

# Formation Chutes

## Surveiller :

### 1. Prévention primaire :

- l'humeur
- Le poids (perte musculaire) : faire au moins 30 min d'exercice physique quotidiennement
- L'appétit : augmenter la vitamine D
- Troubles cognitifs
- Troubles sensoriels (vue, ouïe) : intervention de la cataracte, appareillage auditif
- Troubles proprioceptifs (ex : ne sent pas les rebords de la chaise et s'assoit sur une fesse)
- Analyse de la marche : rapide, régulière, cadencée / lente, hésitante, petits pas, double appui
- Analyse du traitement en cours
- Situations à risques (éclairage, sol dégagé, chaussage... )
- Caractéristiques des réveils nocturnes (éclairage, descente de lit, somnifère, hypotension)
- Education des comportements à risque

### 2. Prévention secondaire :

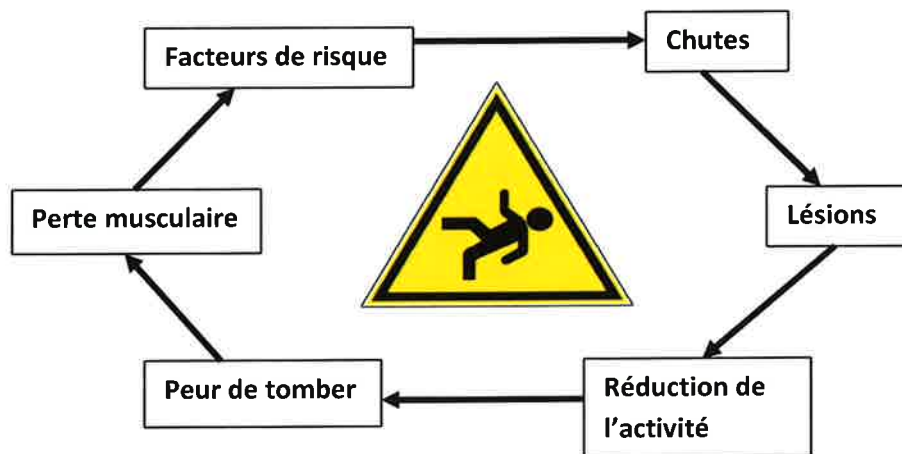
- Mêmes recommandations que ci-dessus
- Lutter contre la perte d'autonomie : sorties et prises d'initiatives
- Travail sur les troubles de la posture statique : en position assise la personne est comme « crispée »
- Travail de réassurance sur la station debout : tremblements, agrippements, incapacité à tenir en équilibre voire de marcher ou à très petits pas, pour se rasseoir se laisse tomber brutalement dans le fauteuil.
- Lutter contre le syndrome de régression : apparition de troubles de la mémoire, d'un langage appauvri et enfantin, demande des couches, demande d'assistance pour manger, reste au lit (clinophilie), absence de volonté (aboulie) assistance pour toutes les activités du quotidien.
- Psychothérapie si l'anxiété et / ou une phobie se développe
- Evaluer l'environnement et ses modifications
- Faire pratiquer des exercices physiques réguliers
- Proposer de nouvelles technologies : téléalarme, chemin lumineux avec détecteur de chute

## La conduite à tenir en cas de chute :

1. raccourcir au maximum la station prolongée au sol
2. Noter l'orientation du corps au moment de la chute
3. Noter la localisation de l'impact sur le corps
4. Observer comment se comporte la partie du corps qui a été heurtée (gonflement, changement de couleur...)

5. proposer à la personne de se relever seule autant que possible pour désamorcer l'angoisse et le sentiment d'impuissance
6. Prendre les constantes
7. Rechercher une hypotension artérielle orthostatique
8. Faire quelques pas à la recherche d'une incapacité fonctionnelle
9. Prévenir l'entourage en accord avec la personne pour assurer une présence rassurante
10. Relever l'ordonnance et détecter l'introduction de nouveaux médicaments

### Vers une altération de la qualité de vie et une fragilité



### Nécessite une Prise En Charge globale

Il est indispensable de réaliser une évaluation globale gériatrique car :

- Traumatisme physique + psychologique (rupture identitaire, honte, angoisse de mort, retour à la dépendance)
- Importance d'informer en amont et d'obtenir l'adhésion des personnes aux moyens de prévention. Sinon, il y a un risque de redoubler le traumatisme de la chute par une prévention qui ne tient pas assez compte du contexte psychologique : une personne dans le déni de ses difficultés peut percevoir les moyens de prévention comme un renvoi violent d'une image négative de lui (ex : je te mets une rampe car tu ne sais pas tenir tout seul sur tes jambes).
- Crise familiale : surprotection, conflit, angoisse
- Rôle important de l'ergothérapeute pour les aménagements de l'environnement :
  - Centralisation des commandes
  - Détecteurs de présence
  - Barres de maintien dans les sanitaires pour l'équilibre et la sécurité
  - Miroirs tryptiques repliant
  - Robinet mitigeur thermostatique
  - Four à ouverture latérale
  - main courante préhensible et continue
  - première et dernière marche différenciée (70% chutes se produisent dans l'escalier)
  - Guidon de transfert fixe ou pivotant.

**FES-I**

Nous aimerions vous poser quelques questions qui ont pour but de déterminer si vous ressentez de l'inquiétude face à la possibilité de tomber. Répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement cette activité. Si actuellement vous ne faites pas cette activité (par exemple si quelqu'un fait les courses à votre place), répondez à la question en imaginant votre degré d'inquiétude **SI** vous réalisiez en réalité cette activité. Pour chacune des activités suivantes, mettez une croix dans la case qui correspond le plus à votre opinion et qui montre le degré d'inquiétude que vous ressentez face au fait de pouvoir tomber lors de la réalisation de cette activité.

|    |  | <i>Pas du<br/>tout<br/>inquiet<br/>1</i> | <i>Un peu<br/>Inquiet<br/>2</i> | <i>Assez<br/>Inquiet<br/>3</i> | <i>Très<br/>Inquiet<br/>4</i> |
|----|--|--|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 1  | Faire votre ménage<br>(par ex : balayer, passer l'aspirateur,<br>ou la poussière)          | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 2  | Vous habiller et vous déshabiller  | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 3  | Préparer des repas simples   | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 4  | Prendre une douche ou un bain  | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 5  | Aller faire des courses  | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 6  | Vous lever d'une chaise ou vous<br>asseoir   | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 7  | Monter ou descendre des escaliers  | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 8  | Vous promener dehors dans le<br>quartier   | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 9  | Atteindre quelque chose au-dessus de<br>votre tête ou par terre                            | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 10 | Aller répondre au téléphone avant<br>qu'il s'arrête de sonner                              | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 11 | Marcher sur une surface glissante<br>(par ex : mouillée ou verglacée)                      | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 12 | Rendre visite à un ami, ou à une<br>connaissance   | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 13 | Marcher dans un endroit où il y a<br>beaucoup de monde                                     | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 14 | Marcher sur un sol inégal (route<br>caillouteuse, un trottoir non entretenu)               | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 15 | Descendre ou monter une pente  | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |
| 16 | Sortir (par ex : service religieux,<br>réunion de famille, rencontre d'une<br>association) | 1 <input type="checkbox"/>               | 2 <input type="checkbox"/>      | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>    |

## FICHE 3 : PREVENTION CHUTES

|  |   |
|--|---|
| NOM :  | DATE D'OBSERVATION :  |
| PRENOM :   | AGENT :   |
| <b><u>FACTEURS DE RISQUES</u> : Cochez les facteurs présents</b> |   |
| Absence d'aide à la marche                                       | <input type="radio"/>   |
| Besoin d'aide pour les activités quotidiennes                    | <input type="radio"/>   |
| Troubles cognitifs   | <input type="radio"/>   |
| Troubles sensoriels (vue, ouïe)                                  | <input type="radio"/>   |
| Incontinence   | <input type="radio"/>   |
| Chaussage non adapté   | <input type="radio"/>   |
| Mauvais éclairage  | <input type="radio"/>   |
| Sol non dégagé   | <input type="radio"/>   |
| Marche lente   | <input type="radio"/>   |
| Marche en double appui ou petits pas                             | <input type="radio"/>   |
| <b><u>SIGNES CLINIQUES</u> :</b>                                 |   |
| <b>ATTITUDE</b>  | Limite ses activités <input type="radio"/><br>Mange moins que d'habitude <input type="radio"/><br>Troubles du sommeil <input type="radio"/><br>Humeur triste/ anxieuse <input type="radio"/>  |
| <b>CAPACITES<br/>PHYSIQUES</b>                                   | Faiblesse musculaire <input type="radio"/><br>Marche instable <input type="radio"/><br>Déséquilibre <input type="radio"/><br>Troubles de la vue <input type="radio"/><br>Arthrose <input type="radio"/>                                 |
| <b>TRAITEMENT</b>  | Psychotropes <input type="radio"/><br>Cardio-vasculaire <input type="radio"/><br>Diabétiques <input type="radio"/><br>Antidépresseurs <input type="radio"/><br>Somnifères <input type="radio"/><br>Bezodiazépines <input type="radio"/> |

