

La chute qui hospitalise et le suivi des chutes dans les services

M O T S C L E S

Continuité

du traitement kinésithérapique,
persévérance de l'action

Equipe

Travail en équipe, observation

Evaluation

du degré de régression moteur
et de l'état psychologique
postchute

Précocité

de l'intervention
médecin-kinésithérapeute
et du traitement

Rapidité

de l'information, réunions

Vincent Piazza*

*La prévention
des chutes
qui hospitalisent
ou institutionnalisent
doit passer par une
revalorisation des actes
kinésithérapiques
à domicile pour la prise
en charge du suivi
de rééducation par
les kinésithérapeutes
libéraux.*

Une personne fragilisée devient **passive** faute de pouvoir s'impliquer dans son environnement. L'**image de son corps** qui est la synthèse de tout son vécu relationnel est liée à l'histoire de sa vie. Qui est-elle ? D'où vient-elle ? Qu'a-t-elle fait ?

Cette image du schéma corporel change à tout moment, et ce brutalement lorsqu'il est confronté à un traumatisme physique ou psychologique, et plus précisément la **chute** qui hospitalise ou institutionnalise.

Que la personne soit alitée pour fracture suite à une chute ou présentant un "syndrome de l'après-chute"¹ et se cantonne dans son fauteuil (seul endroit sécurisant car restrictif), la finalité pour tout rééducateur est la reprise de confiance dans les **capacités restantes de la personne âgée** [7, 11].

● Il faut pour cela bouger, bouger, bouger !

Le sujet qui ne sent pas son corps "vivre" ne peut s'adapter à son environnement. **Il se situe dans l'espace avec**

grande difficulté, présente des troubles de l'équilibre et restreint son périmètre de contact avec les autres, ses proches voisins. Il ne peut **communiquer**. Il reste seul et il souffre.

La restauration de la connaissance de son corps (schéma corporel passif-actif) est l'objectif majeur du traitement kinésithérapique.

En stimulant à doses bien "pesées" (par l'acquis d'une pratique efficace et d'une connaissance de la personne âgée), nous établissons un schéma thérapeutique **adapté** et **modulable** car la personne âgée est fragile, émotive, mélancolique et, de ce fait, il faut au fil du temps reconquérir sa **confiance**.

La chute qui hospitalise et qui, peut-être, institutionnalise : que faisons-nous ?

• A l'**hôpital**, dans le service de chirurgie et de médecine, nous ciblons les personnes âgées de plus de 60 ans qui sont admises suite à une chute ou présentant un syndrome provoquant cette même chute.

• A des fins statistiques et rééducationnelles, nous rem-

plissons une feuille de descriptif de la chute qui hospitalise (tableau 1).

Avant toute chose, il faut savoir si la personne est **capable de comprendre les questions et leur sens**, condition sine qua non aux résultats réels de ceux-ci, et "cibler" son état psychocomportemental d'emblée.

Il est évident que si elle présente un choc émotionnel ou une fatigue intense, ce questionnaire attendra quelques jours.

• Comment cela est arrivé ? Par quel mécanisme ? A-t-elle pu se relever seule ? Combien de temps est-elle restée au sol ? Autant de renseignements utiles sur les capacités du sujet à résoudre un conflit perturbateur de son équilibre.

Cela permettra de poser un ou des objectifs rééducationnels pour le kinésithérapeute et l'équipe pluridisciplinaire en **prévention de la rechute**, s'il y a un **retour à domicile**.

* Kinésithérapeute, Hôpital d'Hirson (02).

¹ Le syndrome de l'après-chute se caractérise par la lenteur et la fixité à la fois sur les plans moteurs et psychocomportementaux. La marche est non fonctionnelle ou très perturbée, à petits pas. Une augmentation de la base de sustentation, un flexum des genoux et une rétropulsion du tronc.

Il est évident que nous complétons l'investigation par d'autres évaluations "clés", telles que :

L'ÉVALUATION DES "TRANSFERTS" DE LA PERSONNE AGÉE (TABLEAU 2) [14, 12, 9]

Du déplacement latéral au lit jusqu'à la position assise précédant une mise debout et inversement, nous avons une idée très réelle des capacités fonctionnelles qualifiées d'utiles pour la personne âgée.

Peut-elle le faire seule ? Avec une aide ? A-t-elle des douleurs articulaires ? Ne comprend-elle pas ? A-t-elle peur ? Autant d'informations importantes pour les objectifs à atteindre.

Par exemple, une personne âgée qui ne peut réaliser son transfert assis au bord du lit au fauteuil (ou chaise roulante au WC), aura comme priorité dans son traitement :

- l'**adaptabilité** de ce transfert à ses capacités ;
- les **aides extérieures** pour sa réalisation ;
- un **travail d'équilibre** adapté ;
- une **remise en confiance** de la mise debout ;

et une **stimulation identique par toute l'équipe soignante** qui évitera le maternage et l'empressement de l'acte en l'aidant alors que la personne âgée a besoin simplement d'un peu de temps !

La kinésithérapie gériatrique doit être fonctionnelle avec des progressions lentes et une adaptabilité des techniques kinésithérapiques en fonction des capacités intellectuelles et physiques de la personne.

NB : nous demanderons quel est le côté préférentiel pour la

Feuille de kinésithérapie	
Vincent PIAZZA Masseur-kinésithérapeute Hôpital d'Hirson Maison de retraite	Date de la chute : Date de l'examen : Nom : Prénom : Age :
Répond aux questions consciemment	Etat général comportemental ce jour
Oui / Non / Avec aide	
Feuille de descriptif de LA chute qui hospitalise	
Lieu de la chute et commentaires	
<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce la première chute ? Oui / Non / Pas sûr • Raison de son déplacement et quelle heure ? • A quel endroit ? • Combien de temps au sol ? • Cause de la chute (glissade – Obstacles au sol – Dérobements des MI) ? • Qui a prévenu ? Comment ? • Comment était-elle au sol (chute avant – Arrière – Latérale) ? • Conscience de sa chute ? • A-t-elle été aidée pour se relever ? • Était-elle avec une aide de marche ? • Quel est son périmètre de marche (estimation) ? • A-t-elle eu un traumatisme corporel ? • A-t-elle eu un vertige ou un simple déséquilibre ? • La personne était-elle très choquée de sa chute ? 	
Commentaires :	
Catégorie :	Desiderata de la personne :
Objectifs :	

■ **Tableau 1**

sortie du lit car cela conditionnera le placement de celui-ci dans la chambre de la personne âgée et facilitera les déplacements les plus fréquents.

LE BILAN ORTHOPÉDIQUE FONCTIONNEL (TABLEAU 3) [14]

Il propose :

- de cibler les altérations fonctionnelles déséquilibrantes des membres inférieurs lors de la marche, transferts et applications diverses ;

- d'établir le "potentiel" des épaules, que ce soit articulaire, musculaire et algique.

Ce "potentiel" sera très utile pour le kinésithérapeute qui devra travailler les transferts :

- debout-sol ;
- sol-debout ;
- ramper au sol ;
- se mettre à quatre pattes ;
- rouler d'un côté à l'autre, etc.

La personne âgée regarde au fil des années qui passent, de

moins en moins au-dessus du niveau du regard et, avec ceci, les gestes des membres supérieurs, que ce soit notamment en antépulsion-abduction, régressent rapidement avec le schéma corporel actif de l'individu. Quand lève-t-elle encore le bras pour attraper quelque chose en hauteur ?

Elle ne bricole plus, ne cueille plus de fruits à sa hauteur bras levés, ne lave plus ses vitres, ne monte plus sur un escabeau

Les transferts			
Vincent PIAZZA Masseur-kinésithérapeute Hôpital d'Hirson Maison de retraite		Date de la chute : Date de l'examen : Nom : Prénom : Age :	
	Réalisation seule, rapidement, sans douleur ni compensation Temps minimum	Réalisation partielle, petite aide, limitation algique articulaire	Impossible Incompréhension Peur Angoisse
Déplacements latéraux au lit N.B. : existe-t-il un côté préférentiel pour le bord du lit ? Lequel ? Couché → Assis au bord du lit Assis au bord du lit → Equilibre stable Mise debout → Equilibre stable Mise debout → > fauteuil avec accoudoirs > chaise sans accoudoirs			
RETOUR Assis fauteuil-chaise → Debout-Equilibre Debout-Equilibre → Assis bord du lit Assis bord du lit → Couché correctement			

■ Tableau 2

pour faire ses poussières, etc. Puis elle peut être institutionnalisée et, dans ce cas, elle n'exécute plus les mouvements de "hautes amplitudes articulaires" que seule la gymnastique kinésithérapique adaptée est capable de stimuler avec des répercussions positives sur l'utilisation des aides de marche et de sa fonctionnalité générale.

L'agrippement des mains, la qualité de la préhension, le tremblement d'un membre, le contrôle moteur de celui-ci sont autant d'informations qualitatives qu'il faut absolument connaître. Peut-elle s'asseoir au sol et se relever ?

Enjamber des obstacles ? Peut-elle le faire en variant sa vitesse de marche ? En portant un objet en main ? En parlant avec le kinésithérapeute ? Autant d'items **importants** pour situer l'état adaptatif de la personne âgée face aux situations déséquilibrantes.

LE PERIMETRE DE MARCHÉ

Nous évaluons ensuite, dès que la mise debout est possible, le périmètre de marche (tableau 4).

Par une analyse quantitative, qualitative et **fonctionnelle** de celle-ci, nous en tirons en conclusion un **périmètre de**

marche de sécurité évalué en mètres, avec ses modalités d'application.

Ces renseignements quant aux possibilités de déplacement, avec quelle aide ou aménagements (de la chambre en maison de retraite par exemple), **doivent être connus de l'équipe entière qui, à tout moment, lors d'une prise de risque de cette même personne** dans un de ses déplacements, intervient pour sécuriser le trajet en question (**et non l'interdire**), évite la chute possible et le rapporte au kinésithérapeute qui adaptera son schéma thérapeutique (modularité du traitement gériatrique).

La récupération de son périmètre de marche initial (à estimer au début de son hospitalisation ou de son entrée en maison de retraite) sera un des objectifs du traitement.

L'ÉVALUATION DU SCHEMA CORPOREL STATIQUE ET DYNAMIQUE (TABLEAU 5)

Enfin, l'évaluation du schéma corporel statique et dynamique est importante pour la connaissance de la personne âgée qui participera, et ce de **façon active** aux activités gymniques, assise-debout et parcours proprioceptif. Le kinésithérapeute adaptera ses interventions pendant la séance en groupe ou en individuel.

Le test corporel statique est volontairement réduit pour éviter sa lourdeur qui "ennuie" souvent la personne âgée et, dans la pratique (tableau 5), cela est très suffisant pour situer rapidement notre action ! Les items sont au choix du rééducateur.

L'évaluation de la progression sera quantitative (total sur 40 points) et qualitative avec un commentaire d'appréciation.

En ce qui concerne le schéma corporel dynamique, nous explorerons la position du corps dans les trois plans de l'espace :

- devant-derrrière ;
- à droite-à gauche ;
- en haut-en bas ;
- avec flexion du coude ;
- avec le point fermé ;
- en tournant la tête à droite ;
- en associant un membre supérieur avec un membre inférieur.

Nous obtenons une connaissance **dynamique corporelle** en interaction des membres supérieurs-inférieurs, le tronc + la tête.

Le choix de l'évaluation qualitative fonctionnelle s'est fait en fonction de la pratique journalière à ce sujet et de la difficulté peu utile de l'évaluation quantitative [15, 10].

● Protocole de réautonomisation

Pour établir un protocole de réautonomisation, nous devons **connaître la personne âgée**.

Qui est-elle ?

D'où vient-elle ?

Quel métier faisait-elle ?

Qu'a-t-elle vécu ?

Autant de questions intéressantes pour les rééducateurs en gériatrie.

À l'entrée à l'hôpital ou à la maison de retraite, il faut :

- Connaître la motivation des parties concernées (malade, famille, soignants).

- Les objectifs :

- retour à domicile ? ;

- retour en famille ? ;

- entrée en institution ?

Pour cela, on se pose trois questions :

Quel potentiel reste-t-il ?

De quelle aide a-t-elle besoin ?

Quels intervenants à domicile ?

Mais, avant tout, il faut savoir quel type de chuteur(se) nous avons à soigner.

Dans quelle catégorie se situe-t-il(elle) ?

Existe-t-il encore un risque de rechute ?

Quel devenir à la "sortie" de l'hôpital ?

Devra-t-il(elle) continuer son traitement à sa sortie ?

Autant de questions auxquelles l'analyse ci-après tentera de répondre.

Bilan orthopédique fonctionnel

Vincent PLAZZA
Masseur-kinésithérapeute
Hôpital d'Hirson
Maison de retraite

Date de la chute :
Date de l'examen :
Nom :
Prénom :
Age :

- Y a-t-il eu des interventions sur les hanches ?
- Décrivez en quelle année et le type de matériel posé ?
- Attitudes des genoux en position debout :
- Cotation globale des extenseurs du genou :
test avec résistance manuelle – Patient assise –
Comparatif gauche-droite
- Assise sur une chaise sans accoudoirs : peut-elle se lever 5 fois de suite ?
Décrivez :
.....
- Y a-t-il une dyspnée à la fin de ce test ?
- Le verrouillage du genou en orthostatique est-il correct ?
> Notez les modalités de votre test
> Résultats – Douleurs – Comparatif gauche-droite
> A-t-elle eu une angoisse de déséquilibre pendant le test ?
- A-t-elle subi un traumatisme (entorse, fracture) ou autres sur les pieds ?
- Existe-t-il une déformation des pieds ? Décrivez :
- La flexion dorsale active est-elle limitée ?
Gauche..... Droite
- La mise sur la pointe des pieds est-elle possible ?
- Existe-t-il un œdème distal des membres inférieurs ?
- Depuis quand ?
- Le chaussage est-il correct ?
- Quelle statique avons-nous en globalité ?
- Les épaules sont-elles limitatives et douloureuses ?
- L'état musculaire global semble-t-il diminué ?
- De façon générale ou localisée ?
- Eprouve-t-elle des difficultés à marcher ?
- Quel est son périmètre de marche ?
- A-t-elle besoin d'aide de marche ?
- A-t-elle déjà chuté (dans les 6 mois qui précèdent le test) ?
- Se sent-elle souvent "chuter" et se rattrape à temps grâce à l'agrippement des mains ?
- Existe-t-il un déficit de la préhension ?
- Existe-t-il un tremblement ?
- Le contrôle moteur est-il correct ?
- M. supérieurs :M. inférieurs :
- Peut-elle s'asseoir au sol ?
- Peut-elle se relever ?
- Peut-elle enjamber plusieurs obstacles à la suite, sans hésitation ?
- La marche (sur une hauteur de 10 cm, longueur minimum de 3 m, largeur de 15 cm) est-elle possible (aide, compensation) ?
- Peut-elle monter ou descendre les escaliers (minimum 10 marches) ?
Décrivez : temps, fluidité, douleur, modalité d'exécution, utilisation de la rampe
.....
- Peut-elle monter sur un escabeau à 2 marches (hauteur maximum 40 à 50 cm) sans aide et exécuter un mouvement alterné d'élévation à la verticale des membres supérieurs ?

■ Tableau 3

Feuille de kinésithérapie	
Vincent PIAZZA Masseur-kinésithérapeute Hôpital d'Hirson Maison de retraite	Date de l'examen : Nom : Prénom : Age :
Le périmètre de marche	
<ul style="list-style-type: none"> • Valeur quantitative ± en mètres : • Valeur qualitative ± en mètres : <ul style="list-style-type: none"> > Arrêts fréquents ? > Dyspnée ? Quand ? S'estompe-t-elle facilement ? > Claudication ? > Marche au milieu du couloir ou le long des murs ou mobiliers ? > Le périmètre de marche augmente-t-il par la simple présence du kinésithérapeute à côté de lui (elle) ? > La peur de tomber disparaît-elle par un simple contact (sans aide) de la main du kinésithérapeute ? • Déplacements les plus fréquents (décrivez les fréquences : jour/nuît, distance en mètres) 	
Conclusions : – périmètre de marche de sécurité : ± en mètres – conseils du kinésithérapeute :	

■ Tableau 4

Feuille de kinésithérapie	
Vincent PIAZZA Masseur-kinésithérapeute Hôpital d'Hirson Maison de retraite	Date de l'examen : Nom : Prénom : Age :
Evaluation du schéma corporel	
Schéma corporel statique : Patient assis sur un fauteuil ou une chaise. Endroit calme. Seul avec le kinésithérapeute.	
<ul style="list-style-type: none"> • Test du MONTRER sur lui – 10 items au choix/10 • Test du MONTRER sur le MK – 10 items au choix/10 • Test du NOMMER sur lui – 10 items au choix/10 • Test du NOMMER sur le MK – 10 items au choix/10 	Total :/40
Commentaires :	
Schéma corporel dynamique : Patient assis sur une chaise sans accoudoirs. Seul avec le kinésithérapeute.	
<ul style="list-style-type: none"> • Items membres supérieurs : • Items membres inférieurs : • Items tronc + tête : 	
Commentaires :	

■ Tableau 5

● **Analyse - Interprétations des chiffres**

Les chutes qui hospitalisent

LA POPULATION CHOISIE

Toute personne (chuteurs ou chuteuses) car ce qui nous intéresse c'est l'attitude de celle-ci face à sa chute !

Bien évidemment, les causes médicales, pathologiques qui provoquent la chute existent et doivent être connues par le rééducateur et l'équipe ; déjà existantes ou non, elles peuvent être la cause de la première chute qui hospitalise.

■ *Fréquence des chutes*

- Service chirurgie : 22 chutes en 75 jours, soit une chute tous les 4,5 jours ;
- service médecine : 13 chutes en 75 jours, soit une chute tous les 6 jours.

■ *Situation en fonction de l'âge*

- 60 à 70 ans : 4 cas, soit 11 % ;
- 71 à 80 ans : 15 cas, }
soit 43 % ;
- 81 à 90 ans : 12 cas, }^{78 %}
soit 35 % ;
- Au-delà : 4 cas, soit 11 %.

■ *Le pourcentage et le sexe de l'individu*

- Nombre de femmes : 32/35, soit 91,5 % ;
- Nombre d'hommes : 3/35, soit 8,5 %.

■ *Lieu de la chute (98 % en journée)*

- Pièce de vie : 16 cas, soit 46 % (+ accès couloir) ;
- chambre : 7 cas, soit 20 % ;

- jardin : 7 cas, soit 20 % ;
- trottoir (près de la maison) : 5 cas, soit 14 % (escalier compris).

■ **Causes de la chute**

- Glissade : 17 cas, soit 48 % ;
- malaise : 8 cas, soit 23 % ;
- dérobement des membres inférieurs : 6 cas, soit 17 % ;
- obstacles : 4 cas, soit 11 %.

■ **Temps resté au sol**

- 5 à 15 mn : 18 cas, soit 51 % (aide immédiate : conjoint, enfants et voisins) ;
- entre 15 mn et une heure : 10 cas, soit 29 % ;
- supérieur à une heure : 5 cas, soit 14 % ;
- 5 heures (journée) : un cas ;
- 11 heures (nuit) : un cas ;

Sans aide immédiate

■ **Localisation des traumatismes**

20 cas de fractures (total 35), soit 57 %.

• **Membres supérieurs :**

- épaule : 1 ;
 - humérus : 1 ;
 - coude : 1 ;
 - poignet : 3.
- TOTAL :** 6 cas, soit 30 %

• **Membres inférieurs :**

- bassin : 3 ;
 - hanche : 5 ;
 - fémur : 1 ;
 - cheville : 3.
- TOTAL :** 12 cas, soit 60 %

■ **Autres localisations**

- Lombalgies sévères : un cas ;
- rupture quadricipitale complète d'un côté pendant la chute : un cas.

OUI (affirmatif) 13 réponses sur 35	NON (2°-3°) 11 réponses sur 35	Plus de 3 chutes, voire à répétition 11 réponses sur 35
En fonction de notre "analyse", combien sont adaptés au concept de rééducation rapide de l'équilibre postchute ?		
11 cas sur 13	5 cas sur 11	4 cas sur 11
Moyenne d'âge par catégorie		
77,8 ans, descend à 75 ans (si on retire 2 cas extrêmes de première chute à 90 et 95 ans)	78,2 ans	84,2 ans
Causes PRIMAIRES de non-adaptabilité au concept		
<ul style="list-style-type: none"> - Peur de tomber ; - angoisse de la mise debout (syndrome après chute) ; - fatigabilité globale ; - perte de la motivation ; - syndrome de glissement ; - âge avancé. 		

■ **Tableau 6**

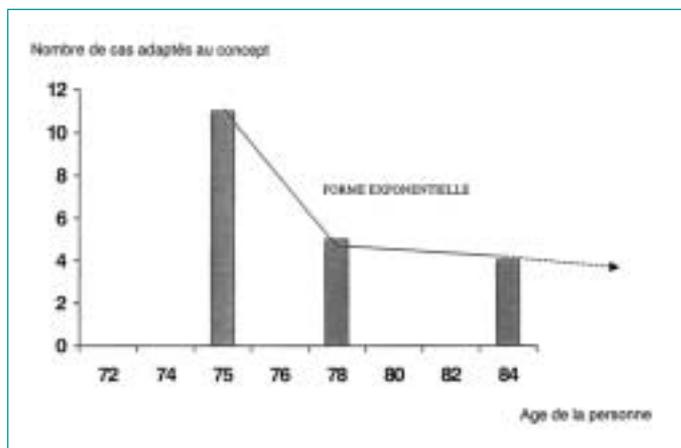
Réflexions par rapport au concept "L'équilibre et les chutes, que faisons-nous ?"

EST-CE LA PREMIERE CHUTE ?

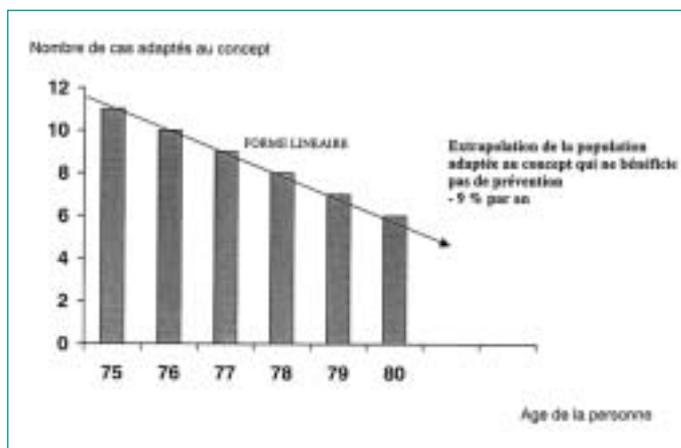
Au vu du tableau 6, la première chute se situe vers l'âge de 70-75 ans et, au fil des années, l'augmentation de la fréquence des chutes est indissociable mais de forme exponentielle à celle-ci avec une forte hausse à partir de ± 80 ans (fig. 1).

De plus, le nombre de personnes susceptibles de bénéficier d'une rééducation Equilibre précoce et adaptée diminue de 9 % par année écoulée (fig. 2).

En suivant cette remarque, nos 11 chuteurs, capables de participer à une prévention Equilibre de la première catégorie (c'est-à-dire première chute) après 5 ans par exemple, se verraient réduits de ± 45 % de leur effectif (avec une moyenne d'âge de ± 80 ans seulement), si la prévention Equilibre ne les "accro-



▲ **Figure 1**



▲ **Figure 2**

che” pas au départ avec une sensibilisation des risques encourus (fig. 2).

RAPPORT DES GROUPES TEMOINS AVEC LE RISQUE DE RECHUTE VISIBLE ET LE CHOC EMOTIONNEL DIRECT POSTCHUTE (TABLEAU 7)

Nous voyons qu’il existe donc un corrolaire entre la chute – l’atteinte psychologique de celle-ci –, les facteurs physiques de rechute et l’âge de l’individu.

Si, en préventif, nous nous efforçons de concentrer les moyens rééducationnels sur les deux premiers groupes, nous atteindrons 69 % des chuteurs qui, potentiellement, peuvent bénéficier favorablement de cette prévention (tableau 8).

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Risque de chute	23 %	69 %	37 %
Traumatisme psychologique	38 %	64 %	82 %
Action préventive avec un maximum de résultat positif		Limite maximum d’intervention valable	

■ Tableau 7

TOTAL sur 20

Chutes et kinésithérapie précoce à l’hôpital

Service chirurgie – Résultats

Kinésithérapeute sensibilisé au problème de l’équilibre postchute

<p style="text-align: center; color: teal;">Résultats favorables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat à la sortie identique que l’état préchute ; - désireux de continuer. <p style="text-align: center; font-weight: bold;">11 cas, soit 55 %</p> <p>Participation possible au club de gym 3^e âge Gym collective – Prévention des chutes !</p>	<p style="text-align: center; color: teal;">Résultats favorables mais à la sortie</p> <ul style="list-style-type: none"> - A besoin d’une aide de marche temporaire (de confort, de sécurité) ; - baisse du périmètre de marche (adaptabilité aux besoins) ; - continuité du traitement. <p style="text-align: center; font-weight: bold;">4 cas, soit 20 %</p> <p style="text-align: center;">Demande encore un peu de temps pour le traitement, récupération maximale des capacités restantes.</p>	<p style="text-align: center; color: teal;">Résultats négatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur de tomber : un cas ; - syndrome de glissement : un cas (débutait déjà avant la chute) ; - perte de la marche, fatigue intense : un cas ; - décédés : 2 cas. <p style="text-align: center; font-weight: bold;">3 cas, soit 15 %</p> <p style="text-align: center;">(car on retire les deux décès : - 10 %)</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <p style="text-align: center;">Restent les cas extrêmes qui demandent un suivi sur un temps plus long de 3 à 6 mois au moins !</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Résultats très variables et inconstants</p>
--	--	---

± 75 % de population déjà sensibilisée à l’hôpital !

■ Tableau 8

RAPPORT ENTRE LA LOCALISATION DU TRAUMATISME AVEC FRACTURE ET LA REGRESSION MOTRICE POSTCHUTE : QUELQUES CHIFFRES

• **Chutes avec fracture localisée aux membres inférieurs :** 70 % des personnes intéressées présentent un syndrome après chute qui augmentera énormément la période de convalescence avec un degré variable de récupération.

• **Chutes avec fracture localisée aux membres supérieurs :** 20 % seulement de ceux-ci présenteraient ce syndrome.

Nous voyons que si la fracture est localisée aux membres inférieurs (bassin compris), la mise debout, la marche et la récupération de son autonomie seront plus longues par la présence de ce "syndrome postchute" existant.

QUELS SONT LES CHUTEURS QUI RESTENT PLUS D'UNE HEURE AU SOL ? (TABLEAU 9)

Devenir de ces personnes à la sortie :

- 2 personnes (soit 28 %) qui appartiennent au groupe de 3 chutes et plus sont institutionnalisées en maison de retraite ;
- 5 personnes (soit 72 %) retournent chez elles :

- continuité du traitement ? ;
- prise de conscience des risques si rechute sans télé-alarme ? ;
- adaptabilité du logement, des besoins ?

■ **Questions**

- Ces chuteurs ont-ils eu un grand traumatisme psychologique postchute ?

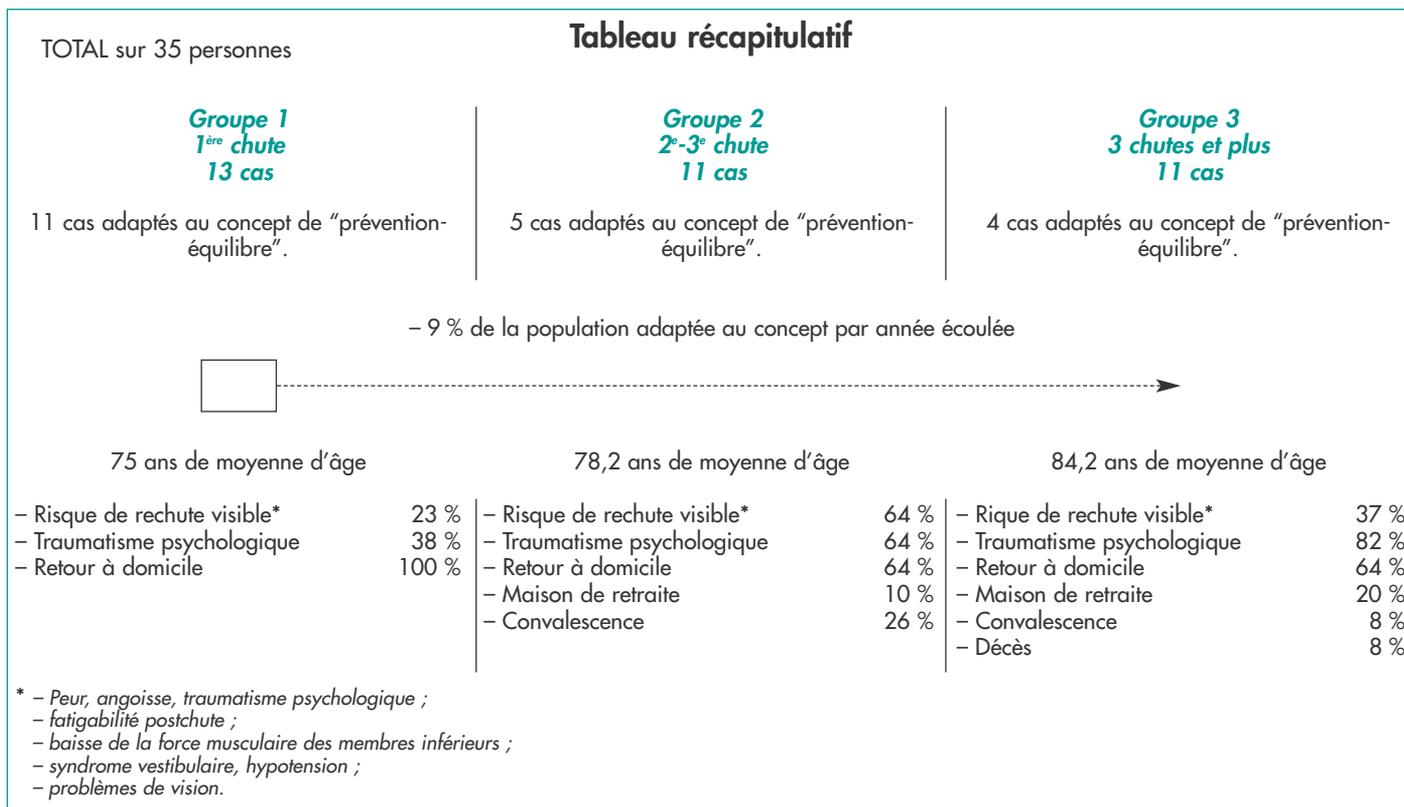
OUI et il persiste à la sortie (de degré variable).

• Ces chuteurs sont-ils adaptés au concept "Prévention-Equilibre" ?

- NON, pas du tout car il existe :
- une fatigabilité importante ;
 - un traumatisme psychologique énorme ;
 - peur, angoisse ;
 - mise debout impossible ;

7 personnes sur 35, soit 20 %		
Sexe	Age moyen	Particularité en préchute
FEMME 100 %	84,2	- Périmètre de marche déjà très réduit ; - fatigabilité générale ; - aide de marche constante ; - facteurs aggravants existants.
Taux de 1 ^{ère} chute	Taux de 2 ^e -3 ^e chute	Plus de 3 chutes
14 % (un cas)	28 % (2 cas)	58 % (4 cas)

■ **Tableau 9**



■ **Tableau 10**

– alitement prolongé ;
– syndrome de glissement.

■ **Conclusion**

Avant que nos chuteurs restants (80 %) n’entrent dans cette catégorie de chuteurs restant plus d’une heure au sol, il faut intervenir de l’hôpital au domicile, de l’hôpital à la maison de retraite avec

une **continuité** des soins et une compréhension du problème de remboursement des actes kinésithérapiques à domicile pour ce genre d’intervention.

QUEL DEVENIR A LA “SORTIE” POUR SES GROUPES DE CHUTEURS ? (TABLEAU 10)

• **Le 1^{er} groupe** (1^{ère} chute) : 100 % de retour à domicile.

• **Le 2^e groupe** (2^e-3^e chute) :
– 64 % de retour à domicile ;
– 10 % en maison de retraite ;
– 26 % en convalescence (durée de temps inconnue).

• **Le 3^e groupe** (3 chutes et plus) :
– 64 % de retour à domicile ;
– 20 % en maison de retraite ;

– 8 % en convalescence (même remarque) ;
– 8 % de décès.

Nous nous apercevons que 100 % du premier groupe retrouvent leur logement initial et doivent à tout prix être aidés dans l’aménagement de leur domicile si cela est nécessaire mais, surtout, un suivi kinésithérapique Equilibre.

■ **Sensibilisation**
pour la prise en charge de cette population encore très active et possédant un potentiel physique et intellectuel très valable

Remarquons que cette population est, de plus, la plus élevée et la plus facile à rééduquer.

Ensuite, pour le deuxième groupe, le pourcentage diminue à 64 % avec un pourcentage de 10 % d’institutionnalisés en maison de retraite définitivement et, à cela, il faudra sûrement ajouter ceux ou celles qui, après leur période de convalescence, iront aussi en maison de retraite.

Pour le troisième groupe, le pourcentage institutionnalisé en maison de retraite passe de 10 à 20 % et nous obtenons un taux de décès à 10 %.

● **La feuille de suivi des chutes**

Expérimentalement, nous avons mis en route à la maison de retraite une **feuille de suivi des chutes** (tableau 11).

Cette feuille est à mettre en permanence à la disposition du personnel en cas de chute dans le service et, surtout, en l’absence du kinésithérapeute.

Feuille de suivi des chutes		
Vincent PIAZZA Masseur-kinésithérapeute Hôpital d’Hirson Maison de retraite		Date de mise en route : Service : <input type="text"/>
Nom – Prénom Date de la chute	Lieu de la chute et commentaires	Signature
	Raison de son déplacement et quelle heure ? A quel endroit ? Combien de temps au sol ? Qui a prévenu et comment ? Comment était-elle au sol ? Conscience de sa chute ? A-t-elle été aidée pour se relever ? A-t-elle eu des vertiges ou un simple déséquilibre ? Était-elle avec une aide de marche ?	
Informations transmises au responsable		
	Raison de son déplacement et quelle heure ? A quel endroit ? Combien de temps au sol ? Qui a prévenu et comment ? Comment était-elle au sol ? Conscience de sa chute ? A-t-elle été aidée pour se relever ? A-t-elle eu des vertiges ou un simple déséquilibre ? Était-elle avec une aide de marche ?	
Informations transmises au responsable		
	Raison de son déplacement et quelle heure ? A quel endroit ? Combien de temps au sol ? Qui a prévenu et comment ? Comment était-elle au sol ? Conscience de sa chute ? A-t-elle été aidée pour se relever ? A-t-elle eu des vertiges ou un simple déséquilibre ? Était-elle avec une aide de marche ?	
Informations transmises au responsable		

■ Tableau 11

Pourquoi cette action ?

Une chute, aussi minime soit-elle, **doit être connue et suivie** ! Il est évident qu'une aide-soignante ou une infirmière (s'il n'y a pas de traumatisme important) n'aura pas le même point de vue que le kinésithérapeute qui, au contraire, doit avoir des informations précises de cette chute pour **isoler son mécanisme perturbateur et éviter sa répétition** par un **traitement précoce et adapté**.

Il est important que la personne qui remplit cette feuille lors d'une chute s'identifie car le kinésithérapeute pourrait avoir besoin d'informations supplémentaires sur cette chute.

Résultats

Après quelques semaines d'application et la **prise de conscience de l'objectif** de ce suivi par **l'équipe en totalité**, les résultats sont **très intéressants**, à savoir :

- **toute** chute aussi anodine soit-elle (jusqu'au glissé du fauteuil au sol) est signalée et connue ;
- **toute** chute est donc suivie par le binôme médecin-kinésithérapeute qui décèlera une régression fonctionnelle associée ou non à "un syndrome postchute" par un suivi des douleurs, un comparatif fonctionnel (réunion avec l'équipe) avec une investigation en temps, qui ne peut être quantitative car chaque cas est **unique**.

Nous agissons avec un maximum d'efficacité. **Nous évitons le repli et la régression motrice de la personne âgée.**

En attendant d'en tirer des informations sur un temps

comparatif plus important, je remercie vivement l'équipe soignante qui participe activement à ce projet de suivi des chutes à la résidence.

Conclusion

La prévention des chutes qui hospitalisent ou institutionnalisent doit passer par une revalorisation des actes kinésithérapiques à domicile pour la prise en charge du suivi de rééducation par les kinésithérapeutes libéraux.

Tout le monde en profitera : les patients qui recevront des soins complets et suivis, les caisses d'assurance maladie qui feront des économies d'hospitalisation ou d'institutionnalisation en maison de retraite, et les kinésithérapeutes par leur travail constructif dans cet ensemble d'étapes curatives-préventives.

Il faudra donc être plus précoce, attentif quand l'atteinte se situe aux membres inférieurs (bassin compris) avec un travail d'équipe global incluant la participation de la psychologue, l'assistante sociale et du kinésithérapeute de ville qui prendra en charge la suite du traitement et, éventuellement, d'une association gérontologique en ville (si elle existe), pour une rapidité dans la prise en charge de la personne âgée en totalité de son hospitalisation à sa sortie. La personne âgée est fragilisée, se voit réduite au fauteuil et pense ne plus pouvoir être active.

En ce qui concerne la "Feuille de suivi des chutes", je conseille vivement les responsables de maison de retraite et autres de la mettre en application. Une chute non signalée (avec une fracture

qui passe inaperçue 4 ou 5 jours), parce qu'il a semblé à l'aide-soignante ou à l'infirmière qu'il n'y avait rien d'important pour avertir le médecin ou kinésithérapeute, s'est déjà produite... et, j'en suis sûr, surviendra encore si nous ne sommes pas vigilants.

Ce document, qui servira de support de liaison entre les chutes et l'équipe soignante, peut devenir d'une importance capitale lors d'un litige en maison de retraite quand la chute nécessite une hospitalisation, avec ses conséquences fatales. ■

BIBLIOGRAPHIE

L'éducation par le mouvement : la psychocinétique du Dr Le Boulch. 3^e éd. Paris : ESF.

PERRIN Ph. LESTIENNE F. *Mécanismes de l'équilibre humain : exploration fonctionnelle, application au sport et à la rééducation.* Paris : Masson.

?????????. *Rééducation des troubles de l'équilibre. Les ataxies avec et sans vertiges.* Paris : Frison-Roche.

Rôle des professionnels dans la réadaptation globale des personnes âgées. Formation continue (23 au 28 avril 1998) : "Réadaptation gériatrique en équipe". Hôpital Corentin-Celton, Issy-les-Moulineaux.

J.N., POTEL G. (Drs). *Les chutes des personnes âgées : comment faire le bilan des conséquences et comment évaluer les sujets ?* 1^{ère} partie. Le Quotidien du Médecin 1999;6568:24-26.

J.N., POTEL G. (Drs). *Les chutes des personnes âgées : prise en charge pluridisciplinaire et une prévention secondaire.* 2^e partie. Le Quotidien du Médecin 1999; 6570:21-22.

J.N. (Dr). *De la chute à la dépendance.* Le Généraliste 1986:p.10.

JAILLARD P., VINCON C., COCHET H., THEVENET P., SRAIKI W. *Pertinence, facilité et rapidité de réalisation.* Kiné-Actualité 2000;752:??-??.

TAVERNIER-VIDAL B., CAMUS A., MOUREY F., KAGAN. *Chutes et troubles de la fonction d'équilibration.* Encycl. Médecine-Chirurgie (Elsevier, Paris) 1998;3-1135:8p.

Kinésithérapie dans la conservation de l'activité ambulatoire des malades âgés : marche, transferts, équilibre. La Revue de Gériatrie 1996;tome 21:n° 4.

Magazine L'Entourage, janvier-février 1994 : p. 6.

TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F. *Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé.* Précis pratique de Rééducation. Paris : ????????

LUIJCKX M.-E. *Influence de la gymnastique de groupe sur l'aspect fonctionnel moteur de la personne âgée en maison de repos.* Mémoire de D.E., Montignies-sur-Sambres, année 97-98.

THEVENON A., POLLEZ B. *Rééducation gériatrique.* Paris : Masson.

VIEL E. *Le diagnostic kinésithérapique.* Paris : Masson.

INDEXATION MINITEL : Gériatrie – Psychomotricité Rééducation

L'équilibre ! L'équilibre ! L'équilibre de la personne âgée ! Oui, mais que faisons-nous et réfléchissons-nous assez ?

Nous sommes entrés dans l'ère de l'équilibre à toutes les sauces. Que choisir ? Bilan, test, protocole, grille de référence... Portons-nous un sens critique à ce que l'on nous propose ? Est-ce suffisant ? Ne doit-on pas rajouter certains critères d'évaluation ?

Il serait intéressant d'essayer de comprendre l'interaction de l'équilibre et de la dépendance visuelle chez la personne âgée et d'en tirer des tests adaptés, faciles d'exécution.

Equilibre → Vue → Angoisse → Peur de tomber, etc.

Que testons-nous ? Pouvons-nous les dissocier de façon fiable ?

Ces tests sont-ils applicables à la majorité ? Et les autres ? Mais posons-nous une question majeure : comment peut-on, avec un maximum de sécurité, connaître le pourcentage de risque de chute chez une personne âgée et sur quelle durée de temps ?

Merci à tous et à toutes de vos expériences en retour.

Vincent PIAZZA
Kinésithérapeute, Hirson (02)