%	6,39%	5,82%	6,01%
65-69 ans	4,96%	4,57%	5,97%	6,59%	5,74%	5,67%
70-79 ans	8,21%	7,93%	8,92%	10,84%	11,41%	10,44%
80-89 ans	3,09%	4,45%	4,59%	5,62%	7,18%	7,90%
90-99 ans	0,57%	0,65%	1,06%	1,20%	1,73%	2,39%
100 ans et plus	0,01%	0,02%	0,02%	0,04%	0,05%	0,08%
total =	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Âge moyen de la population belge						
Hommes	37,8	39,49	40,97	42,28	43,23	43,64
Femmes	40,72	42,24	43,54	44,77	45,82	46,21

+1,22 %

-0,3%

+1,52 %

+ 3,31 %

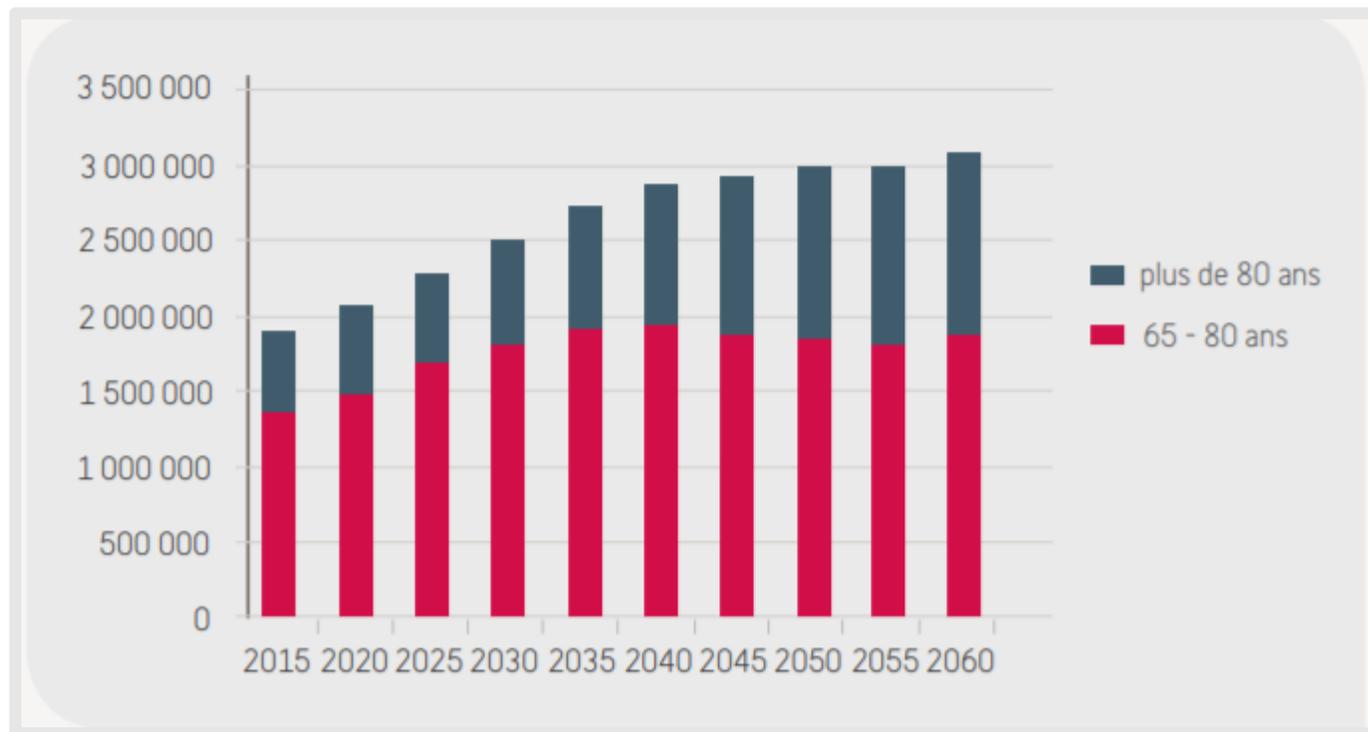
+ 1,33 %

+ 0,06 %

+4,7%

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
65-100 +	16,84 %	17,62 %	20,76 %	24,29 %	26,31 %	26,5 %

Perspectives en graphique population 65 ans et plus



Etat de la situation

Définition

N'y a-t-il pas un paradoxe dans ce vieillissement ?



Les vieux sont un poids pour la société



- Les vieux coûtent cher et ne génèrent aucune richesse
- Le coût de la vieillesse fera crouler notre système de sécurité sociale

Un premier pas : c'est de se libérer des mythes de la personne âgée



- **Mythe 1 : La plupart des personnes âgées sont en mauvaise santé**
- **Mythe 2 : La sénilité est une conséquence inévitable du vieillissement**
- **Mythe 3 : Vieillir est déprimant**
- **Mythe 4 : Vieillesse et vie sexuelle sont incompatibles**
- **Mythe 5 : Les personnes âgées ne peuvent pas étudier**

Etat de la situation

Définition

Mythe du petit vieux malheureux



La société vieillit mais les vieux sont plus jeunes



Nous restons jeunes beaucoup plus longtemps que par le passé



L'âge biologique et la perception individuelle du vieillissement sont en décalage chronologique



La retraite est devenue aujourd'hui le début d'une nouvelle vie qui peut durer vingt, trente, quarante ans.

Percevoir la vieillesse autrement

- ❑ Le vieillissement : d'un modèle « défectologique » à un modèle « ontogénique »
[Jean-Pierre Aquino](#)
- ❑ Le vieillissement : d'un modèle « biologique » à un modèle « **biopsychosocial** »

«*La vieillesse n'est-elle pas une notion qui varie de siècle en siècle ?*»

- *Il y a 5.00.000 ans, l'homme de Tautavel, plus vieux encore que Neandertal et Cro-Magnon était vieillard à 20 ans.*
- *Au siècle dernier, la femme de 30 ans de Balzac était presque une vieille femme. Elle avait déjà des ratées dues à l'usure.*
- *Voyez nos nouvelles grands-mères. Où sont donc les mémés toutes ridées, tricotant un cache-nez et reprisant de vieilles chaussettes et répétant pour la millième fois le même conte au coin du feu ?*

Mamie a chassé mémé:

elle a la cinquantaine sportive

la soixante amoureuse ou vice et versa, ou elle cumule les deux avantages».

En octobre 1990 Arthur Conte



Quel **modèle de vieillissement** ?

❖ Compression de la morbidité

Morbidité se concentrant davantage sur les dernières années de la vie

❖ Expansion de la morbidité

Pas de gain au niveau du nombre d'années à vivre en bonne santé



Et si la personne âgée n'existait pas (Messy)

BIEN VIEILLIR

Le ressenti des seniors

3 seniors
sur 4

estiment
qu'il est facile
pour eux
de bien vieillir.

PHYSIQUEMENT

MENTALEMENT

97% | 96%

...des seniors se trouvent
plus jeunes ou en accord
avec leur âge.



LA RETRAITE

POSITIVE POUR

4 seniors
sur 5

SYNONYME DE

Liberté

Temps libre

Loisirs

72%

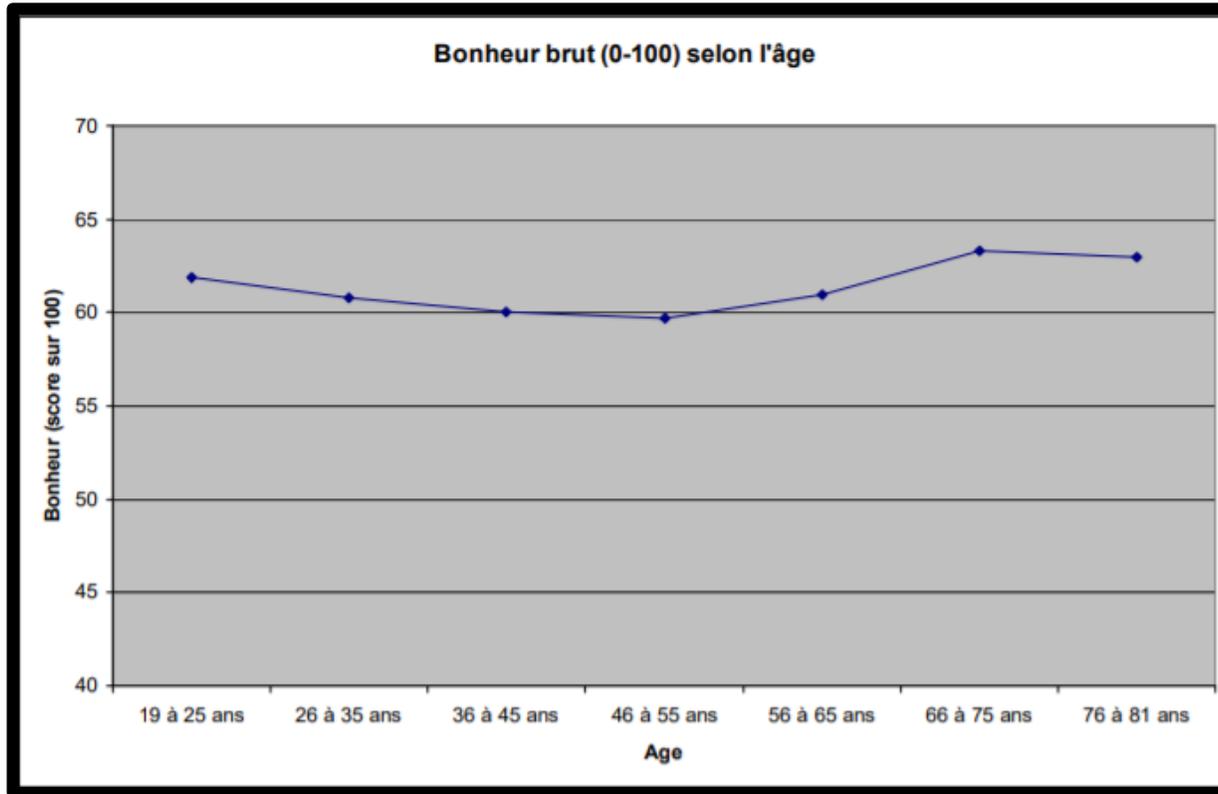
66%

53%

Etat de la situation

Définition

VIEUX RIME AVEC HEUREUX



Scores :

18 à 25 ans : 61,9/100
46 à 55 ans : 59,7/100
66 à 75 ans : 62,9/100
au-delà de 75 ans : 62,1/100

Bonheur différent

Jeunes : - agitation
- activité
- action

Vieux : - calme
- plénitude



Deux âges du vieillissement.

- le premier de 60 à 75 ans

- grand-parentalité,
- loisirs,
- engagement civique,
- poursuite d'une activité professionnelle



- le second commence aux alentours de 75 ans.

- Risque d'isolement élevé
- Augmentation des problèmes de santé

Etat de la situation

Définition



Sommes tous égaux devant ce vieillissement?



Hétérogénéité dans la façon de vieillir

Différences selon le niveau économique et socio-culturel

les risques sociaux de vieillissement prématuré :

Type de profession

- chômeur \Rightarrow vieillissement **prématuré** de près de 3 ans
- ouvriers non qualifiés \Rightarrow vieillissement **prématuré** de 1,6 ans
- employés de commerce ou de service \Rightarrow vieillissement **prématuré** de 1,3 ans
- cadres supérieurs \Rightarrow vieillissement **retardé** de 2 ans

Facteurs de fragilité sociale

- de revenus bas,
- avoir un faible niveau d'instruction,
- être divorcé ou veuf, ...



**Question
Politique**

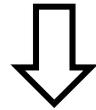
Etat de la situation

Définition



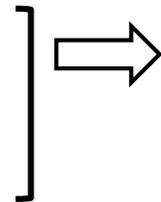
Modifier la perception des personnes âgées

Perception équilibrée des aînés



le regard d'autrui est ***un véritable adjuvant de sentiment de vieillir***

- coup de klaxon sanctionnant une manière trop prudente de conduire
- manque de patience de la part du médecin,....



Stéréotypes négatifs



Intériorisation des stéréotypes négatifs



- leur santé comme moins bonne
- moins d'actions de prévention de la santé
- espérance de vie diminuée

Modifier la perception des personnes âgées

modèle dominant de communication de type « paternaliste »



modèle « pluraliste » avec partage de prises de décision



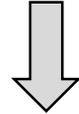
« empowerment individuel »

La chute

Thème récurrent dans la littérature

mais

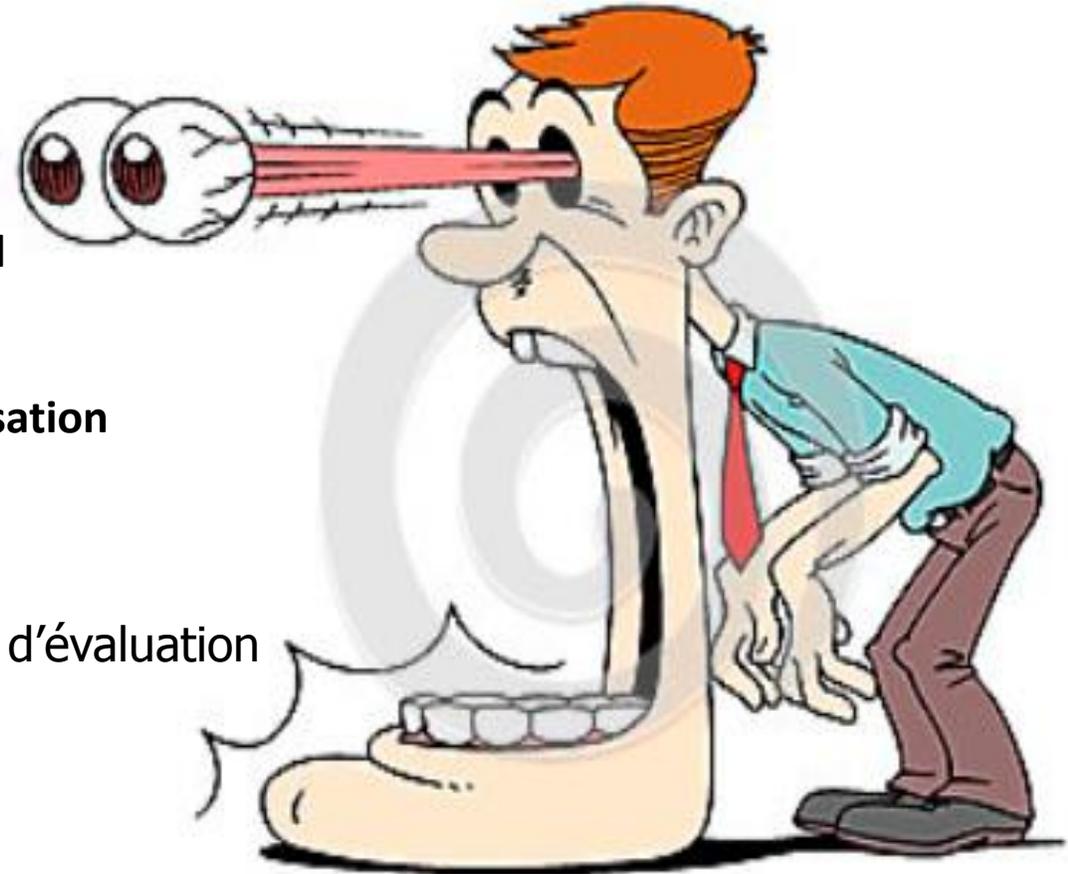
- divergence sur la définition
- divergence sur la méthode de recueil



Manque de standardisation- d'homogénéisation



- difficulté d'interprétation
- difficulté d'application de stratégies d'évaluation
- difficulté d'intervention

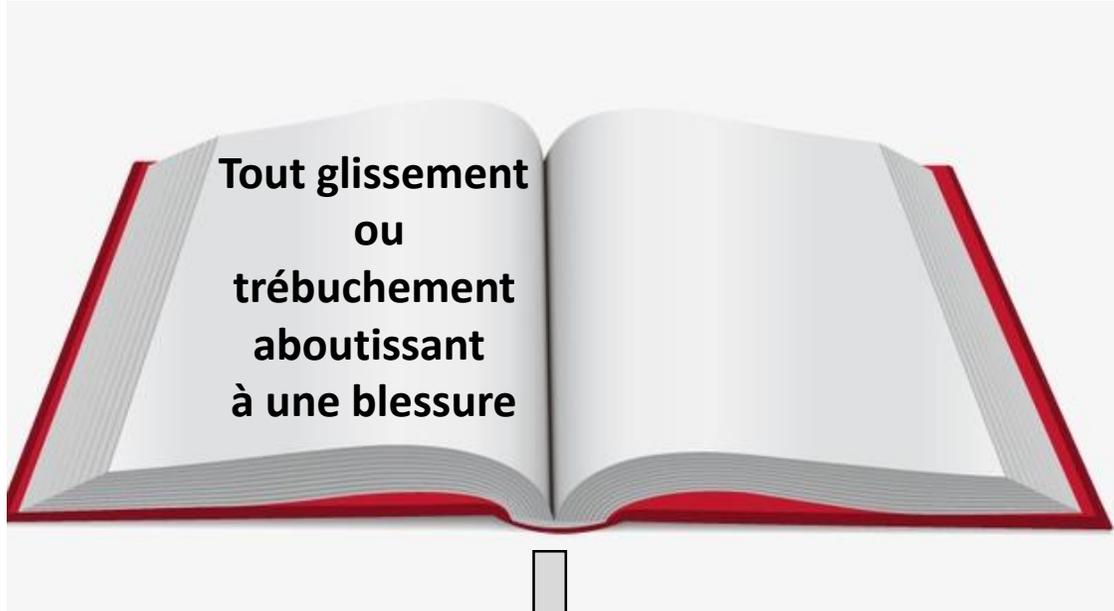


Etat de la situation

Définition

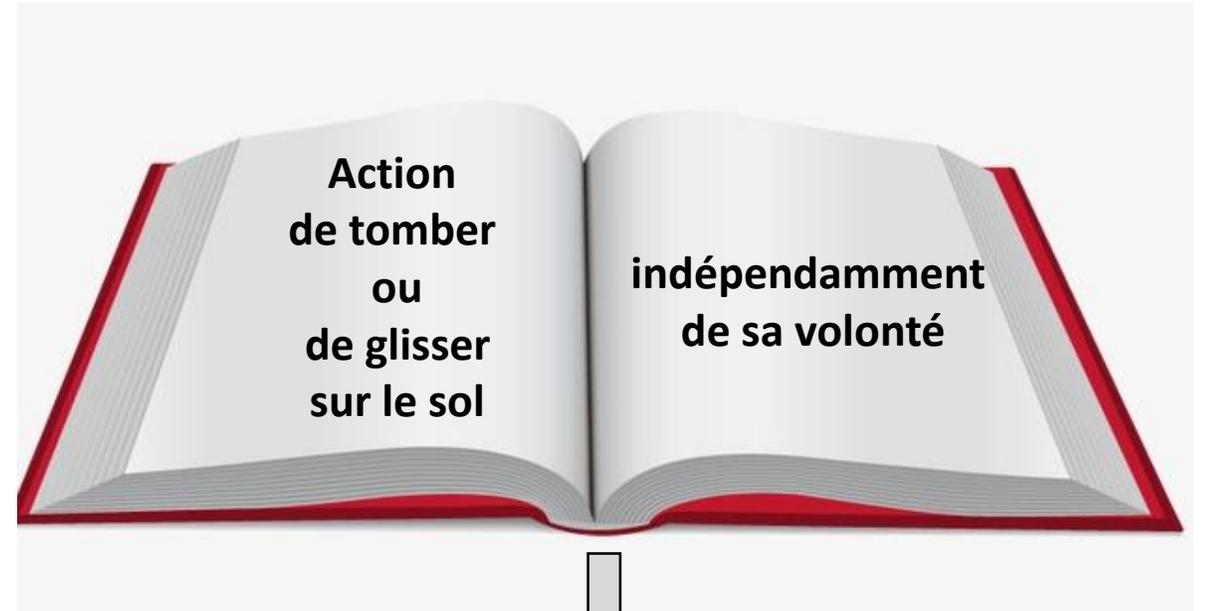
**Effet de l'approche
multifactorielle**

**littérature anglophone
Medline**



↓
Concept du mécanisme
Concept de la conséquence

**littérature francophone
OMS**



↓
Caractère involontaire
Pas du concept de la conséquence

Consensus :

tout événement au cours duquel la personne se retrouve **involontairement** au sol ou sur tout autre niveau inférieur





Postulat

Toute(s) chute(s) entraîne(ent) une peur de tomber

Ni Mhaolain AM et coll; Int J Geriatric Psychiatry 2012
Zijlstra GA et coll; J Am Geriatr Soc 2007

Mais

La peur de tomber est présente chez les personnes n'ayant jamais chuté

Gillespie LD et coll Syst Rev 2012
Zijlstra GA et coll; J Am Geriatr Soc 2007

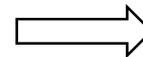
La peur de tomber

effet débilisant

- Perte de confiance
- Diminution des activités physiques
- Retrait de la vie sociale
- Fragilité physique



Chutes



perte d'autonomie

Syndrome post chute

diminution des activités et de l'autonomie physique

sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche

- ❑ une **composante motrice** : marche avec élargissement du polygone de sustentation et flexion des genoux ;
- ❑ Une **composante psychologique** : anxiété majeure astaso-basophobie

⇒ **un syndrome de régression psychomotrice**

Recherche de dépendance (clinophilie, incontinence, aide aux repas ...)

⇒ **un syndrome dépressif**



Cas clinique n°1

Dr Vanhalewyn Michel

Cas clinique n°1

Monsieur D est âgé de **79 ans**.

Il est **diabétique, hypertendu** et a été victime d'un **accident vasculaire cérébral il y 5 ans** dont il ne garde aucune séquelle apparente.

Son épouse est décédée d'un cancer l'année dernière et il reste très **affecté**. Il manifeste régulièrement son désarroi et ses difficultés à organiser sa vie quotidienne. De nombreux **oublis** affectant la planification de ses activités ont été constatés par son entourage.

Cas clinique n°1 (suite)

Ses enfants sont de plus inquiets parce qu'ils ont observé une **difficulté à maintenir son équilibre** cherchant un appui lors de ses déplacements dans son appartement.

Une infirmière vient **tous les jours pour sa toilette** qu'il a de plus en plus difficile à assurer seul.

Ce matin, ne répondant pas à la sonnette, elle s'inquiète mais elle se souvient qu'elle peut demander la clef à la voisine.

Dès l'ouverture de la porte, elle l'entend gémir et arrivée dans la salle de bains elle le trouve étendu sur le sol. Il se souvient de s'être levé la nuit pour uriner et d'avoir perdu l'équilibre sans possibilité d'éviter la chute.

Cas clinique n°1 (suite)

Bien que conscient, **l'expression verbale est difficile** et il se plaint surtout d'une **douleur importante à l'épaule droite**.

Cliniquement, il présente une **plaie** de l'arcade sourcilière droite et un **hématome** de l'épaule droite qui est très douloureuse à la mobilisation. L'examen clinique est par ailleurs normal en dehors d'une **déformation des genoux** dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale connue par ailleurs.

L'infirmière fait appel à son médecin généraliste qui est encore à son domicile et propose de venir de suite...

Cas clinique n°1 (suite)

- Déterminez les facteurs de risque de chute ?
- Influence du Parkinson sur le risque de chute ?
- Quels tests réaliser pour analyser le risque de chute ?
 - Sur le plan pratique : que prescrire ?



Take home messages

Dr Vanhalewyn Michel

Questions portant sur les conséquences de la chute

- la douleur
- l'état de conscience
- les possibilités de mobiliser les 4 membres
- la durée du séjour au sol
- les conséquences métaboliques : hypothermie, déshydratation, escarres...
- le maintien debout sans aide après avoir été relevé

Questions portant sur le contexte de la chute

- Un malaise et/ou une perte de connaissance au moment de la chute,
- Un déficit neurologique : neuropathie périphérique, origine centrale ou vestibulaire,
- Un trouble de la conscience.

Et ce qui a précédé

- Des vertiges (en donnant la définition du vertige au patient : rotatoire) versus lipothymies,
- Un état fébrile ou une pathologie infectieuse,
- La prise d'un médicament ou de plusieurs médicaments à risque.

Des questions qui évaluent le risque de récurrence

- Une augmentation de la fréquence des chutes les dernières semaines,
- La peur de faire une nouvelle chute,
- La connaissance adéquate des facteurs de risque par le patient et ses proches,
- Une évaluation du risque et les changements réalisables pour éviter de nouvelles chutes : kiné ,ergo

... et de gravité

- Le risque hémorragique (médicament anticoagulant),
- Une ostéoporose sévère avec risque de fracture,
- L'isolement et le manque de moyens de communication.

Cas clinique et approche multifactorielle dans la prévention des chutes

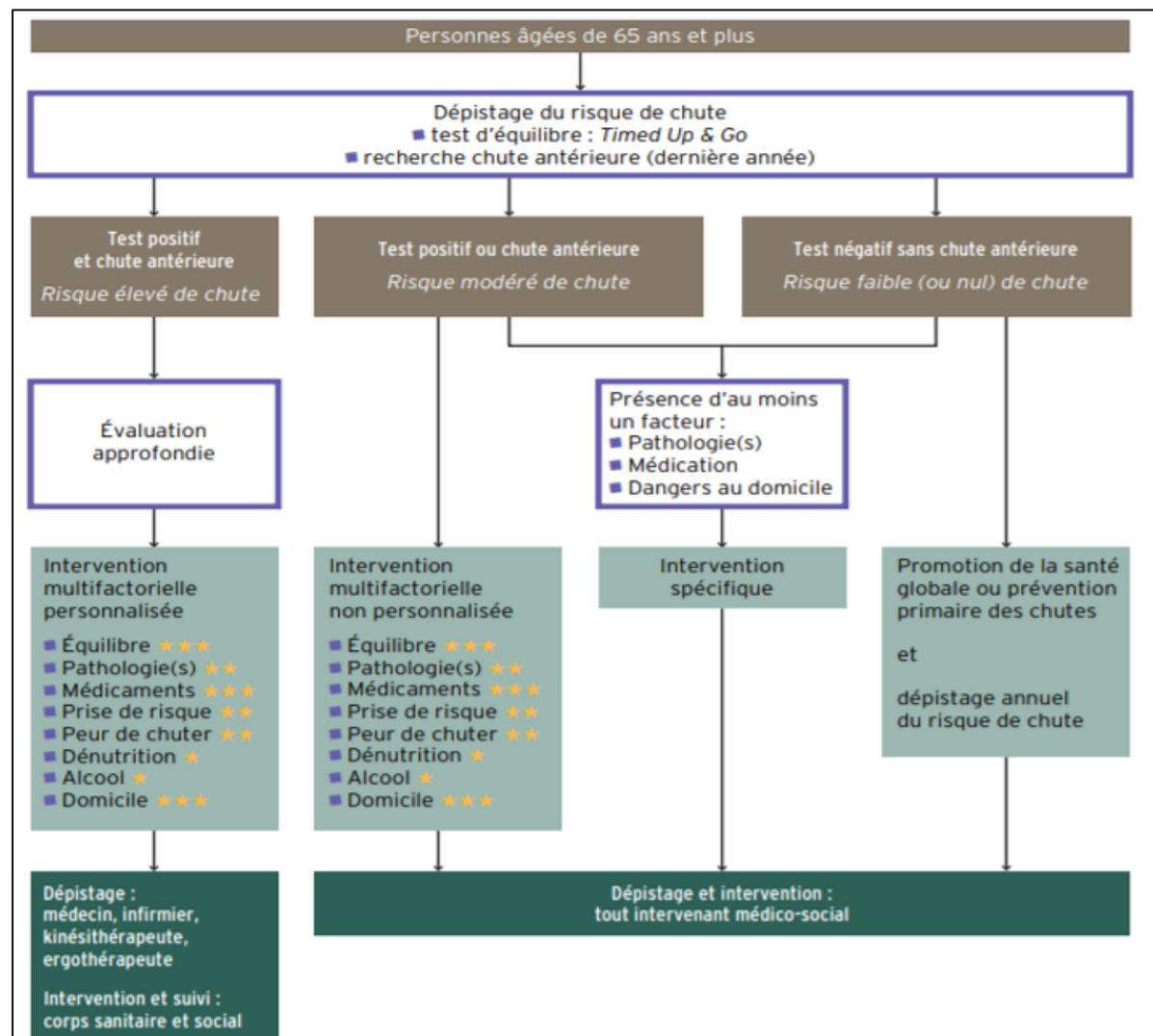


E. Pendeville

Etude des facteurs de risque

Évaluation multifactorielle

- âge – seul – équilibre
- pathologie parkinson (après 6 à 7 ans)
- prise de risque : nuit
- peur de chuter
- domicile (plein pied)



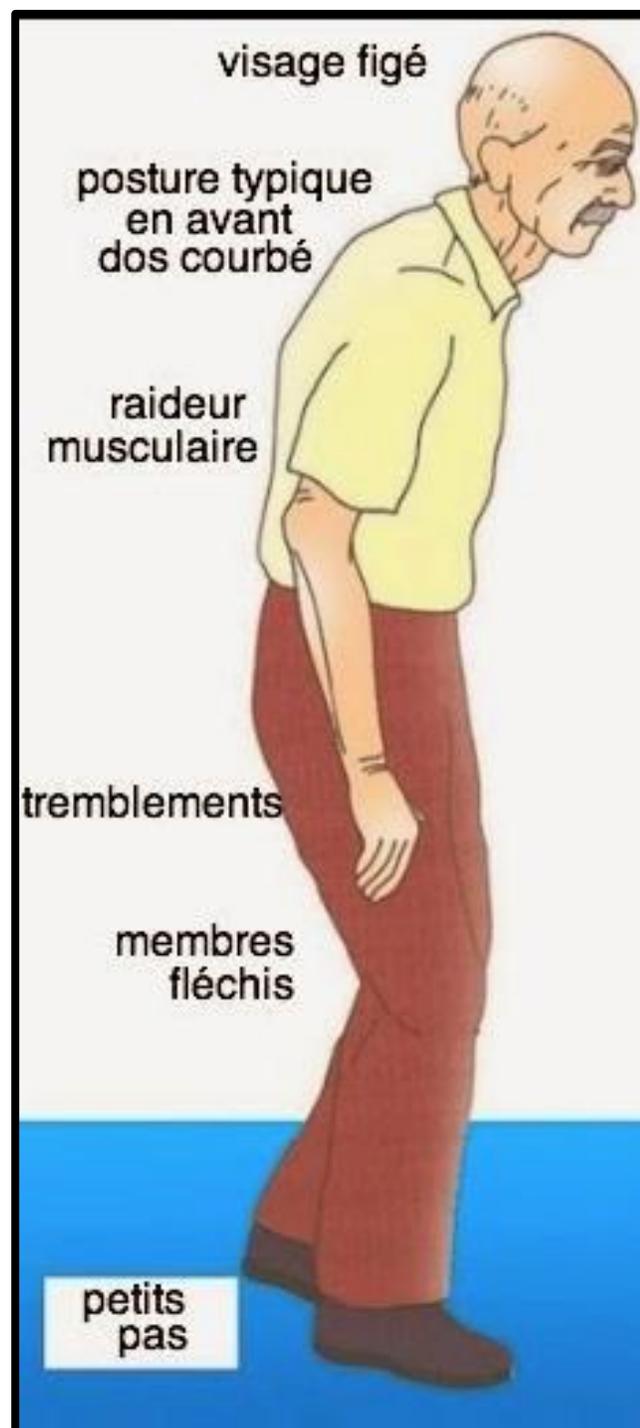


Facteurs de risque	Nombre d'études*	RR	OR
Antécédent de chute(s)	16	1,9-6,6	1,5-6,7
Troubles de l'équilibre ★	15	1,2-2,4	1,8-3,5
Faiblesse musculaire (membres supérieurs ou inférieurs)	9	2,2-2,6	1,2-1,9
Troubles visuels	8	1,5-2,3	1,7-2,3
Médication (> 4 ou psychotropes)	8	1,1-2,4	1,7-2,7
Troubles de la marche ★	7	1,2-2,2	2,7
Dépression ★	6	1,5-2,8	1,4-2,2
Vertiges	5	2	1,6-2,6
Difficultés dans les actes de la vie quotidienne ★	5	1,5-6,2	1,3
Age > 80 ans (★)	4	1,1-1,3	1,1
Femme	3	2,1-3,9	2,3
Faible indice de masse corporelle	3	1,5-1,8	3,1
Incontinence urinaire (★)	3		1,3-1,8
Troubles cognitifs ★	3	2,8	1,9-2,1
Arthrose ★	2	1,2-1,9	
Diabète	2	3,8	2,8
Douleurs	2		1,7

RR : risque relatif; OR : odds ratio.

* Nombre d'études identifiant le facteur comme un facteur de risque indépendant en analyse multivariée.

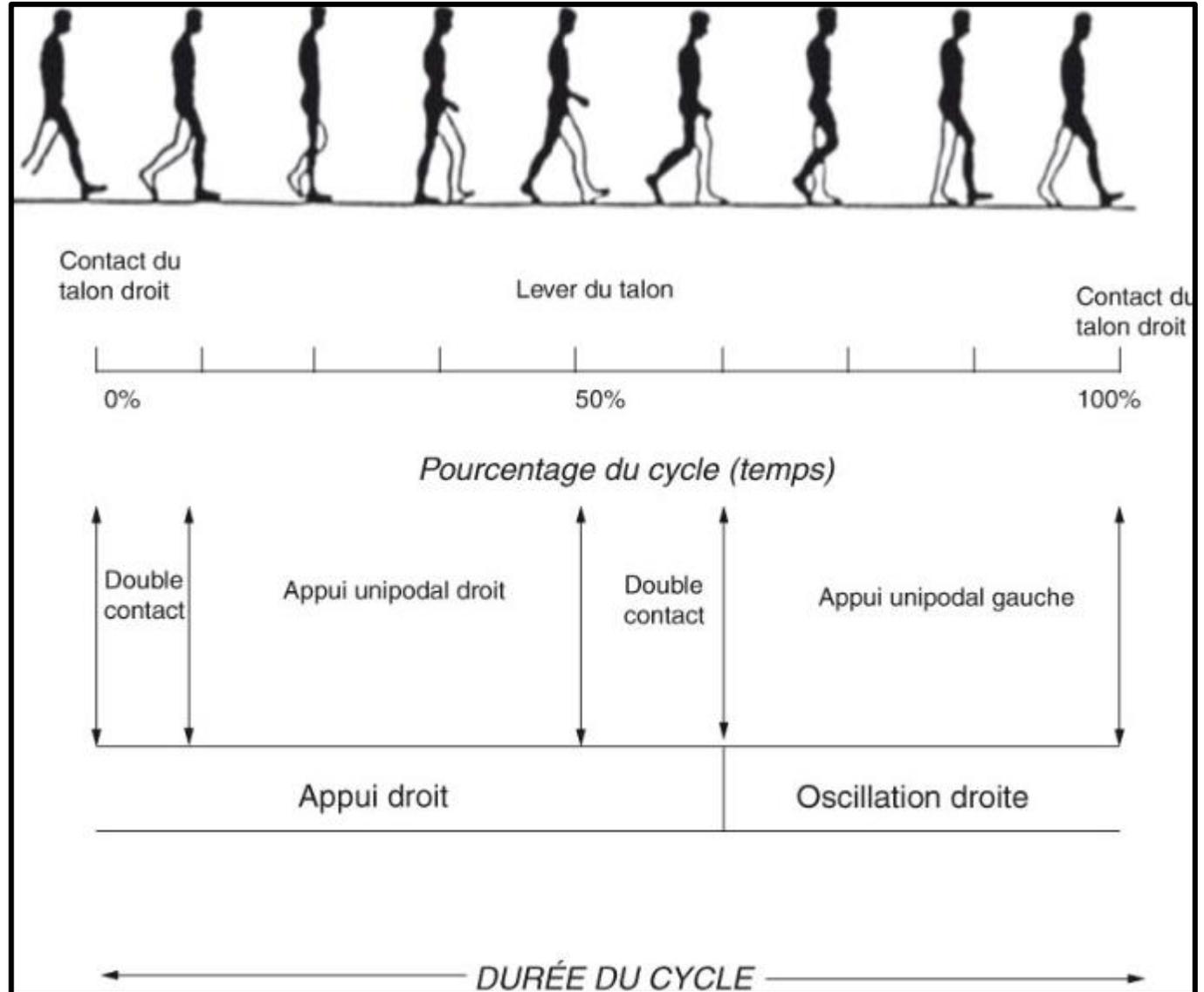
Azulay JP et al; Gait disorders : Mechanisms and classification. Rev Neurol (Paris) 2010; 166:142-8.



La marche

Perturbation du cycle de marche

Diminution de la taille des pas



Aspects sémiologiques des troubles de la marche fréquemment rencontrés en population gériatrique

Origines	Caractéristiques principales
Douleur	Boiterie d'esquive ou claudication intermittente
Ataxie <ul style="list-style-type: none"> • Cérébelleuse • Proprioceptive • Vestibulaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Marche ébrieuse, élargissement du polygone de sustentation, danse des tendons, bras en abduction • Marche talonnante, appui au sol mal contrôlé • Marche précautionneuse, instable, déviation latérale de la ligne de marche
Troubles moteurs déficitaires <ul style="list-style-type: none"> • Central • Périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Fauchage/marche en ciseaux (uni/bilatéral) • Steppage (pied tombant), marche dandinante
Troubles moteurs hypokinétiques <ul style="list-style-type: none"> • <u>Syndromes parkinsoniens</u> • Hydrocéphalie à pression normale • Etats lacunaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Petit pas, hésitation, diminution du ballant des bras, demi-tour en bloc, festination, freezing, raideur • Petit pas, marche lente, cadence effondrée, ballant conservé, aimantation à la marche • Trouble isolé de type hypokinétique, avec ou sans freezing, ballant des bras conservé
Troubles psychogènes <ul style="list-style-type: none"> • Marche précautionneuse • Phobie (syndrome post-chute) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lente, prudente, discret élargissement du polygone de sustentation, raccourcissement des pas, recherche d'appuis et besoin de réassurance • Peur panique, amélioration spectaculaire par un auxiliaire de marche

Azulay JP et al; Gait disorders : Mechanisms and classification. Rev Neurol (Paris) 2010; 166:142-8.



Cas clinique n°2

Mme Moral Stéphanie

Cas clinique n°2

Monsieur C.R, âgé de 85 ans, est atteint de la maladie de Parkinson.

Il présente des troubles de la marche et de l'équilibre. M. dispose d'un rollator adapté pour la maladie de Parkinson mais il refuse de l'utiliser. Il préfère se déplacer en se tenant sur ce qui l'entoure.

M. vit seul dans une maison sociale. La chambre et les sanitaires se trouvent au 1^{er} étage. M. ne sort pratiquement plus de son domicile et passe ses journées à regarder la télévision et à lire.

Cas clinique n°2 (suite)

M. a trois fils qui viennent le voir tous les weekends.

En semaine, un infirmier passe 2x/semaine pour l'aider à se laver.
M. a également une femme de ménage qui passe 1x/semaine et un système de télévigilance dont l'émetteur se porte autour du cou.

Cas clinique n°2 (suite)

M. a chuté dans sa baignoire en voulant enjamber le rebord en station debout. Il a pris appui sur le rebord et a glissé dans la baignoire.

Il n'a pas su se relever seul et n'a pas su demander de l'aide car il n'avait aucun moyen de communication à sa portée.

Après plusieurs heures, le fils, inquiet de ne pas avoir de ses nouvelles, s'est rendu au domicile avec une double des clés et a pu le secourir.

Cas clinique n°2 (suite)

Quelles situations problèmes peut-on relever ?



Take home messages

Mme Moral Stéphanie

Rôle de l'ergothérapeute dans la prévention des chutes des personnes âgées au domicile

- Evaluer le fonctionnement de la personne âgée au sein de son domicile en examinant les facteurs personnels, environnementaux et comportementaux qui ont une influence sur la participation dans les AVJ et AIVJ.
- Apporter des conseils personnalisés en aides techniques et en aménagement du domicile.

Facteurs environnementaux

Configuration architecturale du domicile

- Les différences de niveaux (escaliers, marches, seuils de porte)
- Les largeurs d'accès insuffisantes
- L'agencement des pièces

Revêtements des sols

- Les surfaces humides et/ou graisseuses
- Les sols cirés, vitrifiés
- Les tapis et autres couvre-sol décollés ou glissants
- Les inégalité du sol : trous, fissures

Facteurs environnementaux (suite)

Éclairage

- Absence/manque de lumière dans des lieux de passage
- Accès difficile aux interrupteurs
- Manque de visibilité des interrupteurs
- Ampoule défectueuse
- Lumière éblouissante

Encombrement

- Objets qui encombrent/réduisent les lieux de passage
- Animal domestique sur le passage

Facteurs environnementaux (suite)

Rangements/équipements

- Rangements trop bas/hauts
- Accès difficile au contenu des armoires
- Assises trop basses (lit, chaise, divan, WC) et sans point d'appui
- Baignoire sans adaptation ni point d'appui
- Douche avec un rebord à franchir sans point d'appui
- Un seul téléphone
- Si animal de compagnie : gamelle au sol

Facteurs comportementaux

- Refuser d'utiliser une aide à la marche
- Prendre des risques
- Porter des chaussures/pantoufles non adaptées
- Porter des vêtements non appropriés
- Prendre appui sur des structures non prévues à cet effet > stabilité et solidité douteuse

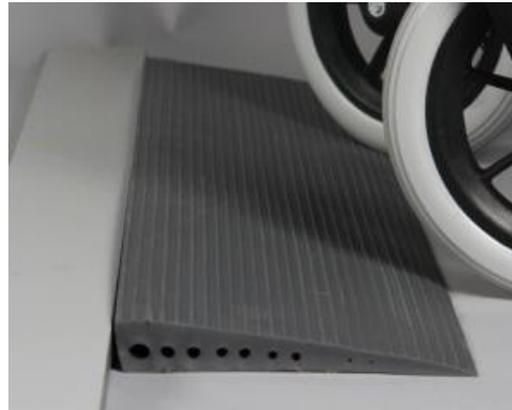
Atelier 2 : Facteurs de risques influençables

- Facteurs environnementaux :

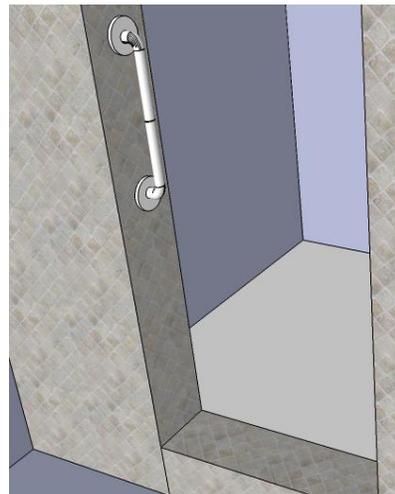
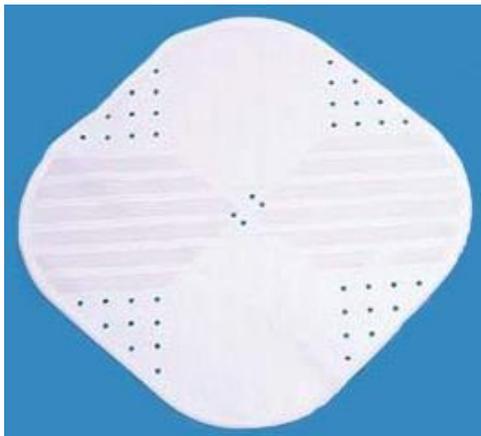
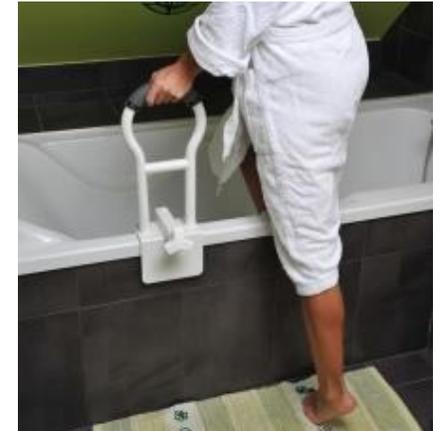
- Escaliers/marches



- Seuils de porte



- Accès impossible en rollator ou en chaise roulante
- Accès et maintien dans la baignoire/douche : adaptations, barres d'appui, transformations



➤ Présence de tapis



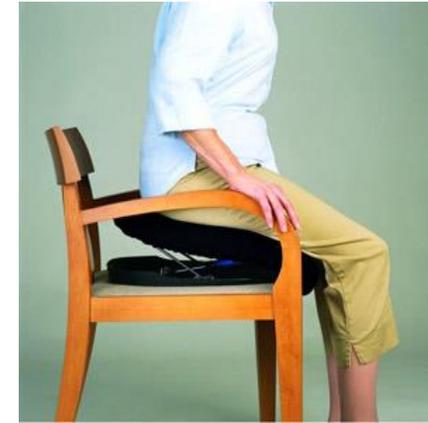
➤ Absence/insuffisance
de lumière



➤ Interrupteurs insuffisants
ou difficiles d'accès



- Objets encombrants sur les lieux de passage : les déplacer ou les retirer, utiliser des range-fils ou attacher les fils électriques au mur,
- Assises trop basses (WC, lit, divan)



- **Facteurs comportementaux :**

- Se déplacer les bras chargés



- Se pencher en avant sans se tenir (pour ramasser un objet au sol, se laver les pieds, ...)



➤ Se lever la nuit pour aller aux toilettes



➤ Pantoufles/chaussures non adaptées

- **Limitations de la prises en charge :**

- Le coût financier des aides techniques et des travaux d'aménagement
- Le déni des difficultés
- Être locataire
- Aspect psychologique et esthétique dans l'utilisation des aides techniques et l'installation d'adaptations

- **Facilitateurs de la prise en charge :**

- Certaines mutuelles octroient une prime à l'aménagement du domicile
- Aide seniors dans certaines communes
- La présence de l'entourage

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ?