

Société Rhône-Alpes de Gérontologie



86^{ème} Journée Régionale de Gérontologie
Annecy, mardi 3 avril 2012



« La Chute »

Sommaire

	Page
<u>La chute : causes et conséquences chez la personne âgée.....</u>	<u>13</u>
<u>La chute : un hasard ? Impacts psychologiques de la chute.....</u>	<u>31</u>
<u>Caractéristiques des chutes, de l'éducation pour la Santé à l'éducation thérapeutique : expérience en centre d'examens de santé.....</u>	<u>44</u>
<u>Contention : le regard du juriste.....</u>	<u>60</u>
<u>Questions — discussion.....</u>	<u>83</u>
<u>Des espaces de vie adaptés pour tous.....</u>	<u>90</u>
<u>Table ronde « prévention de la chute ».....</u>	<u>113</u>
<u>Conclusion de la journée.....</u>	<u>148</u>

(La journée est ouverte à 9 h 30)

Docteur Matthieu DEBRAY.- Nous vous remercions tous pour votre présence.

Je vais tout de suite laisser la parole à M. le Maire, Jean-Luc Rigaut, Président de la Communauté d'Agglomération d'Annecy, pour ouvrir cette journée.

M. Jean-Luc RIGAUT.- Bonjour à toutes et à tous.

Permettez-moi de saluer tout particulièrement :

- Monsieur Raymond BARDET, Vice-président du Conseil général, qui représente le Président MONTEIL,
- Monsieur le Président de la Société Rhône-Alpes de gérontologie, ici présent,
- Mes chers collègues Vice-présidents de la Communauté d'agglomération d'Annecy chargés particulièrement de ce secteur d'activité : Mme Geneviève MÉTRAL et M. Yvon BOSSON,
- Monsieur le Vice-président du Conseil de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes de la Haute-Savoie,
- Messieurs les Professeurs, Monsieur le Juge, Mesdames et Messieurs les chefs de pôle et de service,
- Mesdames et Messieurs les membres de la communauté médicale,

J'y associe mes chers collègues élus, notamment Mme Marylène FIARD, première adjointe à Annecy,

Mesdames et Messieurs,

Je dois vous dire combien je suis heureux comme Maire d'Annecy, mais également comme Président de l'Agglomération d'Annecy, d'ouvrir, et de vous accueillir ici à l'Impérial Palace, cette 86^{ème} Journée régionale de la Gérontologie, consacrée cette année à la chute. Je demanderai donc à chacun de faire bien attention en montant et en descendant de cette tribune. *(Rires)*.

La Communauté d'agglomération d'Annecy et le CIAS, le Centre intercommunal d'action sociale co-organisent cette année, avec la Société Rhône-Alpes de gérontologie, ces journées, et ce depuis 2003.

L'agglomération vous met à disposition cet espace, ce lieu d'accueil à l'Impérial Palace. Vous étiez précédemment, comme c'était le cas en 2007, accueillis au théâtre, mais il est actuellement en travaux pour une grosse rénovation. J'espère que ce lieu vous séduira malgré tout.

Je mesure toute l'importance de l'action initiée voici maintenant 41 ans par M. Robert HUGONOT, fondateur de la gérontologie, co-créateur de la Société Rhône-Alpes de gérontologie. Ses travaux sont depuis relayés constamment par les acteurs du terrain que vous êtes : médecins, élus, administrateurs de caisse de retraite, assistants de service social, enseignants.

Promouvoir au niveau régional le développement d'une culture du vieillissement par la diffusion de connaissances, de réalisations et de projets gérontologiques, c'est vraiment un enjeu fondamental que la Société Rhône-Alpes de gérontologie fait fort bien, je tenais à le souligner devant vous, Monsieur le Président.

Je voudrais également saluer le travail réalisé au niveau de notre Département par ses membres : le Dr Françoise PICOT, toujours en pleine forme, cela me fait plaisir de vous retrouver ici, M. Matthieu DEBRAY, Mme Marie-José NORMAND, Mme Nicole GUILLEMOT, M. Serge PAYRAUD.

Je voudrais aussi saluer ici la politique volontariste menée par le Conseil général de la Haute-Savoie, avec le concours et la mobilisation de tous les acteurs, et ce, en faveur des personnes âgées et du handicap.

Sous l'impulsion de M. Raymond BARDET, le schéma gérontologique départemental 2008-2012 témoignait de cette volonté d'assurer à nos aînés des conditions de vie optimales, entre le

renforcement du maintien et du soutien à domicile et l'effort pour développer l'offre en structures d'hébergement.

Dans la continuité de ce qui a été engagé en direction de cette prise en charge des personnes âgées, un nouveau schéma gérontologique va voir le jour, 2013-2017, qui s'intitule *Bien vieillir en Haute-Savoie*. Gageons qu'avec le travail partenarial qui s'engage avec toutes les structures, et on sait qu'il reste à faire dans ce domaine, que cela devienne une réalité encore plus marquée.

L'agglomération d'Annecy, quelques mots pour faire sa publicité, n'est pas en reste sur le sujet des personnes âgées. Et je souhaite là encore une fois, souligner le travail accompli par Mme Geneviève MÉTRAL, qui copréside le CIAS à Annecy, et qui gère 4 établissements de personnes pour la dépendance (EHPAD) qui représentent aujourd'hui 230 lits, dont 29 places en unités spécialisées et 13 lits d'accueil temporaires Alzheimer, un accueil de jour de 10 places, 4 établissements de personnes âgées (EPA), soit 170 studios dont 4 en accueil temporaire, 2 foyers Soleil de 51 studios, et 3 services d'aide à domicile, auxquels il faut ajouter un service de prévention chargé de réaliser les bilans de santé.

Je tiens également à souligner l'action de son collègue M. Yvon BOSSON, mon collègue également Vice-président, qui lui a plus particulièrement la charge des projets de construction d'établissement, et l'agglomération en a fait depuis 2002 : 4 établissements pour personnes âgées ont été réalisés, 310 lits ont été ouverts depuis 7 ans, gérés par un établissement public indépendant, dont M. Yvon BOSSON est également le Président, et des réhabilitations importantes de différentes structures.

Malgré ces efforts, il ne faut pas oublier que le vieillissement reste encore trop souvent synonyme de difficultés, notamment liées à la solitude et à l'isolement, vous le savez bien.

Alors former les personnels, développer de nouvelles techniques, de nouveaux outils, cela nécessite que des acteurs de terrain

travaillent en réseau, comme vous le faites, et je crois que c'est vraiment l'une des clés des progrès, l'une des clés de cette solidarité, pour pouvoir échanger sur vos expériences, vos connaissances, favoriser le développement de cette culture du vieillissement et des projets gérontologiques innovants.

Vous portez cette volonté, ce sera le cas encore aujourd'hui avec ce thème complexe et délicat de la chute, et j'imagine que c'est un thème qui fait recette puisque l'amphi est totalement bondé aujourd'hui et je m'en réjouis.

Pour conclure, je voudrais rendre hommage à l'ensemble des personnes qui œuvrent au quotidien au service de nos aînés dans cet esprit de dignité et de qualité du travail bien fait. Et je mesure totalement les enjeux qui sont devant vous et les difficultés pour assumer cette mission.

Je vous souhaite bien évidemment des travaux riches et constructifs aujourd'hui, et j'espère que malgré un programme que je sais chargé, vous aurez un petit instant pour vous promener le long du lac et visiter notre ville.

Bienvenue à Annecy !

(Applaudissements).

Docteur Matthieu DEBRAY.- Merci, Monsieur le Maire.

Monsieur BARDET, Conseiller général et responsable de l'action sociale au Conseil général, nous vous laissons la parole pour introduire cette journée.

M. Raymond BARDET.- Monsieur le Maire et cher ami Jean-Luc, Monsieur le Président de la Société Rhône-Alpes de gérontologie, Madame et Monsieur les Vice-présidents de la commission service des personnes âgées de l'agglomération d'Annecy, Mesdames et Messieurs les Docteurs et Professeurs, Mesdames, Messieurs, chers amis, soyez les bienvenus, et merci d'avoir choisi la Haute-Savoie et la ville d'Annecy pour l'organisation de cette 86^{ème} Journée régionale de Gérontologie !

C'est pour le Vice-président du Conseil général que je suis, chargé de l'enfance, la famille, du grand âge et du handicap, et en votre nom à tous, l'occasion de saluer le travail éminent des membres de la Société régionale de Gérontologie, et particulièrement du Dr Françoise PICOT, ancien chef du pôle de gériatrie au CHRA, qui a développé l'une des filières gériatriques les plus complètes en France.

Permettre aux personnes âgées de bien vieillir en Haute-Savoie est un enjeu majeur pour notre Conseil général, et c'est l'objectif principal qui doit se dégager de nos réflexions, avec tous les professionnels, les associations et intervenants compétents concernés, pour la marche à suivre du troisième schéma gérontologique 2013-2017, dont d'élaboration vient d'être lancée.

Notre département, c'est une population de 736 000 habitants, qui compte en son sein 159 000 personnes âgées de plus de 60 ans et 53 000 de 75 ans et plus. C'est un département réputé jusqu'à présent jeune, il l'est aussi pour les prochaines années à venir, et on situe le délai 2005-2015, celui qui dans le territoire de Rhône-Alpes va enregistrer la plus forte augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans.

Aujourd'hui, 9 000 habitants de plus chaque année, ce qui situe la progression et régulière depuis quelque temps de notre population, parmi lesquels de nombreux retraités venus s'installer ici, près de leurs enfants, eux-mêmes venus pour trouver l'emploi qu'ils n'avaient plus forcément là d'où ils viennent.

La Haute-Savoie n'en restera pas moins un des départements rhônalpins les plus jeunes, puisque la part des 75 ans et plus restera la plus faible de la région avec une proportion de 7,53 %, contre 8,74 % en Rhône-Alpes et 9,2 % en France.

Enfin, le nombre des personnes âgées touchées par la maladie d'Alzheimer ou apparentée, devrait, de 10 262 actuellement, progresser de 34 % dans les dix années à venir. Le Conseil général se doit d'y répondre en jouant pleinement son rôle de chef de file et en

suivant plusieurs axes.

Premier axe, en remplissant des missions clairement identifiées : sa compétence première, en définissant et en mettant en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. En tenant un rôle central dans le pilotage des politiques publiques dans le champ du grand âge. Grâce à son schéma départemental gérontologique, il coordonne les actions menées par les différents intervenants en faveur des personnes âgées. Et il veille à la cohérence de l'ensemble de l'action publique, depuis les équipes médico-sociales chargées d'évaluer les besoins des personnes âgées dépendantes, jusqu'aux établissements et services autorisés pour la prise en charge et l'accompagnement médico-social de ces mêmes personnes âgées.

Deuxième axe : grâce surtout à un engagement financier à la mesure de l'enjeu. Pour information, le budget consacré par notre Conseil général aux personnes âgées pour 2012 se monte à plus de 64 millions d'euros, en progression par rapport à 2011 de 3,6 %.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente à elle seule 49 millions d'euros, soit plus de 75 % du budget consacré au grand âge. C'est presque trois fois le montant inscrit en 2002 lors de la mise en place de l'APA. À ce jour, le nombre des bénéficiaires de cette allocation dépasse les 10 000, puisque nous comptabilisons respectivement 6 001 au domicile et 4 019 en établissement.

Le second poste de dépense concerne la prise en charge des frais d'hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale, soit un effort de plus de 14 millions d'euros en 2012 en faveur des personnes âgées dépendantes aux ressources plus modestes. Leur nombre est de 600.

Enfin, il faut citer l'action volontariste du Conseil général qui permet la modernisation des établissements existants avec la création de nouveaux services. Soit une offre de 5 535 places réparties au sein de 87 établissements, dont plus de 80 % sont publics et associatifs. Avec un prix de journée moyen pour le Département

de 59,31 euros en 2011.

Troisième axe : plus que l'argent, grâce à un engagement humain de tous les instants, c'est pour moi l'occasion de remercier les 180 professionnels de la Direction de la gérontologie et du handicap mobilisés au service des personnes âgées, dont plus de 60 % œuvrent sur le terrain en proximité de la population.

Notre Conseil général a souhaité apporter à nos personnes âgées les plus dépendantes, une évaluation sociale avec des réponses adaptées et un suivi individuel, et favoriser la mise en place d'une coordination des moyens au plus près du terrain.

Cinq pôles gérontologiques composés d'un médecin, d'assistantes sociales, d'infirmières, de secrétaires, d'un ergothérapeute et d'un coordinateur ont été mis en place sur les territoires correspondant aux différents bassins de vie du département : le Chablais, le Genevois, la vallée de l'Arve et le bassin annécien est et ouest. Quotidiennement, ils accomplissent une mission d'information auprès des usagers et des professionnels, une mission de coordination, une mission d'évaluation auprès des personnes âgées par l'équipe médico-sociale du pôle.

Dans cette perspective, le nouveau plan d'action *Bien vieillir en Haute-Savoie 2013-2017* que nous avons mis en chantier, doit permettre de conforter cette dynamique et de répondre à de nouveaux besoins.

Nous citerons : le soutien aux aidants, maillon essentiel du soutien à domicile, qui est aujourd'hui le vœu numéro 1 des personnes âgées. La diversification des modes de prise en charge et d'accompagnement alternatif à l'hébergement en établissement. La garantie d'une offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de proximité, de qualité, à un coût accessible. Des réponses adaptées aux besoins spécifiques des personnes âgées touchées par la maladie d'Alzheimer, en hébergement comme au domicile. Des réponses innovantes aux besoins convergents des personnes âgées dépendantes et

des personnes handicapées vieillissantes. Le maintien du lien social et l'accompagnement personnalisé pour prévenir l'isolement et la précarité pouvant toucher les personnes âgées. La promotion de l'innovation et le recours aux nouvelles technologies pour faciliter et sécuriser la vie quotidienne des personnes âgées et de leurs aidants.

À l'exemple du thème que vous avez choisi, la prévention sera la première de nos préoccupations pour permettre à chaque personne âgée qui le souhaite, de continuer à vivre aussi longtemps que possible chez elle, là où sont ses racines, dans un environnement qui lui est familier. Pour permettre à la personne âgée de rester autonome physiquement aussi longtemps que possible, c'est-à-dire de se mettre en mouvement elle-même, sans crainte de la chute ou de l'accident.

Ce qui explique tout le travail qui est fait dans le domaine en Haute-Savoie, en lien avec les partenaires comme SEIL BLEU que le Département soutient. Ce qui explique les moyens engagés par le Département pour mettre un ergothérapeute à disposition, et effectuer plusieurs centaines de visites au domicile pour apporter aide technique et conseils et favoriser un aménagement adapté au logement. Ce qui explique enfin la multiplication des groupes de travail et des ateliers dans nombre de communes haut-savoyardes pour inciter les personnes âgées à s'informer, à se former et à s'investir dans le travail de préparation et de prévention.

Quand on a présenté tout cela, on peut être satisfait de tout ce qui s'est réalisé jusqu'à présent et de notre volonté de poursuivre. Mais il faut rester conscient que la situation frontalière de la Suisse de notre département, n'offre pas que des avantages. Les salaires côté Suisse, vous l'aurez compris, nettement supérieurs, la solidité de leur monnaie, attirent beaucoup de monde. C'est l'une des raisons de notre progression démographique, mais c'est aussi dans le domaine médico-social, comme dans d'autres, source importante d'exode de nos professionnels. À longueur d'année nos différents établissements et structures, et plus encore lorsqu'ils se situent près de la frontière, sont

confrontés à cet exode et à la difficulté de plus en plus délicate quand il faut les remplacer.

Je tenais à préciser cet état de fait qui pèse sur l'établissement français, et si la perspective d'une école de formation transfrontalière qui satisferait en nombre, à la fois les besoins de Genève principalement et les nôtres, peut générer beaucoup d'espoirs dans la recherche de solutions à ce problème, encore faut-il que cela se fasse le plus rapidement possible. Pour l'instant, on en parle beaucoup, mais l'urgence c'est d'aboutir.

Et pour terminer mon propos, je dirai que la prévention et la préparation au vieillissement, c'est tout simplement pour faire de l'allongement de l'espérance de vie une chance à saisir, et non une fatalité à subir.

Je vous remercie de votre attention.

(Applaudissements).

Docteur Matthieu DEBRAY.- Une salle très impressionnante devant moi. Je peux vous dire qu'il n'y a pas beaucoup de places, même s'il y a encore des personnes qui attendent dehors, et auprès desquelles nous nous excusons.

Merci Monsieur le Maire, merci Monsieur le Conseiller Général.

Quelques petites excuses au nom de M. Jacques GAUCHER, Président de la société, Mme Monique DASSETTO, M. Yves DELOMIER et M. Paul-Henri CHAPUY qui n'ont pas pu être parmi nous aujourd'hui.

Et encore une fois, toutes nos excuses à ceux qui ne pourront pas entrer ici pour ne pas trop dépasser le chiffre fatidique de 600 personnes, puisqu'on joue à guichet fermé.

Merci, Monsieur le Conseiller général, de nous honorer de votre présence. En tant qu'animateur de la filière gérontologique de territoire ou d'interfiliale d'Annecy, je me félicite de notre collaboration efficace entre vos services du Conseil général et

l'ensemble des professionnels de la gériatrie et de la gérontologie. Mme Nicole VIDAL n'est pas là mais je sais qu'elle est de tout cœur avec nous pour cette journée.

Monsieur le Maire d'Annecy, Président de la communauté d'agglomération, nous vous devons beaucoup dans la réussite de cette journée. C'est grâce à vous que nous profitons pleinement de cette salle. Évidemment, on a des volets fermés, on ne peut pas voir le lac, sinon on serait complètement déconcentrés et on ne pourrait pas suivre ce que vont dire les orateurs, mais nous sommes dans un site assez merveilleux et nous vous en remercions pour le soutien à l'organisation de cette journée.

Merci tout particulièrement dans l'organisation de cette journée au CIAS et à la Communauté d'agglomération, notamment à Mme NORMAND qui depuis des mois avec ses collègues œuvre à l'organisation de cette journée.

Et pour aller bien vite parce que les remerciements, il y en aurait beaucoup d'autres à faire, un remerciement tout particulier à Françoise PICOT à qui l'on doit la richesse de la thématique de cette journée. Merci pour la perspicacité dans ce choix dont nous avons discuté voici un an et demi, et qui nous donne l'occasion de discuter d'un éventail aussi large des problématiques gérontologiques.

La chute, c'est un peu toute la médecine gériatrique, l'évaluation gériatrique standardisée au service du sujet à risque de chute, les aspects psychologiques, l'éducation thérapeutique, les aspects juridiques, d'urbanisme, et même une table ronde à la fin de cette journée qui conclura, je l'espère, dans une perspective de prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire. Prévenir cet événement à la fois si banal et pourtant révélateur d'une fragilité qui doit être le souci de toutes les catégories professionnelles que vous représentez aujourd'hui de la gérontologie.

Je vous rappelle la traditionnelle organisation de nos journées concernant les questions : vous disposez dans vos pochettes de

petits papiers qui vous serviront à poser les questions par écrit, et nous pourrons à chaque fin de demi-journée y répondre avec les orateurs.

J'introduis tout de suite M. Pascal COUTURIER, Professeur et Gériatre au CHU de Grenoble. Je te remercie vivement d'avoir accepté de participer.

Vous allez pouvoir goûter, comme je l'ai fait voici quelque temps à Grenoble, aux qualités d'enseignement de Pascal.

(Applaudissements).

La chute : causes et conséquences chez la personne âgée

Professeur Pascal COUTURIER.- Merci, Matthieu.

Merci aux organisateurs de cette journée de m'avoir invité à venir parler d'une thématique très gériatrique, commune, par certains aspects, banale, mais qui ne l'est pas vraiment. Et moi aussi je me félicite de voir la tournure des organisations en place entre le sanitaire et le médico-social, et je crois que la thématique d'aujourd'hui illustre bien la nécessité de travailler ensemble.

Cette thématique est un formidable problème de santé publique, tout simplement parce qu'on vieillit, mais aussi parce qu'en tant que telle, la chute c'est plus que cela. C'est à titre individuel, un événement de vie particulier. Beaucoup de sujets âgés vont décéder dans les suites d'une chute. Et donc c'est un événement qui est grave. On tombe souvent, on est souvent relevé, mais quelquefois les choses se passent mal. C'est un défi pour les thérapeutes, les médecins et tous ceux qui prennent en charge les chuteurs, parce que sur le plan du diagnostic, ce n'est pas si simple que cela, et sur le plan de la prise en charge non plus. On dit classiquement qu'il y a toujours des conséquences fonctionnelles d'une chute, et c'est bien vrai, cela altère significativement la qualité de vie des gens, mais également cela les fragilise sur le plan de la fonction, c'est même un mode d'entrée assez habituel dans la dépendance. Et pour tout dire, c'est une prise en charge

globale qui est donc nécessaire sur cette thématique.

La chute, fondamentalement, c'est le fait de se retrouver, involontairement, sur le sol, dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ. Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement.

On tombe, on peut tomber une fois selon ce mécanisme, cela nous arrive à tous. Ce qui est plus rare, c'est de tomber plusieurs fois. Et le caractère répétitif de la chute est considéré dans la définition aujourd'hui des recommandations, comme le fait de tomber au moins deux fois sur une période de 12 mois.

Donc globalement, le fait de chuter est assez banal, mais le fait de chuter et de re-chuter l'est moins, et c'est surtout de ce problème dont on va parler.

D'un point de vue purement épidémiologique, la chute domine largement l'accidentologie chez le sujet âgé. Clairement, au-delà de 65 ans et jusqu'à 85 ans, les événements chutes dominent largement l'accidentologie, loin devant les suffocations, la noyade, les intoxications. Et pratiquement, à 85 ans, 65 % des accidents sont liés à des chutes. Donc c'est un événement important, qui dans la vie courante est majoritaire, dont l'incidence augmente régulièrement avec l'âge, c'est-à-dire que les nouveaux événements à partir de 65/75 ans sont fréquents, pratiquement 24 % des sujets chutent dans l'année. Avec une majorité de femmes, Mesdames, nombreuses ce matin, vous tombez plus que les hommes mais vous allez finalement assez peu aux urgences, puisque seuls 4,7 % des gens qui chutent se retrouvent aux urgences. Et quand on va aux urgences, dans un tiers des cas on vous fait sortir. 30 % justifient un suivi, c'est-à-dire que derrière la chute, un certain nombre de choses sont faites. un dernier tiers pour lequel cela s'est mal passé, va être gardé et traité.

La chute est banale. Elle survient chez vous quand vous êtes âgé, dans pratiquement 80 % des cas, plus rarement sur la voie publique. Et il y a un contingent de sujets qui chutent et souvent

rechutent dans les institutions, mais qui globalement sur le volume des chutes sont assez rares.

Les circonstances : lors de la marche, dans les activités de base du quotidien (la toilette, l'habillage, des choses aussi simples que cela), les transferts. Quelquefois dans des activités un peu plus élaborées : les IADL. Et un contingent, qui est non négligeable, de chuteurs durant des activités de loisirs, parce qu'on oublie que l'on a beau être âgé, on peut être des individus qui font de l'exercice et qui se mettent en danger.

La mortalité est importante. Les décès directement liés aux chutes en France sont de l'ordre de 5 000 décès environ par an. Un peu plus si l'on tient compte des décès pour lesquels il y a des causes multiples qui tiennent lieu à la fragilité des sujets qui dans les suites d'une chute vont décéder. Beaucoup d'orthopédistes considèrent que la fracture du col du fémur par exemple, est l'une des modalités de décéder quand on est âgé. Il y a une surmortalité liée par exemple à l'association de la chute à une fracture de ce type.

Vous êtes plus nombreuses à chuter, Mesdames, mais vous mourrez moins. Quelle injustice ! Car nous mourrons plus que vous quand nous tombons, les hommes, et c'est aussi une réalité, qui trouve sa raison dans l'extrême longévité qui est la vôtre, Mesdames, mais aussi dans un sur-risque dans un certain nombre d'études qui montrent que l'équilibre féminin n'est pas aussi performant que celui des hommes. Mais tout cela reste quand même des données qui méritent d'être davantage étudiées.

Donc cette mortalité augmente considérablement à partir de 85 ans, et est multipliée pratiquement par 6 quand on a plus de 85 ans. Cette mortalité a un peu tendance à diminuer avec le temps, si on en juge par les études épidémiologiques, même si dans notre région, il faut croire qu'il y a beaucoup de montagnards, c'est plus facile de se tuer quand on est en montagne que de se jeter sur le sable ou de rouler dans le sable. La chute est grave et dépend d'un certain

nombre de facteurs. Des facteurs positionnels : c'est plus grave de tomber sur la tête que sur les fesses.

Elle dépend aussi de sa capacité d'amortissement : on n'est pas tous faits de la même façon. Si on est un peu « rebondi », on a un petit coefficient d'amortissement. Si on est tout frêle, on l'a moins, on se casse davantage. L'os est plus ou moins fragile.

Et suivant son état physiologique, on a des capacités d'évitement, de limiter la casse si j'ose dire, avec un temps de réaction qui est plus conforme, avec une force musculaire qui permet de diminuer le risque de chutes graves et de blessures graves.

On distingue des chutes vers l'avant, qui représentent la majorité des chutes. Celles des enfants, celles des sujets qui ont certaines pathologies. Et des chutes qui se situent plutôt sur l'arrière et sur le côté. Les unes témoignent davantage des troubles de l'équilibre, les autres sont plus le reflet de la vitesse avec laquelle s'exprime la chute. Et les blessures sont volontiers sur le membre supérieur, car c'est le membre supérieur qui vient au contact naturellement d'abord avec le sol, puis le bassin chez les sujets âgés, avec donc une grande fréquence des fractures sur le haut du corps et sur le bassin.

La plupart de ces chutes n'ont pas de conséquence. Vous tombez, comme les enfants, vous vous relevez, vous dites : « Je me suis fait mal cette fois-ci », et puis voilà, on n'en entend plus parler. Elles peuvent se répéter, elles ne donnent jamais lieu à des consultations. Et quelquefois il y a des blessures, quelquefois il y a des fractures, mais le nombre de fractures finalement par rapport au nombre de chutes est modeste, 6 ou 7 %, et jusqu'à 2 % de fractures du col du fémur dans les populations âgées.

Néanmoins, on a assez souvent recours aux urgences, dans 25 % des cas. Et finalement, la gravité est au moins aussi importante du côté de ce qui se passe dans votre tête, lié à la chute, que des conséquences immédiates.

Madame RACOUPEAU en parlera tout à l'heure, mais

c'est un élément fondamental, la chute. Finalement, c'est plus un problème dans la tête qu'un problème somatique. Jusqu'à un certain niveau, chez le sujet âgé, les conséquences sont naturellement très psychologiques, avec quelque chose que l'on connaît bien qui est la peur de chuter et de re-chuter. Et beaucoup de gens disent qu'après leur chute, leur vie a changé. Ce n'est pas une vue de l'esprit mais une réalité, à travers tout ce que cela veut dire en termes d'inquiétude, de réalisation d'un certain nombre de choses. Donc c'est un événement tout à fait particulier, une expérience à vivre tout à fait particulière.

Dans le cadre d'une enquête qui est actuellement en cours dans le réseau nord alpin des urgences, on s'est intéressé à la chute des sujets de plus de 75 ans. Voici quelques données de ces chutes.

Sur 1 800 chutes chez des sujets de 84 ans, la plupart de ces chutes surviennent le jour, cela veut dire que l'on prend des risques quand il y a du monde. Mais cela arrive quand même la nuit : une fois sur cinq, et le week-end également, dans 30 % des cas. C'est-à-dire à des moments où on est paradoxalement assez seul, assez vulnérable.

La plupart de ces chutes chez des sujets de plus de 75 ans surviennent majoritairement au domicile, avec un contingent qui est plus important que dans les études nationales au niveau du réseau des EHPAD.

Les causes de la chute sont dites mécaniques, ce qui ne veut rien dire, puisque bio mécaniquement, à partir du moment où vous passez de la station érigée à sur le sol, vous étiez chuteur. Le problème, c'est de savoir pourquoi. On peut dire qu'elle est accidentelle : se prendre les pieds dans le tapis, c'est une chute mécanique. Il faut savoir que la plupart des autres chutes sont liées à des problèmes médicaux, et il y a beaucoup plus de chances que ce soit le cas chez les sujets âgés, avec des malaises, d'autres pathologies, et un nombre assez important de chutes dont on ne retrouvera jamais la cause ou plusieurs causes imbriquées.

Toujours est-il que dans cette enquête, très récente, la

moitié des sujets âgés qui chutent sont hospitalisés dans les suites d'un passage aux urgences. Le taux d'hospitalisation après une chute qui vous conduit aux urgences, c'est de l'hospitalisation la moitié des cas.

Vous êtes hospitalisé pourquoi ? Parce que vous avez une fracture du membre supérieur, du poignet. Vous êtes hospitalisé parce que vous avez une fracture du col du fémur, dans 14 % des cas. Parce que vous avez une fracture au niveau de la cheville, au niveau du tibia, du péroné. Parce que vous avez une fracture, beaucoup plus rare, au niveau du rachis, mais elle est grave dans 2 % des cas. Parce que vous avez des fractures de côtes, du sternum, dans 2 % des cas.

Dans les autres causes d'hospitalisation, ce sont des problèmes médicaux qui justifient votre hospitalisation, et non les conséquences de la chute.

Quelque chose qui est très important, c'est ce qui va se passer après cette chute. On va l'aborder un peu tout à l'heure : la chute a des conséquences immédiates sur le plan de ce qu'elle suggère de fragilité et d'anxiété chez les sujets, avec une crainte qui se développe, une inhibition à la verticalisation, au levé, et une véritable sidération des automatismes qui sont dans le registre de la posture, avec des troubles de l'équilibre qui eux-mêmes sont des facteurs de rechute. C'est ce qui se passe immédiatement dans les suites d'une chute : une espèce de boucle courte de désadaptation posturale aiguë, que l'on va voir chez tous les sujets. Même vous, si vous tombez demain, si vous êtes immobilisés 24 heures, il y aura une phase de sidération d'un certain nombre d'automatismes, et puis rapidement les affaires vont rentrer dans l'ordre.

Quelquefois c'est plus compliqué que cela et c'est plus difficile, dans le sens où cette crainte, cette inhibition va durer, va entraîner une restriction des activités. Et cette restriction va mettre au repos tout le système d'adaptation à la posture et à la marche, et être à l'origine d'une espèce d'oubli des automatismes, un peu comme si l'organisme perdait la capacité d'adaptation. C'est la théorie de la perte

de la fonction quand on ne l'utilise pas. Quand on n'utilise pas la marche et l'équilibration, on finit par la perdre.

Cette appréhension, cette restriction d'activité va modifier la capacité de marche durablement, et entraîner la rechute d'un certain nombre de sujets. Cela a été décrit depuis longtemps par l'équipe de Dijon, ce syndrome dit de désadaptation posturale ou de régression psychomotrice aiguë, qui fait qu'un sujet âgé qui est tombé, peut dans les suites avoir sur le plan psychique une grande anxiété, une véritable phobie de la verticalisation, avec un ralentissement souvent psychique, une absence d'initiative, et en même temps, des troubles objectifs quand on le met debout, où il ne tient pas bien son équilibre, il est plutôt en appui podal postérieur, c'est-à-dire en retropulsion, un peu projeté vers l'arrière, avec une peur viscérale de se projeter vers l'avant, qui fait qu'il a une attitude tout à fait caractéristique, y compris au fauteuil, où il a le tronc déjeté en arrière de peur de tomber vers l'avant. Il a cette attitude très caractéristique dans laquelle on va retrouver des constantes : une hypertonie que l'on dit d'opposition, une incapacité de se lever et de mettre en œuvre des réactions parachutes. Et sans qu'il y ait véritablement de troubles neurologiques objectifs, on a repéré chez ces malades, en dehors de problèmes cognitifs souvent, des troubles sensoriels et peut-être un terrain psychologique particulier.

Ce sont les conséquences de la chute, parce que ces sujets-là vont développer dans 25 % des cas à peu près, une évolution vers l'état grabataire s'ils ne sont pas pris en charge correctement. C'est vraiment une urgence gériatrique, ce syndrome de désadaptation psychomotrice.

Quand on est devant un sujet chuteur qui arrive par les urgences, il va y passer 48 heures, et ce n'est pas forcément le meilleur moment de sa vie quand il reste dans les couloirs des urgences sur des brancards, mais c'est la période où l'on fait un certain nombre de choses pour faire le diagnostic et pour essayer de le conditionner pour la prise en charge ultérieure. Dans les suites, quelquefois il passe en

chirurgie car il faut opérer, mais il est toujours immobilisé. Il y a plus de monde autour de lui mais il est toujours au fond d'un lit, avec toutes les complications possibles de l'immobilisation : les escarres, la maladie tromboembolique, les problèmes infectieux, les problèmes de rétention, la douleur, le fait d'avoir une désadaptation physiologique sur un certain nombre d'organes qui vont rendre la verticalisation plus compliquée, des tas d'ennuis.

Dans les suites, avec un peu de chance il va pouvoir entrer dans un service de soins et de réadaptation pour sa rééducation. Cela va durer environ un mois. Durant ce mois, on va lui apprendre à fonctionner, avec une nouvelle prothèse, lui permettre de retrouver un état antérieur. C'est la filière de prise en charge d'un chuteur d'une chute grave. Donc c'est un moment, une parenthèse qui est plutôt longue dans la vie d'un sujet âgé.

Et si l'on revient à la maison au moment où la chute s'est produite, normalement ce serait bien que le médecin vienne. Ou que lorsque le médecin est là, il puisse s'assurer d'un certain nombre de choses pour commencer à faire le diagnostic. Et si vous êtes soignant, de poser les questions sur comment cela s'est passé, à quel moment, dans quelles circonstances. Faire des gestes que vous avez appris, qui sont des gestes de base : prendre une pression artérielle, regarder comment est la fréquence cardiaque. Quand un médecin ou une équipe médicale arrive, faire le minimum, c'est-à-dire un électrocardiogramme. Quand on a pu mettre debout le malade, qui est quelque chose que l'on doit faire rapidement en dehors des traumatismes cervicaux ou de la colonne, remettre debout un malade c'est la meilleure façon de savoir s'il peut marcher ou pas. Et donc regarder la nécessité de l'hospitalisation ou pas, et les facteurs qui peuvent avoir contribué à cette chute. Regarder l'ordonnance, savoir s'il y a des menaces particulières par rapport à cette chute, avec les risques hémorragiques par exemple. Et puis, si les sujets sont restés longtemps par terre, considérer a priori que c'est une urgence gériatrique et que l'on ne peut

pas en rester là. Cette personne devra de toute façon avoir un bilan de manière à vérifier qu'il n'y a pas des problèmes graves qui peuvent se mettre en place, et que derrière il ne va pas développer ce que l'on a appelé tout à l'heure un syndrome de régression psychomotrice aiguë, car le fait de tomber, d'avoir des antécédents de chute, de ne pas pouvoir se relever et de rester longtemps par terre sont des facteurs qui contribuent à ce syndrome de régression psychomotrice aiguë.

Donc, quand ces malades arrivent aux urgences, on essaye de les lever. C'est dans les recommandations. Aujourd'hui, avec les gériatres, pour essayer de mieux prendre en charge tous les chuteurs qui transitent par les services d'urgence, la réflexion est en cours sur comment on doit les prendre en charge, entre ceux qui n'ont pas véritablement de complications, ni de contexte déclencheur, ni de facteurs de risque et ceux qui justifient d'être hospitalisé. Certains sont renvoyés vers leur médecin traitant pour être revus à distance afin de voir comment les choses se passent et ce qu'il faut envisager pour ces patients.

S'il y a des facteurs de risque, si l'individu est trop sévère, ne peut pas se relever ou n'a pas d'entourage à la maison, alors il y a une indication de mieux évaluer la situation avant de le faire rentrer chez lui. Dans cette configuration-là, on va s'aider des équipes mobiles de gériatrie qui interviennent dans les services d'urgence pour aider à une décision qui soit raisonnable par rapport au retour à la maison.

Quand il y a des complications, quand il y a un contexte déclencheur, que l'on a une pathologie, on est hospitalisé dans un service, on gère ces problèmes et on fait de l'évaluation éventuellement durant le séjour hospitalier.

Quand ces malades arrivent, le problème du gériatre est de savoir à qui il a affaire. Si vous êtes un sujet âgé robuste -ce qui est le cas à Annecy (*Rires*)- qui ne sait pas qu'il prend des risques inconsidérés, il va tomber dans les activités de loisirs. On ne lui a pas dit que c'était un senior et qu'il était en train de se fragiliser... Ce

sujet-là est particulier. Ce n'est pas le même métier de le revoir aux urgences, parce qu'il est tombé encore, qu'il est un sujet âgé avec plusieurs pathologies, qui chute parce qu'il est devenu en fait trop malade pour tenir debout. Celui-là est tellement malade qu'il ne peut même pas assurer le quotidien, le basique. On est face à ces deux extrêmes. Vous voyez le grand écart que cela oblige.

Et au milieu, on a Monsieur tout-le-monde, vous et moi, je l'espère en tout cas. Le sujet âgé qui est fragile quelque part, vieillissement usuel, qui chute parce qu'il est devenu trop instable à la marche dans les activités de la vie quotidienne. Il sent bien qu'il a des troubles de l'équilibre, mais il ne s'en occupe pas, il attend de tomber pour s'en occuper. Celui-là, on l'a autour de nous, et c'est un sujet qui doit être pris en charge.

Pourquoi tombe-t-il ce vieux-là ? Parce qu'il est vieux. Et que quand vous êtes vieux, cela marche forcément moins bien. Il y a des tas de choses qui marchent moins bien. Cela permet de vivre mais moins bien. C'est une espèce de banalité que je vous dis là, mais parfois on a un peu oublié qu'on est un peu moins bien. Cela touche les systèmes nerveux central et périphérique, les afférences sensorielles : les yeux, cela touche la charpente : les muscles et les os. Tout est un peu moins bien.

Et il y a des organes qui prennent une importance capitale : un vieux, il faut qu'il ait le moins possible de troubles de l'attention et qu'il soit bon pied bon œil. C'est le vieux parfait. (*Rires*). C'est-à-dire qu'il n'a pas une cataracte qui a complètement obscurci la vue, il n'a pas de glaucome, il n'a pas la DMLA, il s'en est occupé avant. Ses pieds, ce n'est pas une catastrophe ambulante, ils ne sont pas plats, avec les orteils qui partent dans tous les sens, en plus avec des chaussures mal adaptées. Il a un vestibule, cet organe très particulier derrière l'oreille interne, qui dans le sens antéropostérieur, dans le sens latéral et dans le sens axial, admet l'enregistrement de ses rotations successives et permet d'ajuster les pas en fonction de ses mouvements.

Ce labyrinthe est un organe fragile, qui peut être mis au repos dans le cadre du vieillissement parce qu'on a une colonne cervicale trop raide, alors il n'est plus assez sollicité dans les mouvements du cou, et à force de ne pas être sollicité, il ne sait plus enregistrer les accélérations, les angulations. Et donc, quand on est en situation d'être surpris par une rotation brusque dans sa cuisine ou dans son atelier cela ne suit pas. Au lieu d'avoir enregistré cette rotation, cela ne suit pas, le pas de côté ne se fait pas et on tombe. Ce vestibule peut être malmené par des traumatismes, des médicaments. Sans compter le cerveau, qui peut être lui-même, sans être malade, un peu plus fragile, notamment dans certaines zones où les processus attentionnels peuvent être un peu moins efficaces. Donc on a plusieurs bonnes raisons d'avoir des difficultés d'équilibre en vieillissant.

On a également de bonnes raisons d'avoir une marche moins efficace, moins cadencée, moins régulière, moins rapide. On marche moins bien. Et donc tout ce qui vient nous contrarier dans la marche peut devenir un facteur de chute supplémentaire, si on ne l'a pas assez entraînée, entretenue, à s'envisager sur tout terrain.

On les voit bien les sujets âgés marcher. Mais avant d'avoir une démarche sénile, que chacun aura repérée et pour laquelle le gériatre a une mission importante de séparer ce qui est du physiologique de ce qui est du pathologique, on a un certain nombre de modifications à différents niveaux qui doivent être envisagés dans le cadre de l'évolution physiologique, et qui sont évidemment beaucoup plus marquées lorsque la pathologie intervient.

Le sujet tombe parce que l'un de ses organes fondamentaux peut être très malade. Si vous avez un Parkinson, au stade du déclin moteur, vous tombez. Vous tombez au début, dans vos activités de loisirs, ensuite dans votre maison, puis cela devient périlleux même de marcher, parce qu'il y a des périodes de blocage où vous êtes moins bien, c'est une maladie, qu'il ne faut pas laisser passer, et dont les premiers symptômes peuvent être en rapport avec des

troubles de l'équilibre et de la marche.

Cela peut être des anomalies des nerfs périphériques dans certaines maladies chroniques, comme le diabète, comme des carences en vitamine, comme les conséquences d'une alcoolisation trop importante.

Cela peut être dans le domaine articulaire, par une limitation d'un certain nombre de fonctions des articulations, notamment celles qui contiennent des mécanorécepteurs qui donnent des informations au cerveau sur la position du segment de membre dans l'espace. C'est au niveau des chevilles, au niveau des hanches, etc., que cela se passe.

Et puis, bien entendu, si vous êtes malade d'une des afférentations essentielles comme la vue, cela va avoir des conséquences immédiates sur votre fonction d'équilibration.

Le sujet tombe aussi parce qu'il prend trop de médicaments. On le dit, mais les médicaments ont bon dos, je le dis à mes étudiants : c'est de la gériatrie pour les nuls, que de considérer que les médicaments sont responsables de tout, c'est trop facile. Mais il est vrai que des médicaments font tomber les sujets âgés, en particulier les psychotropes, les benzodiazépines, des neuroleptiques, mais aussi les anti-hypertenseurs lorsqu'ils sont à des doses trop importantes. Globalement, il faut être très prudent avant d'évoquer la responsabilité des médicaments pour faire le diagnostic d'une chute. Cela se traduit souvent par de l'hypotension orthostatique. C'est un peu plus fin que simplement l'effet myorelaxant ou les troubles de l'attention qui sont liés à ces antidépresseurs tricycliques, à ces neuroleptiques, à ces benzodiazépines. Certains sont meilleurs que d'autres, quelquefois on est obligé de les prescrire, mais quelquefois on peut faire mieux en réduisant l'ordonnance.

Alors la science s'est mobilisée et la grande prêtresse de la question des chutes dans le monde, Mme Maria TINETTI, a fait des études pour montrer quels étaient les facteurs qui contribuaient

effectivement aux risques de chute. Et on va retrouver : le fait d'être tombé antérieurement, le fait d'avoir des troubles de l'équilibre, le fait d'avoir une force musculaire amoindrie au niveau des membres inférieurs, le fait d'avoir des troubles visuels, le fait de prendre trop de médicaments, le fait d'avoir des troubles de la marche, le fait d'être déprimé, le fait d'avoir des étourdissements ou de l'hypotension orthostatique, le fait d'avoir une baisse dans ses capacités fonctionnelles.

Vous voyez que l'âge est un paramètre qui finalement explique peu les chutes. C'est trop facile de dire que c'est lié à l'âge. C'est même irresponsable. Il y a de nombreux sujets âgés qui ne tombent pas, et qui ne seront jamais tombés durant leur vie quasiment. Donc ce n'est pas une fatalité quelque part. Par contre, tous les autres facteurs sont très liés avec cet événement. Ce qui fait tomber les sujets fragiles, malheureusement, c'est souvent un ensemble de choses.

Et puis, quand vous êtes fragile, une pathologie peut vous faire tomber, on l'a vu très récemment avec la grippe. La grippe cette année a fait tomber beaucoup de sujets âgés, qui se sont cassés et qui ne vont jamais s'en remettre de cette grippe. Quand ils en auront guéri, ils seront sortis plus fragilisés et avec un haut risque de chute. On va probablement le constater sur le plan épidémiologique dans les mois qui viennent. Et on sait que quand la maladie est aiguë, elle survient sur un organisme fragilisé. Ce n'est pas toujours facile d'en faire le diagnostic.

Et on tombe aussi parce que l'environnement y met du sien, n'est pas favorable. Y compris lorsqu'on est âgé, qu'on est dans son environnement immédiat, il y a des pièges dans toutes les pièces, avec des sols qui sont glissants, qui peuvent être irréguliers, avec des tapis qui font barrage, avec du Mr Propre qui, trop concentré, est passé sur les carreaux et fait une fine pellicule, qui pourrait peut-être faire davantage plaisir à des patineurs artistiques qu'à tout autre. (*Rires*). Donc on a des facteurs environnementaux, sans compter l'éclairage, qui

sont de nature à aggraver le risque de chute.

Et ce qui est typique, ce sont les chutes qui surviennent la nuit, où vous avez une conjonction de facteurs qui viennent s'exprimer parce que vous êtes âgé : la chambre est dans le noir. Vous avez envie de faire pipi, comme tous les sujets âgés, homme ou femme, la nycturie. Vous vous levez, vous avez pris votre Temesta avant de vous coucher, mais vous avez changé de traitement. Celui-là est un peu plus fort. Donc cela favorise le relâchement musculaire et donc le risque d'hypotension. Pour un peu, vous êtes connu pour un être un mauvais dormeur, vous aviez pris un Stilnox. Vous avez oublié que vous avez une descente de lit, ce qui est formellement interdit. Votre éclairage est inaccessible, vous vous levez donc dans le noir et vous vous cassez la figure. Scénario que l'on observe toutes les semaines, tous les jours en entrée dans les services de gériatrie aiguë.

Et donc, pour toutes ces raisons, on sait aujourd'hui qu'il y a un certain nombre de choses qu'il faut faire avant que cela n'arrive. Il faut faire une histoire documentée de la chute. Quand les gens tombent, il faut documenter cet événement. C'est valable pour tous les soignants, y compris lorsqu'on les relève à la maison. Savoir comment cela s'est passé. Donner de l'information sur ces chutes, de quoi elles sont faites.

Ensuite, il faut rechercher sans délai l'hypotension orthostatique. Ce n'est pas bien compliqué de prendre une tension couché et une tension debout, à 1 minute, à 2 minutes, à 3 minutes, et regarder si le cœur s'accélère quand vous vous mettez debout. C'est une réalité.

Il faut considérer l'arrêt des benzodiazépines, les Américains sont clairs là-dessus, surtout quand il y en a deux en France, et globalement quand ils ont des demi-vies longues. Chez les sujets âgés, il faut être très prudent avec ces médicaments que l'on donne facilement pour l'anxiété ou pour les troubles du sommeil.

Il faut vérifier rapidement de quoi sont faits ces troubles de l'équilibre et de la marche, sinon cela va recommencer.

Il faut corriger la vue, opérer les cataractes, pas demain, pas après-demain. Avant trois mois, lorsqu'on est tombé, qu'on a une cataracte qui est mûre, il faut l'opérer vite. La prochaine fois, c'est le col du fémur que vous aurez, en plus de la cataracte à opérer.

Il faut évaluer les troubles cognitifs, et là on dit dans un délai de trois mois, car on sait que cela intervient dans la prise de risque, dans les capacités de la fonction d'équilibration, dans la fragilité de la marche.

Et il faut étudier les risques dans l'environnement et les modifications récentes de l'environnement. Cela concerne les uns et les autres, bien au-delà de la médecine.

Il faut aussi faire des programmes d'exercices, parce que cela marche. Nous aurons l'occasion d'en reparler dans la journée.

L'HAS nous a fait de belles recommandations, pour tous les docteurs, élargies aux soignants, donc nous sommes sauvés ! Si tout le monde les lit, si tout le monde les applique, on va faire un bon formidable sur la prise en charge des chuteurs répétés. On ne va pas les revoir, mais on vous dit tout : rechercher les signes de gravité, quand une chute est-elle grave ? On souligne le problème du post-fall syndrome, le syndrome de l'après-chute, et ses conséquences. On souligne le fait qu'une chute, ce n'est pas banal, à partir du moment où vous avez des anticoagulants sur votre ordonnance. Or tous les sujets âgés bientôt auront des anticoagulants sur leur ordonnance au-delà de 80 ans, car ils ont toujours fait au moins une phlébite, une embolie pulmonaire ou sont en arythmie. Donc ces anticoagulants, c'est très fréquent et très embêtant quand on se met à tomber. Et les facteurs d'isolement sociaux et familiaux sont importants à prendre en considération.

Tous les facteurs prédisposant sont tous là. C'est compliqué. Il y en a beaucoup. Et ces facteurs de risque, il faut savoir les rechercher, savoir les identifier, de même que les facteurs qui provoquent la chute, on appelle cela les facteurs précipitant, qui sont à

un instant T quelque chose qui va s'exprimer sur un terrain qui est déjà éventuellement vulnérable. Parmi ces facteurs précipitant, il y a toute la médecine.

Et dans la troisième étape, proposer des interventions capables de prévenir la récurrence des chutes et leurs complications. Et donc proposer, quel que soit l'endroit où l'individu se situe, une intervention dans laquelle systématiquement on va réviser l'ordonnance, on va corriger les facteurs de risque modifiables, on va faire porter de vraies chaussures adaptées à des sujets âgés qui en ont bien besoin, on va faire la promotion d'un certain nombre de choses dont on parlera au cours de la journée, donner de la vitamine D et du calcium parce qu'il y a beaucoup de carence et que la vitamine D, c'est important pour tenir son équilibre et fabriquer un os bien solide. Et on va proposer les bonnes aides techniques, faire accompagner par des professionnels : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, qui vont faire l'apprentissage des aides techniques. On ne va pas acheter un déambulateur en disant au sujet âgé : « Débrouille-toi le ciel t'aidera ! » Cela ne marche jamais. Il faut faire l'apprentissage de ces aides techniques. Et il faut quelquefois traiter le terrain quand les individus sont très fragiles, pour éviter que la prochaine chute se solde par une fracture grave.

Et il y a une place pour les professionnels paramédicaux très importante autour de cette question. Ce sera évoqué cet après-midi.

D'une manière générale, la chute aujourd'hui justifie, tellement c'est important, une structuration de la prise en charge des patients. Cela va de la consultation du médecin traitant qui ne doit plus être étranger à cette affaire-là, ne plus la banaliser, à des consultations spécialisées en fonction du problème pointé comme justifiant une intervention précoce : de l'ophtalmologie, des problèmes rhumatologiques, des problèmes neurologiques, des problèmes éventuellement psychiatriques ou psychologiques dans les conséquences des chutes, et évidemment la place pour le gériatre. Cela peut se faire

aujourd'hui dans des pôles d'évaluation, quelquefois au cours d'une journée d'hospitalisation, on fait le point sur l'ensemble des facteurs qui peuvent être corrigés dans le cadre de la prise en charge des chuteurs. Donc une structuration est en train de se mettre en place autour de cet événement-là pour apporter une réponse utile aux patients.

Et derrière, il y a tout le champ de la prise en charge, de la rééducation plus spécifique, et des groupes qui, en santé publique, doivent être organisés, et c'est la promotion de la santé, dont on parlera tout à l'heure également.

Il y a trois points sur lesquels je voudrais, pour conclure, quelque part insister.

Premier point, c'est faire des visites à domicile. Il faut réaliser des visites à domicile chez les patients chuteurs. Débrouillons-nous, la médecine générale le fait, mais vous savez bien comme moi que tous les médecins praticiens ne font pas forcément systématiquement de la visite à domicile. Or, les événements chute, lorsqu'ils se répètent, doivent justifier une évaluation du domicile. Les équipes de soins à domicile doivent être formées à l'évaluation des risques liés à l'environnement, avec ou sans des ergothérapeutes, avec des outils qui permettent d'identifier les facteurs de risque qui peuvent être immédiatement modifiables. Donc retournons dans les maisons des sujets âgés.

Deuxième point, un nouveau champ est en train de se mettre en place, de nouvelles technologies que l'on doit proposer chez des sujets qui sont à risque, de manière que les conséquences de la chute ne soient pas trop importantes. Il y a des dispositifs qui sont des dispositifs de prévention, et le meilleur exemple est sans doute le chemin lumineux par exemple, qui a connu un développement très important, très intéressant, notamment en Corrèze, sous l'impulsion du Conseil général et de mon ami le Professeur DANTOINE, qui ont fait une très belle étude, qui montre tout le bénéfice que l'on peut attendre d'une solution, qui ne coûte pas cher, quelques euros par mois

d'abonnement, qui intègre la téléalarme, le chemin lumineux, plus le système qui dépiste quand vous êtes par terre en difficulté. Et pour moi, c'est trois francs six sous par rapport au volume que l'on peut servir de prestations aujourd'hui. Et donc il faut y aller, pourquoi attendre ? Dans le Département de la Haute-Savoie, de la Savoie, de l'Isère, cela devrait être la règle aujourd'hui.

Troisième point, dans un autre registre, ce sont les comportements à risque. C'est le champ de l'éducation thérapeutique, qui ne doit pas s'adresser au sujet de 75 ans et plus ou de 80 ans et plus, mais au sexagénaire quand on le met à la retraite, pour ne pas dire les enfants de 4 ans à l'école qui tombent et retombent jusqu'à l'âge de 7 ou 8 ans avant d'avoir quelque part leur équilibre stabilisé vers 21 ans. C'est cela, la physiologie. Ce sont les mêmes. « Mais pourquoi tu sautes comme un cabri, tu vas te faire mal ! ». Tous ces pansements que l'on met sur les genoux, derrière ce sont des prothèses que l'on met sur les hanches à 85 ans. Ce sont les mêmes, sauf qu'ils ont juste dans l'intervalle 80 ans de plus. Donc il y a ce qu'ils sont, les représentations qu'ils ont de leurs capacités, et ce qu'ils peuvent faire. Et l'éducation, c'est aussi travailler sur les comportements à risque.

Je vous ai tout dit. C'est grave, il faut envisager ce problème de manière assez générale. Il y a des pathologies qui sont importantes à prendre en considération parce qu'elles sont souvent à l'origine des chutes : on a besoin d'un rhumatologue, d'un neurologue, d'un ophtalmologiste, quelquefois d'un ORL pour régler son problème. Parfois des gériatres, car ils ont une vision assez globale des problèmes et ils peuvent rendre service, notamment dans le champ de la iatrogénie, dans le champ de la prise en charge globale et des risques liés à l'environnement.

Chaque fois que l'on prend en charge ces malades, c'est volontiers dans un registre pluridisciplinaire, avec une déclinaison à domicile qui doit se structurer car elle est si importante. On ne doit pas dire non aux technologies, au contraire, on doit les faire nôtres. Quant

aux docteurs, dans notre jardin, il y a des recommandations, elles existent, il n'y a plus qu'à les appliquer.

Je vous remercie de votre attention.

(Applaudissements).

Docteur Françoise PICOT.- Merci Pascal pour ce très brillant exposé, un panoramique sans défaut sur les chutes.

□ *La chute : un hasard ? Impacts psychologiques de la chute*

Docteur Françoise PICOT.- Nous allons accueillir le Dr Florence DIBIE-RACOUPEAU, que je remercie d'avoir accepté notre invitation. Comme le disait l'un nos prestigieux voisins genevois, le Professeur JUNOD, voici plus de 40 ans : « Il n'y a pas de gériatrie sans psychiatrie ou sans psychologie ». Il est vrai que les psys sont bien là pour mieux nous aider à comprendre ce qui se joue dans la dernière phase très particulière de la vie.

Florence DIBIE-RACOUPEAU est psychiatre des hôpitaux dans cette grande ville, à l'hôpital Saint-Jean de Dieu à Lyon où, parmi de nombreuses activités, elle a créé un diplôme universitaire de géronto-psychiatrie, qui est très recherché actuellement.

La chute est-elle un hasard ? Florence, tu as aiguisé notre curiosité en nous proposant ce titre, et nous allons tenter de te suivre, sans trébucher.

Docteur Florence DIBIE-RACOUPEAU.- Merci beaucoup.

Je remercie les organisateurs et en particulier Françoise PICOT et Jacques GAUCHER en ce qui me concerne, avec lesquels un long compagnonnage professionnel m'a permis d'être parmi vous aujourd'hui, et j'en suis très heureuse.

J'ai préparé quelque chose sur la chute vue du côté des psys, mais je me disais en arrivant que j'étais obligée de faire un petit détour par l'actualité. Je pense que vous écoutez la radio et hier soir, il

ne vous aura pas échappé qu'il s'est passé quelque chose du côté de nos candidats à la prochaine élection présidentielle : je parle bien évidemment de la chute d'Éva JOLY, qui a défrayé la chronique ! Je ne pouvais pas ne pas en parler, sans doute que le fait d'intervenir aujourd'hui dans le thème que m'a confié Françoise n'y est pas étranger, mais entre ce que j'ai entendu hier soir et ce que j'ai entendu ce matin, je me disais : tout est dit sur la question de la chute dans sa dimension psy, pour faire large, et en tout cas dans son impact psychologique. J'entendais hier soir aux informations le journaliste, a priori non "psy", qui disait (je cite de mémoire) : « *Sans vouloir aller du côté de la psychologie de bazar, on peut quand même se poser la question de cette chute dans le parcours de Mme Éva JOLY à un moment où son score s'effondre dans les sondages, à un moment où Nicolas HULOT le matin même avait dit qu'en quelque sorte il la laisserait tomber, etc.* » (Rires). Ce matin, on est rassurés, tout va bien et comme le dit le Professeur COUTURIER : « *Elle est passée aux urgences, elle est sortie, ça va* », comme heureusement assez souvent. Mais j'entendais encore en venant ce matin, qu'elle avait eu le besoin d'affirmer – dans les suites - que sa détermination par rapport à son engagement politique était intacte et je me demandais si elle aurait fait une telle déclaration dans un autre contexte que celui d'une chute ? Avoir besoin de réaffirmer sa détermination laisse entendre que quelque chose a pu se fragiliser. Et n'est-ce pas la conséquence/impact de sa chute, comme si l'effondrement *physique* de la veille pouvait causer en miroir un effondrement *psychique* sur lequel elle se devait de nous rassurer ?...

Je crois que nous sommes là vraiment dans le vif du sujet, en tout cas de mon sujet, et le Professeur COUTURIER l'a déjà dit tout à l'heure, on est bien d'accord que l'on ne parle pas « d'une chute » mais « de chutes », avec toute une graduation qui va de la chute « accident », chute « événement », jusqu'à la chute « symptôme ». On est donc bien évidemment du côté de la multifactorialité, tant du côté

des causes que du côté de l'expression de la chute, et cette multifactorialité va se retrouver ensuite, autant du côté de la conduite thérapeutique que de la prise en charge globale proposée.

Forcément, je serai redondante avec ce qui a été dit. On a vu que c'est l'un des événements qui impacte le plus la qualité de vie, il faut le garder à l'esprit. Et la chute obligatoirement articule autour de la question de son approche, deux manières de penser : le corps fonctionnel, celui où les symptômes s'organisent en syndromes, constituant des maladies, etc., ce que vient de nous présenter le Professeur COUTURIER. Et une deuxième approche, qui serait plutôt du côté des psys en effet, qui est celle du corps considéré plus seulement comme fonctionnel, mais comme aussi un lieu d'identité, de subjectivité et un lieu d'expression non verbale où les symptômes sont des équivalents langagiers, parlent et disent quelque chose d'une manière éloignée du langage classique, en langage corporel en quelque sorte.

Donc la chute peut avoir une valeur signifiante. Comme le dit Catherine ROOS : « *Une chute peut en cacher une autre, elle est plus qu'un corps qui tombe, elle parle d'autre chose* ». Et elle a un impact sur le vécu subjectif, sur ce que Bernard FROMAGE, à Poitiers, a appelé : « *Le concept de soi* ».

Deux cas de figure :

- La chute peut être la **cause** d'une problématique psychique : c'est parce qu'on est tombé que va exister un impact psychique.
- Mais elle peut être aussi la **conséquence** d'une problématique psychique, et nous essayerons d'approcher aussi cette dimension au cours de cet exposé.

Je vous parlais de la radio, je vais vous parler aussi de la littérature, car il se trouve que là aussi je suis tombée sur deux livres où il me semblait que tout était dit aussi et sans doute mieux que je ne le fais moi-même : le premier extrait vient du livre de Gabriel GARCIA MARQUEZ (L'amour au temps du choléra) où il parle d'un

certain M. ARIZA « *qui montait et descendait les escaliers avec des précautions particulières [...], car il avait toujours pensé que la vieillesse commençait par une première chute sans importance et que la seconde entraînait la mort...* ». M. ARIZA finit évidemment par tomber et G. GARCIA MARQUEZ constate alors : « *L'immobilité forcée, la conviction de jour en jour plus lucide de la fugacité du temps, tout lui prouvait que ses craintes au moment de sa chute avaient été justifiées et plus tragiques qu'il ne l'avait prévu. Pour la première fois, il pensait de façon rationnelle à la réalité de la mort* ».

L'autre ouvrage est d'Eugène IONESCO, qui –après des pièces de théâtre- a écrit sur la fin de sa vie *La Quête intermittente*, sorte de testament sur la question de la vieillesse et de l'approche de la mort. Lui aussi y décrit une chute, en termes catastrophiques : « *Ce sont ces derniers jours qui m'ont traumatisé, qui ont été la révélation d'une odieuse, affreuse, implacable vérité. Dire qu'il y a encore très peu de temps, à plus de 75 ans, j'étais jeune, mais j'ai sombré psychologiquement et physiquement et soudainement dans la vieillesse. À 75 ans, je « parlais » de la vieillesse. Maintenant, suis-je la vieillesse ?* »

Voilà une façon assez vigoureuse de parler de l'impact psychique des chutes, mais pas seulement : y sont aussi présentes les questions de la mort, de la vieillesse, de l'avancée en âge.

L'impact psychologique de la chute n'est pas l'apanage du sujet vieillissant, mais chez lui, la chute peut devenir une sorte de "double peine", de double traumatisme physique et psychologique, préfigurant la mort et la dépendance sur un terrain de fragilités multiples.

Pour revenir à la question de l'approche psychique, vous connaissez tous la définition de l'OMS : « *La chute est un événement faisant tomber une personne à terre contre sa volonté* ». Les éléments soulignés sont trois points sur lesquels je voudrais revenir.

L'événement : la chute est en général brutale, inattendue et

fait vivre quelque chose de l'effraction, du côté physique bien sûr, mais tout autant psychologique et psychique.

Le fait de tomber renvoie à l'annulation ou la fragilisation d'une des premières conquêtes du petit d'homme : la station debout, la verticalité. Si cette verticalité, qui fonde quelque chose d'une assise solide, devient précaire, forcément cela va avoir des conséquences psychiques qui vont rebalayer peut-être jusqu'à très loin en arrière, jusqu'à comment on s'est soi-même mis debout au début de sa vie et comment on est devenu autonome, autonomie que la chute peut remettre en question ?

Contre sa volonté : anticiper, c'est pouvoir prévoir, c'est orienter sa vie selon certains axes. À partir du moment où on n'est plus dans cette anticipation parce que quelque chose vient nous faucher brutalement, on est dans une sorte de passivation. Et la passivité obligée, psychiquement subie, est quelque chose de difficile.

Donc se profile, là, la question du traumatisme psychique, avec l'inattendu, l'imprévisible et l'incontrôlable de l'événement ou accident-chute, et le tout dans un contexte lui-même déjà fragilisé ou déstabilisé par la crise du vieillissement ou l'avancée en âge.

Peut-être faut-il revenir sur la définition du traumatisme psychique, avec la question de l'effraction psychique que provoque toute chute : c'est ce qui fait "trauma", surtout quand cela survient sur un appareil psychique insuffisamment préparé ou trop fragile pour pouvoir intégrer sans dommage ce qui se passe. Quelque chose arrive donc qui ne va pas pouvoir être traité psychiquement, et peut redoubler un autre événement du même registre survenu bien antérieurement, remisé quelque part très loin dans le psychisme, en quelque sorte enkysté, mais qui restera éternellement comme une trace sensible. Dans toute histoire de vie, fut-elle banale, il existe de tels points de fixation traumatique que réactive le nouveau traumatisme (la chute par exemple) et cela peut faire revivre ce qui était resté jusqu'à présent silencieux,

enkysté quelque part, et ouvrir alors comme une boîte de pandore. Dans cette reviviscence traumatique peut survenir une réaction psychique disproportionnée parce que se revisitent des traces de traumatismes psychiques anciens non traités et que tout explose à cette occasion.

On voit que toutes ces questions-là vont forcément impacter la question de l'approche soignante de la chute, et qu'il ne va peut-être pas seulement suffire de prendre l'événement chute actuel, mais de pouvoir aussi le replacer dans un ensemble, dans l'ensemble d'une histoire de vie avec ses moments compliqués, qu'on prendra la peine de connaître.

Tout à l'heure il était dit qu'il fallait forcément, quand on parle de la question de la chute, aborder la question de l'environnement au sens large.

De ce fait, je reste du côté de mes approches littéraires, en rappelant que nous sommes des êtres de langage, dans un environnement socioculturel où les mots ont un sens, et vous n'êtes pas sans savoir que le mot chute s'enracine dans un vaste champ sémantique, dont la liste n'est pas exhaustive... Ce qui est intéressant à noter, c'est que dans tous les sens attribués au vocable « chute », apparaît en filigrane la notion de rupture, qui renvoie à celle du traumatisme. Ce sont aussi les risques d'effondrement d'une image de soi, la question de la honte et de ce que les psychiatres qualifient de « narcissisme » qui sont en question. Et aussi cette dimension de clôture, de dénouement : la chute d'une histoire, la chute d'une phrase, et cette notion de fin de partie qui renvoie à la question de la mort...

L'environnement humain du sujet chuteur est aussi à prendre en compte, qu'il soit familial ou professionnel et que n'épargnera pas l'impact traumatique de la chute. Il y aura un avant et un après la chute, comme pour la personne chuteuse. Pour l'entourage, se redoublent à cette occasion les questions (souvent déjà posées) de la vieillesse, la dépendance et la mort à venir... lesquelles risquent de

provoquer d'éventuelles contre-attitudes, avec lesquelles il faudra composer.

Concernant l'impact psychique des chutes, un certain nombre de mécanismes psychologiques viennent d'être considérés, qu'il convient maintenant d'organiser autour de grands concepts psychopathologiques :

Celui du traumatisme psychique : nous l'avons vu

Ceux du narcissisme et du concept de soi. Je me permets à cet égard encore une citation de l'article de Catherine ROOS intitulé « Une chute peut en cacher une autre » : « *Fracturante ou non dans le corps, la chute effracte toujours la psyché et sans doute de façon différente selon l'âge. Un corps qui tombe, c'est toujours un être touché dans son narcissisme, avec le rappel de la dépendance, des limites de la fragilité corporelle, la mort toujours possible, l'impuissance et la petitesse : n'être que cela. La chute suscite la honte, l'image de soi se déchire brutalement, le corps que révèle la chute est celui des limites, avec rappel de la mortalité d'un corps périssable travaillé par le temps qui passe* ». Et encore : « *L'accident chute résonne profondément dans le psychisme et peut effondrer le sujet, au-delà de ce que l'impact physique aurait pu laisser supposer. S'expriment la passivité et la non-préparation face à cet accident qui revêt les caractéristiques du traumatisme* ».

Autre concept psychopathologique : la chute fait psychiquement souffrir, on l'a vu. Or, de tout ce qui fait psychiquement souffrir, l'on essaye de se défendre, à moins d'être vraiment masochiste : s'érigent à cet égard des défenses psychiques plus ou moins élaborées, avec lesquelles toute tentative de soin devra ultérieurement composer.

Autre concept, celui de la dimension psychosomatique de la chute, qui renvoie à la notion de "dépression essentielle" développée par le chef de file de l'École française de psychosomatique, P. MARTY.

Une dépression essentielle, c'est une dépression qui renvoie à une personnalité particulière qui ne peut ni mentaliser ni verbaliser et dont l'expression dépressive passera exclusivement par le corps, par le langage corporel, dont la chute éventuellement...

On peut interroger encore –à travers la chute - la description des troubles somatoformes ou médicalement inexplicables ?

Et cela amène au dernier concept, celui de la psychopathologie, voire de la psychiatrie, avec la question d'une dépression qui ne se nommerait pas et se cacherait derrière un symptôme physique. Cette dépression "essentielle" peut aller jusqu'à des équivalents suicidaires : c'est ainsi que certains ont pu qualifier la chute de "petite mort".

Et reste évidemment, la manifestation – via la chute - de troubles plus névrotiques, de type hypocondriaque ou hystérique.

Quelle expérience psychique fait vivre la chute :

- Pour l'individu concerné : Si la chute se considère comme un traumatisme, on retrouve du côté de celui qui le vit, les vécus d'effraction psychique et de rupture temporelle déjà évoqués, ainsi que l'émergence concomitante de défenses psychiques pour s'en protéger, dont la principale est du côté du déni. Pascal COUTURIER en parlait en évoquant la question de ces âgés qui ne veulent pas reconnaître qu'ils sont devenus vieux et continuent à faire comme si de rien n'était, dans le déni de la limitation imposée à leur corps par l'âge.

Une autre forme de défense consiste dans la rationalisation, comme ces patients que l'on a tous rencontrés, qui disent : « *Ce n'est rien* », sans nier totalement qu'il se soit passé quelque chose (comme dans le déni), mais en donnant tout un tas de raisons dont on sent bien qu'elles ne parlent pas tout à fait de ce dont il est vraiment question.

D'autres défenses consistent dans un basculement psychosomatique, c'est-à-dire de quelque chose qui va se dire à travers le corps. On l'a déjà évoqué.

- Du côté de l'entourage, la chute peut se vivre aussi comme un traumatisme, ce qui fera aussi parler d'un avant et d'un après la chute. La chute peut être une des raisons, on l'a vu, de l'entrée en institution. De la même manière que la chute fait crise chez l'âgé, venant redoubler sa crise du vieillir, cela provoque aussi une crise au niveau familial. Et quand on parle de la crise familiale, il est intéressant de reprendre ce que P. CHARAZAC décrit comme une crise à la fois **de** et **dans** la famille. Crise dans la famille veut dire crise chez le fils, chez la fille, etc. à un niveau individuel dont ils vont vous parler à partir d'un vécu singulier. Mais ils sont aussi membres d'une famille, d'un "groupe famille" qui est quelque chose de plus archaïque et, et qui aura ses propres règles internes groupales : ce qui s'échangeait par exemple avec la fille du patient chuteur quand elle parle en son propre nom peut être très différent de ce qui va se dire **en** famille, et la lecture de l'événement-chute et de ses conséquences peut être alors bien différente. Ce sont vraiment des dimensions importantes à avoir à l'esprit autour des réponses à apporter à la question de la chute.

De la même manière que la chute traumatique fait émerger des défenses psychiques chez l'individu, il y en aura aussi dans la famille, donc il importe de le savoir et le prendre en compte. Idem chez les professionnels, pour lesquels la question de la chute de quelqu'un dont on s'occupe par ailleurs, même si c'est avec une certaine distance professionnelle, ne laisse pas indemne d'éventuelles contre-attitudes.

La question de la chute redouble la crise du vieillissement, on l'a vu et amène à la question de l'angoisse de mort pour la personne concernée, comme pour l'entourage, en générant d'éventuelles modalités de défenses et des contre-attitudes.

La chute, blessure narcissique, comme je vous l'ai dit tout à l'heure en reprenant les mots de Catherine ROOS, vient blesser quelque chose du côté du subjectif et de l'image de soi. Il en va de même du côté de la famille ou de l'entourage professionnel, il y a

quelque chose d'un effondrement de l'image du parent, où peut se profiler le début d'inversion des rôles : « *Depuis que maman est tombée, ça n'est plus la même chose, c'est moi qui dois prendre les initiatives, etc.* », tout ce que vous connaissez bien au quotidien...

Avec la question du syndrome post-chute évoquée antérieurement, c'est bien sûr l'irruption de l'inquiétude, voire de l'angoisse, avec cette peur, qui peut devenir omniprésente, et qui apparaîtra d'autant plus qu'après la chute, la personne n'aura pas pu se relever seule : se posent alors toutes les questions de l'autonomie, de la dépendance et d'autres plus éthiques comme la question du droit au risque, puisque l'entourage peut devenir surprotecteur, autoritaire « *Je décide à la place de..., c'est pour son bien...* » avec le risque de conflits, de surgissement d'agressivité, et tout ce qui peut s'engrener dans une sorte de cercle vicieux.

Et si l'on aborde les conséquences psychiques de l'événement chute chez l'individu considéré au cœur de son entourage personnel ou professionnel, on constate que vont se jouer des interactions qui vont venir encore complexifier les choses, selon le niveau :

- du côté du sujet, interviendra peut-être la question des bénéfices secondaires, avec une prise de contrôle sur l'entourage : « *Je chute, donc je les intéresse, donc ils viennent plus me voir, etc.* ». La question d'un statut de quasi-invalides peut devenir un enjeu de pouvoir, sans parler de manifestations ostentatoires qui peuvent aller jusqu'à évoquer de véritables symptômes hystériques. Dernier bénéfice secondaire de la chute, surtout dans un service de gérontopsychiatrie, mais aussi parfois pour accepter l'entrée en EHPAD, se rencontre le scénario psychique suivant (parfois largement inconscient) : « *Je chute, je me blesse, et il faut bien s'occuper de moi, mais cela devient acceptable à partir du moment où il sera plutôt dit que je suis blessé dans mon corps, que psychologiquement ou cognitivement dysfonctionnel...* »

Il conviendra, dans l'approche thérapeutique de la personne chuteuse, de repérer ce qu'il en est de certains bénéfiques secondaires, pour les appréhender comme tels et les encourager comme des outils possibles du soin, plutôt qu'en les contrant brutalement au risque de renforcer le symptôme.

- Pour l'entourage, je vous ai assez parlé de la question des défenses, voire des contre-attitudes, pour que s'aborde aussi la question d'éventuelles conduites maltraitantes qui peuvent se profiler devant le symptôme « chute ».

Reste la question des déterminants psychiques de la chute, ou de quand la chute vient parler d'autre chose ? J'ai aperçu Bernadette BETEND dans la salle qui a été l'une des premières à écrire sur ce thème où les écrits sont rares. Je citerai aussi, puisque je travaille à Saint-Jean de Dieu, la thèse de psychiatrie de Philippe SEFFERT en 1987 reprise en 2001 par Jean-Pierre VIGNAT dans un article de la revue NPG. Sur une population de patients chuteurs versus non chuteurs dans un service de géro-psycho-geriatrie, il note une incidence croisée significative entre chute et syndrome dépressif : il en conclut que la chute peut se considérer comme un équivalent dépressif marqué à travers le corps. L'autre constat était aussi que souvent existait une interruption de la filiation par une interruption généalogique réelle : se retrouvait en effet dans 25 % ou 30 % des histoires de patients chuteurs, le décès d'un enfant avec quelque chose d'une filiation et d'une transmission interrompues. Cette étude ne relève sans doute pas des critères actuels de « niveaux de preuve » exigés en médecine mais ouvre bien sur la manière dont on peut aborder ces questions.

Quoi qu'il en soit, autant pour SEFFERT que VIGNAT, la chute met toujours en cause l'histoire familiale et donc les expériences antérieures de perte et de séparation, et de comment elles ont été traversées, comment elles vont se revisiter au moment de l'avancée en âge. Ce qui explique d'ailleurs au passage que nombre de nos patients peuvent aussi faire une chute la veille de leur départ de l'hôpital et de

leur entrée en institution par exemple. On voit bien comme la chute met en cause la dialectique entre dépendance et indépendance.

Si on va du côté d'hypothèses de compréhension psychodynamiques, on a bien compris que la chute pouvait avoir une véritable valeur communicationnelle, qu'elle pouvait être l'expression d'une demande non verbalisée, qu'elle pouvait exprimer un mal-être lié à des modifications passées ou à venir du milieu -notamment familial et existentiel - et qu'elle venait en lieu et place de quelque chose d'incommunicable autrement. Et qu'ainsi peut s'esquisser une typologie des chutes, décrite par certains auteurs comme « chute agressivité », « chute appel », « chute symptôme, défense, etc. », je vous renvoie à la littérature sur ces questions.

Et pour poursuivre dans la compréhension psychodynamique, la chute peut être la conséquence d'un refus de vieillir avec une prise de risque exagérée. Elle peut être l'expression d'une perte d'étayage, au sens littéral du terme : quand on tombe, c'est que l'on n'est plus étayé physiquement, mais ni psychiquement : d'autant si se cumulent des événements existentiels réactualisant et réactivant des problématiques de séparation et d'abandon...

On voit que cela renvoie à la composante psychosomatique déjà évoquée, avec cette espèce de mouvement narcissique régressif que décrivent les « psychistes » au moment de l'avancée en âge : quand le corps, qui fonde l'identité, n'est plus fiable et devient même fondamentalement insécurisant, s'amorce un mouvement protecteur de repli sur soi comme un retour aux valeurs sûres de l'enfance. À l'occasion de ce mouvement narcissique régressif qui fait retour au corps fragile de l'enfant, la dépression liée à l'avancée en âge se corporéise : c'est toute la question de l'expression corporelle de la dépression chez l'agé (décrite par P. CHARAZAC), dont la chute peut être un des symptômes.

Enfin, dans les hypothèses de compréhension des chutes (des chutes à répétition en particulier), on en arrive au registre

psychiatrique qui va des troubles de la personnalité antérieurs jusqu'à lors à peu près compensés aux grands syndromes psychiatriques, tels que l'hypocondrie et l'hystérie, etc.

Pour finir, j'en arrive à la question de la prise en soin, en rappelant la définition multifactorielle de la chute. Comme le Professeur COUTURIER, j'en réfère aux recommandations de l'HAS : « *La chute est une maladie gériatrique multifactorielle dont les conséquences sont dramatiques sur la qualité de vie. Ce sont donc des interventions multifactorielles qu'il faudra proposer en face, associant plusieurs axes de prise en charge, qui offriront la meilleure efficacité* ». Ce qui veut dire qu'il faudra s'attacher à mobiliser plusieurs professionnels de façon concertée et articulée, s'attacher aussi à favoriser chez l'âge l'expression du vécu de la chute pour à nouveau resolliciter son intérêt par rapport à sa pensée, à ce qu'il vit psychologiquement, plutôt que de le laisser s'exprimer par des actes.

La prise en compte du vécu de la chute et du terrain psychique individuel et familial est très importante : « *Prendre en considération l'impact de la chute, tant physique que psychologique, c'est déjà aider à se relever* », dit une psychomotricienne, ajoutant que toute prise en soin face à la chute doit prendre en compte en comprenant : « *prendre et comprendre* ».

Approche thérapeutique globale, bien sûr, on l'a dit largement, avec prise en compte sans les séparer tant du psychique que du physique. Prise en charge multidisciplinaire, multi-professionnelle avec plusieurs corps de métiers engagés, avec cette question d'un véritable langage partagé, au-delà de nos formations et de nos raisonnements différents, en lien avec nos propres identités professionnelles, où l'attitude d'un soignant va se moduler par rapport à celle d'un autre et va permettre d'évaluer la question des interactions pour les faire à nouveau jouer harmonieusement au lieu de se contrarier...

On voit donc, et ce n'est peut-être pas inutile de le répéter

bien que ce soit l'évidence, qu'une fois de plus cela reparle de l'importance de la formation des professionnels.

Donc la chute est bien située au carrefour du somatique et du psychique, de l'individuel et du familial. Elle a toujours une histoire, au-delà de l'individu lui-même, qui met en scène sa famille, son environnement, ce qui devrait donc dans un idéal (pas toujours atteint mais quelquefois on s'en approche) associer autour de sa prise en charge, autant les somaticiens que les psychistes.

Je vous remercie de votre attention.

(Applaudissements).

Docteur Françoise PICOT.- Merci beaucoup, Florence. Tu as su rendre très intelligibles des concepts extrêmement élaborés, et en t'écoutant, notamment à la fin, je pensais à tout ce manque que nous avons pour la prise en charge correcte des chuteurs sur le plan psychologique.

BIBLIOGRAPHIE

- F. DIBIÉ RACOUPEAU, V. CHAVANE, JP CLÉMENT, JP VIGNAT, L. FABRE, *La pathologie conversive chez la personne âgée - Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 2007, Volume 5, Numéro 4, déc 2007, pp 295-303
- B. FROMAGE, *Impact de la chute sur le concept de soi du sujet âgé*, Synapse, décembre 2003, n° 200, pp 15-19
- C. ROOS, *Des chutes en abîme, une chute en cache une autre...*, Champ Psychosomatique, 2008/1-n° 49, pp 95-112
- P. SEFFERT, *La chute de la personne âgée a-t-elle un sens ?*, Thèse de médecine, Université C. Bernard Lyon 1, 1987
- JP VIGNAT, *Aspects psychiques de la chute*, NPG-Année 1 – Octobre 2001, pp 12-16
- C. VIGOUROUX, *Ma chute m'a foutu en l'air*, <http://visage.sante-ra.fr>

Caractéristiques des chutes, de l'éducation pour la

Santé à l'éducation thérapeutique : expérience en centre d'examens de santé.

Docteur Françoise PICOT.- Nous accueillons le Professeur Bruno FANTINO, auquel je présente toutes mes excuses, car nous ne lui avons pas donné tous ses titres et j'en suis marrie. Je n'ose pas trop continuer à vous présenter, j'ai peur de faire encore des erreurs, je vais donc vous laisser le faire.

Ce que j'ai retenu et ce qui m'a vivement intéressée dans tous les travaux que vous avez pu faire jusqu'à maintenant, c'est tout l'aspect préventif de la chute que vous avez exercé, tant au CHU d'Angers, où vous travaillez avec quelqu'un que nous sommes plusieurs à la tribune à bien connaître, le Pr Olivier BOCHE, et d'autre part vous travaillez au centre d'examens de santé de la CPAM de Lyon, et je pense que c'est dans ce cadre-là que vous avez eu l'idée de vous pencher sur la prévention des chutes.

Docteur Bruno FANTINO.- Je vous remercie de cette introduction.

Je voudrais remercier également les organisateurs, et en particulier Mme Nicole GUILLEMOT et Mme Françoise PICOT, d'avoir fait en sorte aujourd'hui que la santé publique et l'assurance-maladie finalement investissent le champ du vieillissement. Ce n'est pas très fréquent, mais cela arrive, et est à l'origine de ce que vous avez cité le Pr Olivier BOCHET. Cela fait une dizaine d'années que nous travaillons ensemble, et nous avons monté dans le cadre de la loi de réforme des universités, une chaire qui s'appelle : *Santé des aînés dans la société*. Cela a été très compliqué, car rien n'est simple en France. Cette chaire en fait est portée par l'École nationale de Sécurité sociale, par le CHU d'Angers, l'Université Lyon I, et il était temps que sur le champ du vieillissement on quitte un peu le « bio-médico-centré », pour faire la place aux épidémiologistes, aux psychiatres, aux spécialistes de l'éthique, aux économistes. Vous le savez comme moi, le problème du vieillissement est devant nous, les chiffres nous le montrent avec

1,4 million de personnes dépendantes à l'horizon 2040. Les effectifs des plus de 60 ans avec, sur le plan économique, le poids énorme des affections de longue durée, dont 2/3 sont représentées par les personnes de cette tranche d'âge : 9 millions sont en affection longue durée avec pour causes les poly-pathologies des sujets vieillissants. Tout cela fait qu'effectivement, il était temps que l'on introduise la santé publique sur le champ du vieillissement.

Je vais vous raconter une histoire, qui est celle des centres d'examens de santé de l'assurance-maladie de Lyon : l'assurance-maladie ayant naturellement à se positionner sur le champ du vieillissement, avec l'instrument dont elle dispose, qui est un très bel outil de santé publique : le réseau des centres d'examen de santé, avec en France une centaine de structures qui réalisent environ 650 000 examens périodiques de santé chaque année.

La problématique de l'assurance-maladie se résume à ceci : comment faire pour sortir, quand on promet la qualité des soins, d'une espèce d'enfermement où l'on prônerait quelque chose pour les autres que l'on ne s'appliquerait pas à soi-même ? Les examens périodiques de santé ne sont plus le fameux check-up que l'on faisait à la jeune femme de 28 ans comme à l'adulte de 35 ans, ou à la personne âgée de 72 ans. Ce n'est plus cela. Et la problématique que nous avons eue à résoudre est : comment être pertinent, comment être logique et comment proposer un examen périodique de santé adapté aux risques populationnels ? Un des risques populationnels, quand on a plus de 60 ans, c'est la chute. Mais cela peut être aussi le problème de la carence vitaminique D, qui est quasi systématique et qui croît avec l'âge. Cela peut être le repérage des troubles cognitifs de façon extrêmement précoce. Cela peut être, on vient de le mettre en œuvre au centre de Lyon, le dépistage de la DMLA par rétinographie non mydriatique. Cela peut être plein d'autres choses.

Définir un contenu d'examen périodique de santé qui soit de qualité, qui corresponde aux risques des populations que nous

rencontrons, qui soit qualitatif et non pas quantitatif et au-delà de cet examen périodique, promouvoir le bien vieillir et proposer une intervention, c'est ce que nous avons fait dans le cadre de la prévention des chutes.

Proposer une intervention, c'est bien. Être sûr que cette intervention est efficace et qu'elle est coût efficace, qu'elle est efficiente constitue une autre approche.

Aussi parlons des ateliers dits « ateliers prévention des chutes ». À ma connaissance, sauf un peu du côté des Québécois que je fréquente régulièrement, l'évaluation de ces interventions n'a toujours pas été réalisée. Et ce qui nous intéressait, puisqu'il y a de l'argent, en particulier de l'assurance-maladie qui est dépensé sur ces interventions, c'est ce qu'il en reste pour les individus. Les questions sont simples : est-ce que l'intervention diminue réellement la fréquence des chutes ? Est-ce que les comportements à l'issue de ces ateliers se sont modifiés, en particulier les comportements à risque de ces vieux jeunes ou jeunes vieux, qui n'ont pas toujours intégré qu'ils avaient des horizons un peu plus réduits que lorsqu'ils avaient 25 ans ? Ce sont les questions que nous nous sommes posées et je vais dans la petite demi-heure qui m'est attribuée, tenter d'y répondre.

Très rapidement, du côté de la santé publique, pourquoi se préoccuper de la chute ? L'épidémiologie a déjà été décrite : 84 % des accidents de la vie courante chez les plus de 65 ans, 1^{ère} cause de mortalité accidentelle ; 450 000 chutes par an dont 2/3 chez les femmes et 1/3 chez les hommes. Prévalence et incidence des chutes qui augmentent avec 4 principaux facteurs : l'âge, l'institutionnalisation, la poly-morbidité, la iatrogénie médicamenteuse qui est un domaine à considérer avec prudence : ne pas incriminer le médicament sans se rappeler que le médicament est aussi fait pour soigner des personnes poly-pathologiques, que l'on est sur la qualité de la prescription et la problématique des fenêtres thérapeutiques.

Les conséquences sont connues, on peut discuter des

chiffres, tout dépend des sources et des définitions. En gros : 9 300 décès par an. 30 % des hospitalisations. 30 à 40 % des entrées en institution dans les 6 mois qui suivent, avec 25 à 30 % de décès dans l'année qui suit. Des fractures et des traumatismes graves dans 10 à 15 % des cas. 50 % des chuteurs qui sont des chuteurs à répétition. Et pour ceux que cela intéresse, tout ne se traduit pas en euros, mais tout de même, le coût moyen d'une chute se situe aux environs de 13 000 euros.

Le cercle vicieux de la chute, on en a déjà un peu parlé. La chute appelle la chute, la peur de chuter, le trouble de l'équilibre, la restriction d'activité, la désadaptation, l'oubli des automatismes et la possibilité d'entrer dans ce cercle vicieux des chutes à répétition.

La chute de la personne âgée apparaît effectivement comme une problématique de santé publique : un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile chutent chaque année, et la moitié des plus de 85 ans. 78 à 80 % des chutes ont lieu à domicile. Plus de la moitié des personnes chuteuses récidivent dans l'année. La chute, un phénomène multifactoriel : dans une revue de littérature l'on a trouvé plus de 400 facteurs de risques potentiels sur la chute. C'est dire la complexité du phénomène.

Les conséquences sont nombreuses et polymorphes, avec à la clé la possibilité d'un processus de dépendance et de perte d'autonomie, un taux de placement en institution élevé, avec les conséquences économiques que cela représente et le nombre des décès déjà évoqué.

Une longévité accrue, un enjeu socio-économique et bien sûr des stratégies de prévention efficaces mais qui restent tout de même à évaluer. En tout cas on peut déjà se diriger vers l'évaluation du risque de chute grâce à un score prédictif du risque de chute.

Un phénomène multifactoriel, cela a été dit. Les facteurs sont liés soit à la personne avec les troubles de l'équilibre et de la marche, les pathologies chroniques, les pathologies aiguës qui

surviennent au décours du parcours.

Les facteurs liés à l'environnement, avec les dangers du domicile et de l'environnement extérieur.

Les facteurs liés au comportement, avec le rôle de la prescription médicamenteuse et de son suivi. Les activités quotidiennes et la prise de risque. La peur de chuter, dont on verra que c'est un facteur extrêmement important. La sédentarité. La dénutrition chronique. Et une chose que l'on n'a pas encore évoquée, qui est la consommation excessive d'alcool.

J'en viens à l'historique de notre action dans les centres d'exams de santé au niveau d'une région. On a commencé à se poser les questions que je viens de vous citer à partir d'octobre 2005. Il devenait vraiment urgent de faire autre chose que l'examen périodique de santé « standard » à toute personne de plus de 65 ans qui venait consulter chez nous. La Semaine Bleue a permis, avec différents partenaires, de moduler, d'introduire dans l'examen périodique de santé, des choses extrêmement simples, comme des tests de marche, comme l'examen de la voûte plantaire, comme le conseil sur les chaussures que portent les personnes, comme le recueil d'antécédents, etc. On est parti de très loin, puisque l'on ne faisait rien auparavant, et on a commencé dans le cadre de cette Semaine Bleue.

Il y a eu ensuite ce que nous appelons les « 1 066 » patients recrutés, d'octobre 2006 à décembre 2006, les résultats de ce travail s'inscrivent dans une recherche-action. Cet outil très intéressant peut se situer entre la recherche fondamentale et la recherche clinique, Avec un protocole, des instruments, une rigueur scientifique, les accords réglementaires, une analyse des informations, des objectifs principaux et secondaires, voilà toute une série de paramètres que l'on retrouve dans la recherche classique, qui vont faire que l'on va pouvoir revisiter sa pratique.

Quand on fait par exemple de l'évaluation de sa propre pratique professionnelle pour la modifier, peut être le faites-vous, sans

le savoir, vous êtes en tout cas dans le cadre conceptuel de la recherche-action.

L'extension au réseau IV des CES en juin 2008 : nous avons étendu ce que nous avons fait à Lyon à l'ensemble des centres de la région.

En octobre 2006, mise en place d'une étude dite PCPA, cette fois-ci avec la volonté nationale de développer quelque chose de prospectif et de déterminer un score clinique prédictif des chutes pour les plus de 70 ans dans 8 centres d'examen de santé.

La consultation spécifique s'est étoffée petit à petit. Sur Lyon, mettre en place une consultation spécifique, cela veut dire anticiper en termes de compétences. Je ne dis pas que pour faire de la gériatrie ou être sur le champ du vieillissement, il faut être systématiquement détenteur d'une capacité mais cinq médecins grâce à la formation ont pu ainsi légitimer leur positionnement nouveau, sur une consultation nouvelle, avec un contenu d'examen nouveau. À la clé, il y a la validation d'un examen périodique senior, qui sera labellisé par la Haute autorité de santé en décembre 2012.

En 2007, création d'une réunion d'information collective sur les risques de chute, avec mise en place d'ateliers de prévention chez les plus de 65 ans, grâce à l'opérateur SIEL BLEU, mais aussi avec la Fédération française de gymnastique qui a un autre modèle d'intervention. Nous disposons ainsi de deux interventions : soit 20 séances à raison d'une séance hebdomadaire, pendant 5 mois. Soit 10 séances, donc deux fois moins de temps pour l'intervention de la Fédération française de gymnastique.

En juin 2008, l'étude PCR4, avec en plus des tests électroniques de marche et des stabilométries. Voilà la complémentarité indispensable apportée par nos confrères gériatres. Nous avons mis en place, dans le cadre de cette recherche-action, la mesure de la longueur du pas, la variabilité de la longueur du pas, et tout un ensemble de paramètres qui sont exploités dans les études mises en place.

Les objectifs de ce travail, je le rappelle maintenant que l'on a vu notre cheminement, sont d'élaborer un score clinique de risque de chute du sujet âgé de 70 ans qui vit à domicile ou en institution non médicalisée, à partir de variables cliniques. Il s'agit d'évaluer le risque de chute chez le même sujet à partir de ce score, et de proposer des ateliers de prévention. Dans un deuxième temps, on va évaluer les résultats de cette intervention.

La méthodologie : la recherche-action entre dans un cadre méthodologique au même titre que la recherche clinique. C'est une étude multicentrique, qui regroupe sept centres d'examen de santé, initiée pendant la Semaine Bleue des CRAM.

Les critères de sélection des sujets étaient : avoir plus de 70 ans, vivre à domicile ou en institution non médicalisée, être volontaires et bénéficier d'un examen périodique de santé.

Les critères d'exclusion étant : la démence sévère, la mauvaise maîtrise de la langue française orale ou écrite, et toute affection neuro-dégénérative ou pathologie locomotrice sévère.

Le critère de jugement principal est la chute dans l'année qui précède la réalisation de l'évaluation. Le critère de jugement secondaire est le nombre total de chutes et leurs conséquences médicales.

Le déroulement de l'étude : campagne de presse, invitations spécifiques pour les plus de 70 ans. Un examen périodique de santé habituel, mais avec en plus un recueil d'informations cliniques, qui ajoute finalement au contenu de la consultation classique, avec la notion de prise médicamenteuse, d'antécédent de chutes, etc. Et la réalisation de différents tests, notamment le test « Timed Up & Go » (TUG), le test du diapason, l'examen de l'acuité visuelle, le GPCog, le test de la force de préhension avec hand-grip, etc. Toute une série de dimensions nouvelles à l'examen clinique et paraclinique, de façon à construire un score de risque de chute.

Vous avez sous les yeux le récapitulatif des inclusions, un

56,7 % pour les chuteurs, 41,9 % chez les non-chuteurs. L'altération de la vision avec des différences significatives sur chacun des items cités.

Comparaison des caractéristiques des sujets en fonction de l'existence ou non de chute (s) (2)

Variables qualitatives	Chuteurs (%)	Non chuteurs (%)	P*
Sensibilité au diapason < 4/8	13.7	8.6	0.010
TUG ≥ 14 s	23.3	10.9	0.000
TUG ≥ 20s	4.1	1.8	0.026
Test de la force musculaire < 28 kg	70.9	49	0.000
Test de la force musculaire < 37kg Homme	97.3	99.4	0.10
GPcog < 5/9	13.7	12.5	0.58

* Seuil de significativité fixé à 0.05

Pr B. Fantino

Annecy le 3 Avril 2012

16

Quand on regarde les variables qualitatives : le fameux TUG, avec un seuil supérieur à 14 secondes ou à 20 secondes, la force musculaire telle qu'elle est mesurée par le hand-grip, montrent là aussi des différences significatives. Une sensibilité proprioceptive altérée : 13 % chez les chuteurs, versus 8,6 %. Un TUG supérieur à 14 secondes : 23,3 % versus 10,9 %. Un TUG supérieur à 20 secondes : 4,1 % versus 1,8 %. Et chaque fois des différences très significatives.

Odds Ratios ajustés sur sexe et âge

	Chute / pas de chute	Chutes récidivantes / non récidivantes
IMC \geq 30 kg/m ²	1.40	*
Institution	2.06	*
Aide à la marche	1.82	2
Prise de psychotrope	1.39	*
Médicaments \geq 4	1.57	1.82
Peur de tomber	4.08	5.39
Vision $<$ 6/10	1.39	1.68
Diapason $<$ 5/8	*	1.85
Diapason $<$ 4/8	1.94	2.38
TUG \geq 14 s	2.10	2.69
TUG \geq 20 s	2.20	3.71
Force musculaire $<$ 28 kg	1.60	1.51

Pr B. Fantino

Annecy le 3 Avril 2012

* La liaison brute n'est pas significative

17

Quel est le surrisque ? L'Odd-Ratio est ajusté sur le sexe et l'âge, par des méthodes de régression logistique classiques. Il exprime la probabilité de chuter lorsque l'on présente tel ou tel facteur par rapport à la probabilité de chuter lorsqu'on ne le présente pas.

Ces facteurs sont le fait de vivre en institution, l'aide à la marche, la prise de psychotrope, la prise de plus de 4 médicaments, mais surtout la peur de tomber ; entre chute et pas de chute, vous avez en risque relatif estimé à 4. C'est-à-dire que l'on a 4 fois plus de risque de tomber lorsque dans cette population on a peur de chuter. Vous voyez que lorsque le diapason, dans une échelle qui va de 0 à 8, est inférieur à 4, vous avez pratiquement deux fois plus de chances de tomber. Et vous voyez que quel que soit le seuil que l'on place sur le TUG : plus de 14 ou plus de 20 secondes, vous avez plus de deux fois le risque de tomber lorsque vous avez une altération de ce paramètre. Bien entendu, lorsqu'on fait la même analyse entre chutes récidivantes et chutes non récidivantes, vous voyez que les risques relatifs sont encore plus élevés.

Cette première analyse nous permet de proposer un repérage des sujets à risque dans les centres d'examen de santé, avec

des éléments d'alerte qui pourront être identifiés lors de la consultation dédiée aux personnes de plus de 65 ans : la consultante est une femme. Le consultant prend plus de 4 médicaments par jour. Le TUG est allongé à 14 secondes et au-delà. Et la sensibilité proprioceptive est altérée en dessous de 4.

Dans notre travail, les conséquences des chutes, de façon très descriptive, ont été évaluées : 20 % d'hospitalisations. Une consultation médicale dans 45 % des cas. Une fracture plus ou moins grave dans 1 cas sur 4.

Suite à ce travail qui a été réalisé au niveau du réseau des centres d'examens de santé, il y a eu un travail prospectif beaucoup plus important, qui cette fois-ci a concerné plus de 20 centres d'examens de santé, et où on a suivi une cohorte pendant un an, avec un suivi téléphonique une fois par mois, sachant que les personnes étaient indemnes de chute à leur inclusion. Nous avons pu, grâce à ce travail de cohorte, réaliser le score de chute que je vais vous présenter.

PCPA-1 concernait 8 centres d'examens de santé et 10 sites d'investigation, avec un suivi téléphonique de février 2007 à juin 2008.

PCPA-2, aujourd'hui c'est la mise en œuvre de ce score de chutes dans tous les centres d'examen de santé de France. C'est un score prédictif très facile à construire, et cette extension nationale se fait de façon plutôt facile.

Description du formulaire : 1) sexe. 2) situation familiale. 3) la notion d'arthrose. 4) le nombre de chutes au cours des 12 derniers mois. 5) consommation de médicaments psychotropes. 6) l'appui unipodal. Il s'est avéré que dans ce suivi de cohorte, mieux que le TUG, qu'il soit supérieur à 14 ou à 20 secondes, c'était l'appui unipodal qui avait été retenu, avec la nécessité d'écarter les bras pour maintenir l'équilibre. C'est issu de l'ensemble des travaux PCR4, PCPA-1, PCPA-2. Et aujourd'hui cette fiche avec un total sur 12 est systématiquement utilisée à la consultation des examens périodiques de santé. Ce qui

n'apparaît pas sur la diapositive, c'est que vous avez une échelle, un score péjoratif croissant : plus le score est haut et plus on a un risque de chute. Et ce score péjoratif a été normalisé, avec 3 plages : la première plage, il y a du conseil et on renvoie au médecin traitant. La deuxième plage, on va proposer de l'information collective. La troisième plage une intervention est proposée, type atelier prévention des chutes.

J'en arrive à EVATELEQ, qui est l'acronyme de la seconde recherche-action dont je voulais vous parler, qui a consisté à évaluer l'intervention de SIEL BLEU sur le modèle 20 séances : une séance hebdomadaire, donc 4 par mois, et une durée d'intervention de 5 mois.

C'était la première fois que l'on allait poser des questions, du type : après les 5 mois d'intervention, qu'est-ce qui reste ? Les gens ont-ils adapté leur domicile ? Pratiquent-ils les exercices physiques préconisés ? Quelle est la rémanence ? Les gens ont-ils modifié leur comportement ? Et tout cela, pour combien d'euros ?

La problématique, je l'ai déjà explicitée : des interventions visant à prévenir la chute chez un sujet âgé sont-elles efficaces ?

Les ateliers prévention des chutes ont été mis en œuvre en 2007, avec SIEL BLEU, également avec la Fédération française de gymnastique, mais c'est le modèle « 20 séances » que nous avons souhaité évaluer.

Les objectifs : montrer que ces ateliers réduisent le risque de chute et ses conséquences, améliorent l'équilibre postural et la marche, permettent une prise de conscience du risque de chute chez les individus concernés. Et peut-être aussi montrer que les acquis en termes de prévention vont se maintenir dans le temps.

Comment avons-nous fait ? Une recherche-action encore, avec un protocole, un CPP, etc. On a sélectionné les sujets de septembre 2008 à juin 2011 sur deux sites. Les critères d'inclusion : personnes âgées de plus de 65 ans, vivant à domicile ou en institution non médicalisée, ayant bénéficié d'un Examen Périodique de Santé (EPS), et

présentant un antécédent de chute dans l'année précédant l'EPS.

Les critères d'exclusion : démence, mauvaise maîtrise de la langue française orale ou écrite, affection neuro-dégénérative ou pathologie locomotrice sévère.

C'est une étude monocentrique, interventionnelle, de type avant-après, prospective sur un effectif réduit. Mais nous avons eu tout de même un effectif qui a permis de répondre à un certain nombre de questions.

Trois consultations avec des tests spécifiques que j'ai déjà décrits tout à l'heure : Timed Up & Go, sensibilité proprioceptive, acuité visuelle, grip — hand, horloge simplifiée, tapis électronique de marche, stabilométrie avec des paramètres que nous avons intégrés dans l'analyse. Ces consultations avec des tests spécifiques se font avant l'intervention, juste après l'intervention et 6 mois après l'atelier. Et puis des suivis par questionnaires téléphoniques après l'atelier, donc à la fin de l'intervention, et tous les trois mois.

Les 132 personnes incluses avaient un âge moyen de presque 79 ans. 4,5 % de plus de 84 ans. 84 % de femmes, vivant seule presque 7 fois sur 10, et en couple une fois sur 3, très peu en famille. On a apprécié aussi le score de précarité. Les centres d'examens de santé, dans les nouvelles orientations qui leur ont été données à partir de 1992, ont pour mission essentiellement de cibler les personnes précaires. Peut-être faut-il citer ce biais de recrutement, la précarité socio-économique étant peut-être aussi un facteur que l'on a oublié de citer. Cette précarité compte aussi dans l'état de santé des personnes, des populations et dans leur parcours de vie. Ce que l'on appelle le score épice est un score de précarité publié dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire. C'est très important d'avoir un vrai score de précarité, ce n'est pas la précarité catégorielle socio-économique, repérée par le RMI ou toute intervention d'assistance. C'est beaucoup plus détaillé sur le plan sociologique et aussi économique. Vous voyez qu'on avait tout de même une personne sur

deux qui était en situation de précarité, et c'est un biais extrêmement important dans les conclusions que je vais pouvoir vous livrer, notamment pour les acquis sur le plan comportemental et la rémanence sur le plan pédagogique, des messages qui sont passés à ces publics.

Description de la population de l'étude : nombre moyen de médicaments journaliers : 4,3. Classe thérapeutique 4,3. 24 % prennent des psychotropes. 50 % de chuteurs au moment de l'inclusion dans l'étude. Et 60 % ont peur de chuter.

Sur la peur de chuter : à l'issue des ateliers et lorsque nous avons fait le suivi téléphonique, vous voyez qu'entre le premier, le deuxième et le troisième examen, 60 % avaient peur de chuter au 1^{er} examen, ils étaient 46,8 au 2^{ème} examen, donc une décroissance statistiquement significative. Et au 3^{ème} examen, cette peur de chuter remonte.

L'activité physique : c'étaient des gens actifs puisque tous déclaraient avoir une activité de marche. Sur le plan du jardinage, de la vie en club et de la sédentarité ressentie, pas beaucoup de différence. Et pas de différence statistiquement significative entre l'entrée et la sortie, entre le suivi téléphonique numéro 1 et le suivi téléphonique numéro 4 qui se passe un an après.

Sur la consommation médicamenteuse : un résultat, pour être intéressant, n'a pas besoin d'être toujours statistiquement significatif. Il est très intéressant de montrer que sur la consommation médicamenteuse, ces ateliers et les conseils qui ont été donnés n'ont eu aucune efficacité. (*Rires*).

Sur la consommation de psychotropes : non seulement nous n'avons pas été efficaces, mais nous avons assisté à une remontée. (*Brouhaha*). C'est intéressant. On est tous partis de l'hypothèse de travail, qui est une hypothèse pédagogique habituelle : quand on apprend aux personnes, il en reste quelque chose. Il est toujours intéressant de voir ce qui reste. (*Rires*).

Sur la notion de chute au cours des 3 derniers mois : on a

fait un suivi téléphonique et on a demandé aux gens : depuis le dernier appel, êtes-vous tombé ? On est passé de 19,6 à 17,8 puis 8,4. Ces chiffres sont différents de façon statistiquement significative. Et au quatrième examen, on a une remontée, qui n'est pas significative. Sur la notion de réduction du nombre de chutes, encore une fois sur un effectif qui est petit, avec des intervalles de confiance qui sont larges, et donc des résultats qu'il faut prendre avec beaucoup de prudence, par ailleurs aussi biaisés par le fait que l'on a une population précaire une fois sur deux. En tout cas, il semblerait se passer quelque chose de positif dans le cadre de cette intervention en termes de fréquence des chutes.

La rémanence : c'est extrêmement intéressant, la question que l'on posait était : vous avez appris à faire des exercices, on vous a fait travailler la coordination, la force musculaire, fait marcher sur une ligne droite et revenir, à vous relever, etc. Continuez-vous ? Ressentez-vous un équilibre amélioré ? Votre comportement a-t-il été modifié ?

Comment interpréter ce graphe ? Pratiquement 3 fois sur 4, au 1^{er} suivi téléphonique, il s'est passé quelque chose. Ce qui est intéressant, c'est de voir qu'il peut y avoir une petite diminution, mais c'est de la fluctuation d'échantillonnage. Et il n'y a pas de différence significative entre le premier chiffre et le chiffre 12 mois après. On peut donc retenir que 3 fois sur 4, les personnes, en termes d'exercices préconisés, de sentiment d'équilibre amélioré ou de comportement modifié, il se passe quelque chose. C'est du déclaratif, sur un effectif faible, en tout cas voilà ce que nous avons noté.

La seule différence qui est statistiquement significative c'est le sentiment d'une amélioration de l'équilibre : de 73 % on passe à presque 60 %. Ce sentiment d'une amélioration de l'équilibre, on peut trouver que c'est logique, s'érode donc significativement avec le temps.

Donc ces ateliers équilibre, malgré les quelques appréhensions de SIEL BLEU sur la question, méritaient à notre sens d'être évalués, investigués. On ne l'a pas fait de façon très complète car la problématique de la recherche-action donne des effectifs limités. Ce

sont des choses qui se font à moyens constants, donc cela limite nos ambitions. Mais cela donne des résultats, et très souvent des résultats que l'on peut publier, repris par la communauté scientifique.

Bien entendu l'objectif de tout ce travail, je vous ai parlé d'un examen périodique de santé senior labélisé, l'objectif à terme est d'introduire ce type de pratique dans le système libéral et auprès des médecins traitants, parce qu'à ma connaissance, il n'existe pas de consultation dédiée à la prise en charge spécifique des personnes de plus de 65 ans. Je crois qu'en termes de qualité des soins, ce serait quelque chose qu'il faudrait vraiment introduire. C'est aussi le rôle de l'assurance-maladie, à travers ses centres d'examens de santé, de proposer de telles orientations.

Je vous remercie de votre attention.

(Applaudissements).

Docteur Françoise PICOT.- Merci pour cette excellente preuve qu'en prenant en charge une pathologie, on peut obtenir tout de même des résultats intéressants. Comme le disait Pascal COUTURIER, il n'y a pas de groupe témoin, sinon on aurait vu que pendant cette année, il se serait obligatoirement détérioré. Voilà. C'est ce qu'il fallait démontrer.

Maintenant nous allons vous demander de penser aux questions que vous avez à poser sur toutes les interventions de la matinée. Tous les orateurs sont là et les attendent.

Contention : le regard du juriste

Docteur Matthieu DEBRAY.- Jean-Luc YBRES est juge des libertés et de la détention, et Vice-président du Tribunal d'Annecy. Nous avons pris contact avec lui pour évoquer tous les aspects juridiques, non pas tant autour de la chute, mais du risque de chute. Dans les institutions, nous en avons parlé ce matin, la fréquence des chutes est très importante et on est confronté entre deux extrêmes : le respect de l'autonomie, la liberté d'aller et venir des personnes, et des

impératifs de sécurité, ce qui est souvent bien difficile à vivre au quotidien. Jean-Luc YBRES a essayé de faire un peu de recherche sur ce sujet et il va nous parler de la responsabilité de soignant autour de cette thématique.

Je vous donne la parole.

1. **Jean-Luc YBRES.**- Je vous remercie.

Bonjour à toutes et à tous.

Voici un mois et demi environ, un rapide coup d'œil sur le projet de programme qui m'avait été soumis par le Docteur DEBRAY relatif à cette journée sur la chute m'avait amené à constater que le mot contention n'y était mentionné qu'une seule fois. Ce qui a priori me semblait plutôt rassurant et donnait ainsi à penser que la pratique, sans être marginale, n'était pas tenue comme un procédé de prévention désormais normal, largement répandu et déconnecté de toutes considérations éthiques. J'imagine bien que la table ronde que nous aurons cet après-midi, mais nous en avons déjà eu un aperçu ce matin, donnera à penser que l'on s'interroge en effet prioritairement sur d'autres méthodes alternatives, compte tenu du fait notamment que plusieurs études ont pu démontrer que la contention est une mesure évitable et que l'on doit d'abord s'engager vers d'autres solutions, puisqu'il a été prouvé à plusieurs reprises que non seulement cette contention ne diminue pas fondamentalement le risque de chute, mais parfois l'augmente même, surtout chez les personnes confuses. En somme, pas de quoi faire de la contention un thème principal de colloque. Tant mieux, pourrais-je dire. La seule chose qui a tendance à me chagriner dans le programme, c'est que seuls mon nom et ma qualité sont associés à cette mesure. Or je ne voudrais pas en être tenu comme le spécialiste, encore moins comme le promoteur, ni d'ailleurs à

l'inverse comme le contempteur ou le dénonciateur de celles et ceux qui sont parfois amenés à mettre en œuvre, de façon douloureuse souvent, cette contrainte. D'autant qu'elle m'est, à vrai dire, totalement inconnue, tant en ce qui concerne la fréquence que les motifs de son indication ou ses modalités d'application. En définitive, je me sens en mauvaise posture pour donner des leçons à quiconque, tant sur le terrain de l'éthique, que d'un point de vue médical ou sociomédical. Pour autant, il n'en demeure pas moins que la contention physique de la personne âgée vulnérable demeure dans certains cas le seul recours pour la protéger des conséquences d'une chute qui peut avoir des conséquences irréversibles et que j'ai été invité à donner mon point de vue là-dessus, tout au moins sous l'angle juridique. N'ayant strictement aucune connaissance particulière en ce domaine, j'ai été conduit, puisqu'il m'a bien fallu y réfléchir un peu, à lire ça et là certains travaux, notamment sur l'Internet, et d'abord sur le terrain légal. J'ai commencé à rechercher, tout en ayant quand même ma petite idée, pour savoir si la contention faisait l'objet de législations ou de réglementations particulières. J'ai eu assez rapidement la confirmation que cette contention n'est ni encadrée par la loi ni par le décret, alors qu'il s'agit pourtant indiscutablement d'une atteinte à la liberté d'aller et venir. Poursuivant mes quelques recherches, j'ai eu l'occasion de lire dans quelques rares travaux de réflexion à ce sujet, et auxquels j'ai pu avoir accès, que, je cite : « *Si la contention n'est ni interdite par la loi ni par les règles professionnelles, il n'en demeure pas moins que l'utilisation des contentions des personnes est strictement réglementée* ». La formulation a un peu interpellé le juriste que je suis, sur deux points particuliers : sur le fait d'abord que si cette pratique n'est pas interdite par la loi, en somme... elle serait donc possible pour peu que l'on y mette certaines formes. Sur le fait ensuite, que ce serait une pratique « *strictement réglementée* ». Évacuons rapidement le premier point, si ce n'est pour souligner que, s'agissant d'un acte attentatoire à la liberté individuelle, il doit être à mon sens considéré, et

d'abord par principe, comme quelque chose de prohibé. Parlant de principe, on ne manquera pas de parler d'exceptions, mais il faut toujours se souvenir que ce n'est pas, par principe, autorisé mais que c'est au contraire, toujours par principe, interdit. Second point, la stricte réglementation : j'ai un peu sursauté en me disant que s'il est en réalité un domaine qui n'est pas du tout réglementé, c'est bien celui-ci. La poursuite de ma quête de renseignements m'a conduit, on le verra ultérieurement dans mon exposé, à nuancer sensiblement cette dernière appréciation : non pas que j'ignorais l'existence de recommandations d'octobre 2000 de ce qui n'était pas encore la Haute autorité de santé mais l'ANAES, mais l'on pouvait s'interroger jusqu'à une date assez récente, c'est-à-dire jusqu'à un arrêt du Conseil d'État qui a moins d'un an, sur la portée de ces recommandations et sur leur caractère juridiquement contraignant. En tout état de cause et en dépit de l'inexistence d'une législation spécifique, la pratique de la contention ne pouvait être, ne peut être encore et ne pourra toujours être envisagée qu'à l'aune de principes éthiques et juridiques fondamentaux, dispositions qui, elles, sont bien écrites depuis longtemps. C'est par ces dernières que je vais commencer, en ayant conscience que cela pourra vous paraître un peu "pompeux" et déconnecté de votre réalité et de vos contraintes quotidiennes. J'ai été assez impressionné jusqu'à présent sur la nécessaire prise en compte de données somatiques, psychiques, socio-économiques, et me voilà contraint d'en ajouter une "couche", avec des considérations juridiques auxquelles vous n'êtes peut-être pas familiers. Je ne vais donc pas vous livrer un assommant exposé, qui ne pourra être que succinct, souhaitant simplement par là même insister sur le fait que la limitation d'une liberté d'aller et venir d'une personne, fût-elle âgée ou ne disposant plus de ses sens, et fût-elle pour son bien, est nécessairement attentatoire à sa liberté. Je ne souhaite pas non plus que vous puissiez tenir cela comme une administration de leçon, mais plutôt une invitation à la réflexion. Je m'attacherai donc d'abord à un rappel le plus bref possible des dispositions qui, logiquement et par

principe, devraient vous conduire à vous abstenir de mettre en œuvre toute contention. Mais, en y réfléchissant, n'existerait-il pas des textes, dans notre droit écrit, qui autoriseraient, voire même, vous imposeraient de prendre toutes dispositions nécessaires allant jusqu'à la contention ? Au-delà, et poursuivant mon questionnement, et tenant le fait qu'en tout état de cause la contention est dans certains cas inévitable et qu'il est peu réaliste d'envisager sa disparition à brève échéance, nous verrons que des obligations, prévues par divers textes, sont alors impérativement à respecter, tenant notamment au recueil du consentement et à l'information.

1/ Les textes qui rendent la pratique "problématique :

Je vais commencer par les textes qui rendent la pratique à mon sens problématique. On peut très schématiquement considérer que la contention se heurte ainsi à des dispositions relatives à la sûreté de la personne, à sa liberté d'aller et venir et à sa dignité. Sont ainsi mises en cause, et sans que cela soit exhaustif :

- *des dispositions constitutionnelles* : Parmi celles-ci elles, je citerai l'article 66 de la Constitution de 1958, en vertu duquel, je lis -je ferai beaucoup de lecture mais la rigueur de la loi me contraint quand même à ne pas oublier certains mots - : *nul ne peut être arbitrairement détenu*. Il faut savoir par exemple, que c'est sur la base de cet article 66 que le Conseil constitutionnel a imposé récemment au législateur, qui n'avait d'ailleurs pas d'intention en ce sens, le contrôle juridictionnel des hospitalisations contraintes en matière psychiatrique. Je citerai aussi les articles 2 et 7 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 28 août 1789 selon lesquels la liberté est *un droit naturel et imprescriptible*, et en vertu desquels *nul homme ne peut être détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites*.

- *des dispositions légales de notre droit interne* : je citerai à cet égard les articles, assez récents d'ailleurs, qui ont été introduits depuis à peine quelques années dans le code civil : les articles 16 et 16.1 en vertu desquels *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie*. Et il est rappelé en outre que *chacun a droit au respect de son corps*, lequel est selon cet article, en principe *inviolable*. Je citerai aussi l'article L.1110-2 du code de la santé publique qui dispose que *la personne malade a droit au respect de sa dignité*.

- pour mémoire et sans aller jusqu'à invoquer la Déclaration universelle des Droits de l'homme, on pourra citer, au titre des *dispositions supranationales* : les articles 3 et 5 e) de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, aux termes desquels *nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* et selon lesquels toute personne a droit à la *liberté* et à la *sûreté*, auxquelles il ne peut être porté atteinte normalement que dans des cas strictement limités. S'agissant des personnes atteintes de troubles, il est habituellement renvoyé au paragraphe e) de cet article 5, à savoir : la détention des *"personnes susceptibles de propager des maladies contagieuses, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond"*. On constate donc que rien, dans cette convention, ne règle a priori le sort, quant à cette problématique spécifique des personnes âgées dépendantes et atteintes de troubles neuropsychiques ou affectées de diminution des capacités physiques.

Je soulignerais, sans aller plus loin dans l'énumération, qu'il ne s'agit pas de simples principes à valeur morale, mais du **droit positif** dont tout un chacun est en mesure d'exiger le respect inconditionnel, quel

que soit son âge, et d'en faire sanctionner la violation. Même affectée de troubles mentaux ou cognitifs, la personne pour laquelle la contention est ou va être envisagée, bénéficie, sur le terrain des libertés individuelles, de l'ensemble des droits accordés à tout usager admis dans un service de médecine générale. Je songe notamment à la notion de **dignité** qui a été élevée au rang de principe à valeur constitutionnelle par le Conseil constitutionnel le 27 juillet 1994 dans le cadre de l'examen de la constitutionnalité des lois sur la bioéthique. Depuis cette date le Conseil constitutionnel a eu à diverses reprises l'occasion de le rappeler en faisant valoir que *"la sauvegarde de la personne contre toute forme d'asservissement ou de dégradation est au nombre des droits inaliénables et sacrés de tout être humain et constitue donc un principe à valeur constitutionnelle"*. Voilà donc. En l'absence de législation précise et spécifique, il nous faut nous rappeler que tout votre travail, notre travail, doit être impérativement appréhendé à l'aune de ces principes.

2/ Des textes autorisant la pratique ? :

Existerait-il néanmoins, à défaut de législation spécifique, des textes "autorisant" cette pratique, voire même imposant l'adoption de mesures au-delà du consentement de la personne intéressée ? Contrairement à la législation sur le droit des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, il n'en existe pas. Et en dehors des textes et principes du droit de la responsabilité civile - relatifs notamment à l'obligation de sécurité – que je n'aborderai pas, il me paraît plus raisonnable de nous en tenir aux dispositions générales figurant, dans le chapitre préliminaire du code de la santé publique, de l'article L.1110-1 en vertu desquelles *" le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne"*. C'est donc invoquer là un texte de portée générale, qui me conduit par ailleurs à préciser que cette *protection de la santé* est aussi,

en vertu du préambule de la Constitution de 1946, un droit constitutionnellement garanti par la Nation.

Cette obligation de veiller à la protection de la santé implique en conséquence pour le service d'accueil et les services médicaux, l'obligation d'apporter des soins attentifs et consciencieux, ainsi qu'un devoir de surveillance. Si l'on devait donc à tout prix rechercher une base légale écrite sur laquelle une équipe soignante serait fondée à s'appuyer, je pense personnellement qu'il s'agit là de la seule disposition, à ma connaissance, susceptible d'être invoquée valablement, tout en ayant bien sûr conscience qu'elle est loin d'être satisfaisante. À l'exclusion, me semble-t-il, de tout autre recours à un argumentaire de type "principe de précaution". Il vous semblera peut-être bizarre d'entendre ce terme ici mais je crois devoir le souligner parce que j'ai pu constater qu'il avait pu être mis en avant. Or, il faut quand même se rappeler - je vais sortir un peu du sujet, mais s'agissant pour moi de l'exclure, il me faut dire pourquoi - que ce principe de précaution date de 1995, année de la promulgation de la "Loi Barnier" et a été intégré dans la Charte de l'environnement en son article 5. Il faut savoir encore que le législateur a entendu limiter ce principe de précaution au seul droit de l'environnement, au regard de sa définition constitutionnelle. L'on sait certes que d'aucuns en font un tout autre usage que celui imaginé par les auteurs de la loi et s'aventurent, judiciairement parlant, dans de tous autres domaines, notamment sur le terrain des troubles du voisinage ou de la santé publique. La jurisprudence est loin d'être fixée, notamment sur le problème des antennes téléphoniques, et l'on ne sait jusqu'où le juge acceptera que ce principe puisse être invoqué au delà de son champ d'application originel. On peut néanmoins observer qu'une haute juridiction comme le Conseil d'État a déjà manifesté la volonté de ne pas l'étendre à outrance en indiquant qu'il n'était pas fait pour garantir les libertés publiques (affaire du "taser"). En tout état de cause, et abstraction faite de ces

controverses, il y a à peu près consensus pour considérer qu'il revient au seul État, et non aux individus, de prendre des mesures sur la base de ce principe. Seuls donc les pouvoirs publics sont aptes et autorisés à prendre des mesures de ce chef. En outre, et bien que n'étant pas spécialiste de la chose, je crois savoir que ce principe de précaution vise les risques dont ni l'ampleur ni la probabilité d'occurrence ne peuvent être calculées avec certitude, compte tenu des connaissances actuelles. Or j'ai tendance à penser que, dans le sujet qui nous occupe et qui est l'objet de cette journée, on est dans le domaine des risques déjà avérés : les notions à invoquer sont donc à mon sens celles de la *prudence* ou la *prévention* mais certainement pas de la *précaution*.

Il nous faut donc arriver à concilier les droits et obligations que j'ai évoqués sans essayer de fonder la contention de façon aussi hasardeuse.

Il me paraît utile encore, à ce stade de la réflexion sur les dispositions que l'on serait tenté d'invoquer pour justifier une contention, de citer l'article 122-7 du code pénal en vertu duquel *n'est pas pénalement responsable la personne qui, fasse un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne elle-même ou du bien, sauf lorsqu'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace*. Loin, une fois encore, de servir de base légale à la pratique de la contention, ce texte n'a pour objet, dans l'hypothèse où une poursuite pénale pourrait être envisagée, que d'exonérer exceptionnellement et de façon stricte, l'auteur d'une infraction lorsque celui-ci serait en mesure de prouver qu'il s'est trouvé dans une situation de péril imminent avéré et qui, pour sauvegarder un intérêt supérieur n'a eu d'autres ressources que d'accomplir un acte défendu par la loi pénale. Outre qu'il n'autorise donc pas de façon générale la contention mais peut la justifier dans certaines situations d'exception, ce texte conduit, si l'on poursuit la réflexion, à envisager deux situations différentes bien

différentes : celle où il s'agit de répondre, de façon exceptionnelle et dérogatoire au droit commun, à un danger immédiat et certain, et celle d'un état de fait chronique et déjà bien connu, où l'application de ces dispositions est encore moins envisageable.

Ce qui nous conduira à envisager et à distinguer, peut-être sans doute un peu sommairement, deux sortes de prise en charge :

- celles afférentes au patient en soins aigus au sein des structures de soins : s'agissant de pallier un risque temporaire, les limitations apportées à la liberté d'aller et venir et à la liberté individuelle peuvent être d'autant plus tolérées qu'elles sont temporaires et proportionnées à leur objectif

- celles relatives aux personnes vulnérables amenées désormais à séjourner plus longuement, à longue échéance ou même définitivement dans des structures qui ne sont plus seulement des structures de soins mais qui sont aussi des lieux de vie. Et je ne pense pas me tromper en disant que c'est en cette occurrence que la question est la plus sensible.

Si l'on admet donc que la contention puisse, de façon exceptionnelle, être une nécessité, n'y a-t-il pas alors, faute de texte de loi en autorisant le recours, des dispositions dont le respect doit être impérativement, et en tout état de cause, assuré ? On en revient ainsi aux fameuses recommandations que j'évoquais au début de mes propos, de l'ANAES d'octobre 2000 mais aussi, de façon plus générale, celles qui sont contenues dans le code de la santé publique ainsi que dans le code civil, s'agissant des personnes dites "protégées".

3/ Les recommandations de l'ANAES d'octobre 2000 :

L'intitulé exact de ces recommandations est : "*Recommandations*

de pratiques pour la mise en place d'une contention". Ces recommandations sont en fait, et j'insiste là-dessus, tirées d'une évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé intitulées, elles, "*Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*", émanant du "Service évaluation en établissement de santé" de cette agence (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) qui d'ailleurs n'existe plus en tant que telle puisqu'elle a été intégrée avec d'autres instances au sein de la Haute autorité de santé (H.A.S) le 13 août 2004. Considérées comme constituant un guide ou un "recueil de bonnes pratiques", ces recommandations, et plus largement celles qui émanent de cette Autorité, ont conduit à s'interroger sur leur valeur juridique. On sait que dans notre pays de droit écrit, les décrets, les ordonnances et arrêtés ne sont des "Règlements", au sens de notre Constitution, que si ces textes sont pris en conformité avec elle et que s'ils émanent des autorités légitimes et compétentes pour les adopter. C'est ainsi que l'on considère depuis longtemps - je ne serai pas long sur le terrain juridique mais cela me semble important de le dire - que les circulaires sont, de façon générale, dépourvues de caractère réglementaire. L'on sait par ailleurs que, même dans notre pays de droit écrit, la jurisprudence, la doctrine, la coutume et même la pratique peuvent être considérées comme des "sources indirectes du droit".

S'agissant de la coutume - c'est-à-dire de l'usage répété, prolongé et largement admis - ou de la pratique - j'entends par là les règles dégagées par les professionnels -, elles peuvent être elles aussi considérées, à défaut de règles écrites, comme une source du droit si l'on considère que le législateur comme le juge s'y réfèrent assez souvent, implicitement ou expressément, pour fixer une conduite à tenir. C'est ainsi par exemple que la responsabilité médicale d'un soignant peut être appréciée en considération de la qualité des soins qu'il doit dispenser, conformément - c'est une formule que vous connaissez - "*aux données acquises de la science*". Ainsi est-il possible

que les bonnes pratiques, les protocoles, les "référentiels médicaux", les conférences de consensus puissent être invoquées dans le cadre de la responsabilité civile et devenir ainsi une source indirecte du droit.

Pour en revenir plus précisément aux recommandations de ce qu'est à ce jour la Haute autorité de santé, on sait que, par application de l'article L.162-37 et R.161-72 du code de la Sécurité sociale, cette "autorité publique indépendante" - ou qui est censée l'être - "à caractère scientifique et dotée de la personne morale" est chargée d'élaborer des guides de bons usages ou des recommandations de bonnes pratiques, de procéder ainsi à leur diffusion et de contribuer de la sorte à l'information des professionnels de santé et du public. On sait par ailleurs que le Conseil d'État, avait le 26 septembre 2005 indiqué qu'en principe, ces recommandations de bonnes pratiques qui, dans le cas qui lui était soumis, visaient normalement à donner aux professionnels et établissements de santé des indications et des orientations pour l'application des dispositions législatives et réglementaires, n'avaient pas, même après leur homologation par le ministre de la santé, le caractère de décisions faisant grief au sens du droit administratif. Mais en revanche, en vertu de cette même décision, le Conseil estimait qu'il pouvait en être autrement si lesdites recommandations étaient rédigées de "*façon impérative*".

Le 27 avril 2011, voici moins d'un an, ce même Conseil d'État est allé beaucoup plus loin et a jugé, dans un contentieux relatif à des recommandations sur le traitement médicamenteux du diabète type 2, que "*les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute autorité de santé sur la base de ces dispositions – savoir L162-37 et R-161-72 précitées - ont pour objet de guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soin à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique les plus appropriés, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur*

édiction ; qu'eu égard à l'obligation déontologique incombant aux professionnels de santé, en vertu des dispositions du code de la santé publique qui leur sont applicables, d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science, telles qu'elles ressortent notamment des bonnes pratiques, ces dernières doivent être regardées comme des décisions faisant grief, susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir.

Ainsi donc, au terme de cette jurisprudence récente, ce texte impose aux professionnels de santé *soumis à des obligations déontologiques*, je songe en premier lieu aux médecins mais aussi aux professionnels de santé que sont les infirmiers et infirmières, l'obligation de se conformer aux règles de l'art, de se tenir informés de celles-ci et donc de les *intégrer à leur pratique*.

Est-ce à dire que les personnes confiées à des "*non professionnels de la santé, non soumis à des obligations déontologiques*", je songe plus précisément aux personnels des maisons de retraite non médicalisées, pourraient soutenir qu'elles ne sont pas légalement tenues au respect de ces bonnes pratiques telles qu'elles résultent de ces recommandations de l'ANAES ? À mon sens, elles s'imposent indiscutablement pour la raison essentielle que - d'ailleurs même avant la rédaction de ces recommandations de 2000 - l'on s'accordait déjà depuis un certain temps pour considérer que la contention relevait de la catégorie des actes de "*soins médicaux*". De plus, le doute n'est plus permis - si tant est qu'il ait pu exister - puisque dans ces mêmes recommandations, il est expressément mentionné que la contention est impérativement subordonnée à une "*prescription médicale motivée*". On n'imagine donc pas en tout état de cause une pratique légitime de la contention dans les maisons de retraite sans intervention et surveillance médicale.

Que dire de plus sur ces recommandations - qui ne sont donc plus

véritablement de simples "recommandations" - outre le fait qu'elles doivent procéder impérativement d'une prescription médicale motivée ?

- d'une part, et quitte à me répéter, qu'elles ne constituent ni un encouragement ni une base légale constituant une autorisation généralisée, ni un "mode d'emploi" : j'observe d'ailleurs à ce titre que la copie dactylographiée dont je dispose est constituée de quarante-deux pages et que sur celles-ci, seules cinq pages, c'est-à-dire les pages 15 à 19, sont consacrées à la mise en œuvre de la contention, ces cinq pages étant elles-mêmes précédées de propos liminaires, dont vous avez peut-être déjà connaissance, et de quelques données concernant la pratique chez les personnes âgées suivies, notamment dans les pages 22 à 26, de considérations relatives à des programmes de "*réduction de la contention physique*" et d'alternatives à celle-ci

- d'autre part, qu'elles font de la contention une solution non seulement subsidiaire mais aussi une pratique qu'il y a lieu avant tout de réduire au maximum au sein des établissements concernés, après adoption de politiques de réduction, et qui n'est à envisager qu'en dernier recours, après évaluation précise de l'état clinique de la personne concernée.

Il faut donc garder à l'esprit que ce sont *d'abord* ces programmes de *réduction de la contention* et, en cas de risques avérés pour la personne concernée, de *recherche prioritaire de solution alternative*, qui *s'imposent* avant tout aux professionnels et aux établissements concernés. Si donc, après évaluation préalable, cette mesure de contention doit être mise en œuvre sur prescription médicale, elle est subordonnée en tout état de cause au respect d'autres règles (choix du matériel, surveillance médicale, réévaluation périodique, etc.) sur lesquelles je ne vais pas m'étendre car je n'ai aucune compétence médicale pour en parler de façon pertinente, mais aussi sur des prescriptions légales tenant au *consentement* de la personne et à

l'information de celle-ci et de son entourage.

4/ Les obligations imposées par le code de la santé publique :

- *le consentement :*

À partir du moment où l'on considère que la contention relève des actes de soins, elle est d'abord, vous trouverez cela peut-être paradoxal ou en décalage avec votre quotidien, soumise au consentement de la personne concernée elle-même, par application d'un article qui s'applique à tous, l'article L.1111-4 du code de la santé publique. En vertu de celui-ci, *cette personne prend, avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, des décisions concernant sa santé. Ce même article précise un peu plus loin, qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et que ce consentement peut être retiré à tout moment.*

D'autres dispositions existent, notamment celles de l'article R.4127-36 de ce même code, qui précise et ajoute *que le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Et en vertu de ce même article, lorsque le malade est en état de manifester sa volonté, le médecin doit respecter ce refus après l'avoir informé de ses conséquences.*

On considère donc, et **par principe, que la personne concernée a le droit d'accepter et/ou de refuser ce que le médecin lui conseille, et non pas ce qu'il lui impose.** C'est une exigence éthique, légale et fondamentale, qui suppose nécessairement, pour être "libre et éclairée", une information complète.

J'en arrive ainsi à

. *l'information* :

Elle fait aussi l'objet de prescriptions précises, à commencer par l'article L.1111-2 en vertu duquel *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé*. Cette information portant *sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus*. Cette information, qui est délivrée normalement au cours d'un *entretien individuel*, incombe à *tout professionnel de santé dans le cadre de ses conséquences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables*. Il ne peut pas s'en dispenser sauf *en cas d'urgence* ou en cas d'*impossibilité d'informer*. Cette information doit être par ailleurs, au terme d'un autre article inséré dans la partie réglementaire du code, c'est-à-dire l'article R4127-35, *loyale, claire et appropriée à l'état de la personne, en tenant compte, tout au long de la maladie, de la personnalité du patient*.

S'agissant de la personne bénéficiant d'un régime de tutelle, ce **droit à l'information** est dû au tuteur par application de l'alinéa 4 du même article que j'ai cité. Pour autant, en vertu de ces mêmes dispositions, la personne intéressée dispose *du droit de participer à la prise de décision la concernant d'une manière adaptée à ses facultés de discernement*. Pour être donc "libre et éclairé", donc dûment précédé d'une information véritablement comprise, le consentement suppose l'autonomie de la volonté.

J'aborde alors là le problème du discernement et de l'expression de cette volonté, lesquelles font aussi l'objet de dispositions légales

émanant du même code de la santé publique.

. *l'expression de la volonté :*

Une personne peut être en effet, momentanément ou durablement, hors d'état de manifester sa volonté. En pareille occurrence, l'article L.1111.4 que j'ai déjà cité, indique en son alinéa 4 que *lorsque la personne est hors d'état de manifester sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut un de ses proches ait été consulté*. Retenez bien le terme "*ait été consulté*". Un autre article, l'article R.4127.36, prévoit que *lorsque le malade est hors d'état de manifester sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été **prévenus et informés**, sauf urgence ou impossibilité*.

On peut donc observer, à la lecture de ces dispositions, et s'agissant de cette problématique du consentement aux soins d'une personne majeure hors d'état de manifester sa volonté, que si elles imposent bien aux professionnels de requérir l'avis et les observations de l'entourage, elles n'autorisent pas pour autant ce même entourage à **décider** à la place de la personne concernée. On peut donc être tenté d'en déduire que le médecin pourrait en conscience, et sous réserve de respecter les autres dispositions dont j'ai fait état et les autres principes juridiques majeurs, passer outre un refus en s'en référant à sa seule conscience.

Néanmoins, s'agissant des **personnes sous régime de protection**, il faut également faire avec les dispositions du code civil, et notamment de l'article 459 - dont la rédaction est là aussi assez récente puisqu'elle date de l'année 2009 - relatives aux "*effets de la tutelle quant à la protection de la personne*".

Il faut en effet savoir qu'en vertu de cet article, hors les cas prévus à l'article 458 - qui n'intéresse pas notre propos - *la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet*. C'est là le principe. Lorsque - second alinéa - *l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle et éclairée, le juge - entendu le juge des tutelles - ou le conseil de famille s'il en a été constitué, peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection*.

Au cas où - troisième alinéa - *cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à **représenter** l'intéressé*. Qui dit représentation dit donc **pouvoir de décision** à la place de la personne intéressée.

Toutefois - quatrième alinéa, introduit par une loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 - *sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée*.

Enfin, en vertu du dernier alinéa de ce même article, *la personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celle-ci les mesures de protection strictement nécessaires **pour mettre fin au danger** que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué*.

Pour résumer les lectures et faire la synthèse de ces dernières dispositions, on peut en conclure :

- que l'existence d'un régime de protection du majeur tel que défini par les dispositions du code civil a pour conséquence indiscutable un renforcement des obligations en matière d'information et de recueil du consentement

- que l'atteinte à la liberté individuelle et à l'intégrité physique de la personne que constitue une contention conduit à mon sens à la ranger dans la catégorie des décisions évoquées au quatrième alinéa que j'ai citées, c'est-à-dire des actes portant gravement atteinte à son intégrité corporelle ou à l'intimité de sa vie privée

- qu'il en découle que, normalement, l'**autorisation** du juge des tutelles ou du conseil de famille devrait être sollicitée

- que néanmoins, l'urgence et les dispositions du dernier alinéa de cet article 459 autorisent la personne chargée de la protection du majeur à consentir à la contention, à condition toutefois d'en rendre compte au plus tôt au juge des tutelles ou au conseil des familles.

- que l'absence de régime de protection peut conduire le personnel médical, à la lecture littérale des textes, à passer outre un avis négatif.

Pour autant, l'état mental de la personne ne bénéficiant pas d'un régime de protection peut être, dans les faits, équivalent en gravité à celui de la personne au bénéfice de laquelle une mesure de protection a déjà été prise. Il serait peut-être en conséquence opportun de s'interroger, en pareille hypothèse, sur l'opportunité de l'ouverture de pareille mesure de protection, surtout si la contention envisagée doit perdurer dans le temps.

Concluant sur les textes légaux, je souhaiterais mentionner

aussi, puisqu'on a évoqué précédemment les "données acquises de la science" et le droit à la protection de la santé, d'autres textes du code de la santé publique, sur la **formation continue** qui, visée à l'article L.1110-1-1, porte sur *"l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales"* concernant les professionnels de santé du secteur médico-social, ainsi que *"l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées ainsi que l'annonce du handicap"*. Ces textes m'apparaissent avoir une résonance particulière avec la jurisprudence du Conseil d'État de 2011 que je vous ai évoquée. Mon intention n'est pas de vous l'apprendre ou même de vous le rappeler, mais je souhaite par là vous faire observer que cette nécessaire actualisation des connaissances ne relève pas d'un simple droit personnel à la formation individuelle - qui au demeurant n'est pas forcément mise en œuvre et organisé par les pouvoirs publics mais c'est une autre histoire... – mais qui est en principe une **obligation** qui figure dans un article inséré dans une partie du code de la santé publique, relative **aux droits des personnes**. Il est important de s'en rappeler. On pourra noter aussi que le code de déontologie médicale, dans son article 11, fait obligation aux médecins d'entretenir et de perfectionner ses connaissances et de prendre toutes les dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Il me semble que ces exigences, même si elles se heurtent à la réalité, à l'absence et à l'insuffisance de moyens, prennent d'autant plus de relief avec la décision du Conseil d'État d'avril 2011 dans laquelle ce dernier fait référence aux *obligations incombant aux professionnels de santé, en vertu des dispositions du code de la santé publique qui leur sont applicables, d'assurer aux patients des soins fondés sur les données acquises de la science.*

J'en terminerai avec la jurisprudence. Très rapidement parce que, dénuées de toutes prétentions méthodologique ou statistique, les quelques recherches que j'ai pu faire ne m'ont pas permis de découvrir l'existence d'un contentieux véritablement massif. Pas plus d'ailleurs que dans ma pratique professionnelle. Alors qu'à lire certains écrits émanant des milieux sociaux et sociomédicaux, j'ai cru comprendre que la crainte d'engagement de poursuites en responsabilité civile ou pénale pouvait conduire aux pratiques restrictives à la liberté d'aller et venir dont nous nous entretenons.

Dans les quelques contentieux dont j'ai pu avoir connaissance, il faut retenir essentiellement que ce ne sont pas en définitive les réponses apportées par les juridictions qui peuvent susciter l'intérêt ou la curiosité. Elles mettent en effet en œuvre les principes classiques de la responsabilité civile, sans que l'on puisse y percevoir de spécificité particulière. Ce sont plutôt les moyens, j'entends par là les arguments de fait et de droit, invoqués par les parties qui attirent l'attention et l'on remarque alors que tout et son contraire est susceptible d'être invoqué - lorsqu'il s'agit de réclamer des dommages et intérêts - comme consécutif selon elles d'une faute : l'absence de contention, ou à l'inverse, l'existence ou la mise en œuvre effective d'une contention.

Une décision parmi celles-ci me semble digne d'intérêt. Elle a été rendue par la Cour administrative de Marseille le 25 janvier 2007. Il s'agissait d'une affaire douloureuse, qui ne concernait pas les personnes âgées mais un jeune malade hospitalisé en établissement psychiatrique qui s'y était suicidé. Cela n'a pas véritablement de rapport immédiat avec la problématique qui est le sujet de cette journée mais cela s'en rapproche un peu. Il était soutenu par les plaignants que *"seule une décision de contention aurait été de nature à empêcher toute nouvelle tentative de suicide, sans que l'on puisse opposer le respect de la dignité"*. C'est-à-dire que l'on n'hésite pas, comme je viens de

l'indiquer, à soutenir devant une juridiction que la dignité finalement, on peut "s'en moquer", que l'on peut aller au plus pressé", "au plus urgent", et que l'on peut mettre finalement cela "de côté. La juridiction administrative, ne l'entendant pas ainsi, a observé que la mesure de contention n'était pas en tout état de cause adaptée en l'occurrence pour des raisons médicales, tenant notamment à la très forte corpulence de l'intéressé. Néanmoins, ce qui est le plus à noter, c'est que, au delà de l'absence de preuve de relation de cause à effet - elle aurait pu en effet s'en tenir à ce moyen et écarter la demande - elle a été plus loin et a tenu à insister, contrairement à ce qui était soutenu, sur les considérations liées à la dignité, soulignant que celle-ci devait être bel et bien prise en compte, non pas pour exclure a priori la contention, mais pour insister sur le fait qu'elle ne pouvait être envisagée qu'en dernier recours et surtout en ayant toujours à l'esprit les principes que j'ai évoqués au début de mon intervention. Pour finir sur la jurisprudence, il faut savoir que l'essentiel des décisions est rendu en matière civile, soit par les juridictions civiles, soit par les juridictions administratives. Je n'ai pas beaucoup vu en revanche de contentieux pénal. Je souhaiterais tout de même citer une décision, qui est d'ailleurs déjà assez ancienne, du mois d'août 1997. Elle avait été rendue dans le cadre d'une instance pénale où il était reproché à la direction d'une maison de retraite, au sein de laquelle la contention avait été érigée en pratique quasi-généralisée pour la bonne tranquillité de la direction et du personnel en nombre insuffisant, de 18 h 30 au lendemain matin. Outre le fait que cette décision de condamnation nous rappelle que la pratique peut constituer, il ne faut pas l'oublier, un délit de violence volontaire sur personne vulnérable, son intérêt réside dans le fait que la cour indiquait déjà - c'était une décision de cour d'appel, et l'on était bien avant les recommandations de l'ANAES - que seules des nécessités thérapeutiques ou de sécurité des intéressés pouvaient justifier la contention.

En outre, l'évocation de ce cas peut nous conduire à aborder une autre problématique, sur laquelle il est également nécessaire de s'interroger, celle de la surveillance médicale de la mise en œuvre de la contention au sein des "simples" maisons de retraite voire même sur sa légitimité, puisqu'il ne s'agit pas normalement d'établissements dispensateurs de soins.

En conclusion, on a pu constater, en dépit de mon trop long exposé, et contrairement aux personnes atteintes de troubles mentaux, que les personnes âgées vulnérables dont l'état psychique et physique suppose des mesures restrictives de liberté, ne font non seulement l'objet d'aucune législation spécifique mais ne font en outre l'objet d'aucun contrôle du juge. Faut-il souhaiter son intervention comme dans le cadre des hospitalisations psychiatriques contraintes ? La question mérite peut-être d'être posée, même si personnellement je ne suis pas persuadé que ce soit forcément opportun, nécessaire et, de surcroît, possible à ce jour. Elle mérite d'être posée si l'on considère en effet que la contention peut être et doit être même entendue de façon plus large, c'est-à-dire comme une mesure qui ne se limite pas forcément à la seule pose de dispositif physique limitant les risques de chute ou de déambulation. La limitation des allées et venues et les interdictions de sortie des établissements relèvent en effet aussi à mon sens de la contention et constituent en tout état de cause des restrictions très importantes de la liberté d'aller et venir sans aucun contrôle de l'autorité judiciaire alors que, comme je vous l'ai indiqué, l'article 66 fait de ce juge le "gardien des libertés individuelles". Cette question mérite d'autant plus d'être posée lorsqu'on songe à l'accroissement de la durée de vie et corrélativement à l'augmentation des pathologies qui vont avec, étant entendu que les moyens qui sont alloués pour y faire face sont inversement proportionnels...

Je vous remercie.

(Applaudissements).

Docteur Matthieu DEBRAY.- Merci, Jean-Luc YBRES.

Nous allons passer aux questions.

Questions — discussion

Docteur Bruno FANTINO.- Question : quel était le contenu du programme d'entraînement proposé au patient ?

Comme je vous l'ai dit, pour obtenir le contenu, j'ai dû signer un accord de confidentialité. Pour autant, je suis resté un peu sur ma faim sur le contenu. Globalement, il y a des exercices de coordination, de remusculation, on apprend aux gens à se relever seul si jamais ils ont chuté, etc. Il y avait aussi de l'information, tout ce qui est exercice, c'est pour cela qu'on a évalué l'information.

Il y avait aussi des conseils. Vous avez vu que l'on était particulièrement efficace sur la prise de psychotropes et sur les médicaments. C'est le problème numéro 1. Il ne faut pas y aller à la hache là-dessus. Il faut se rappeler que le médicament sert à soigner, et que si les gens sont polypathologiques, il y a forcément des additions de molécules. On peut le regretter. En revanche, il y a toujours des choix et un discernement à avoir. Là on est vraiment sur la clinique : qu'est-ce que je prends, qu'est-ce que je garde dans ces sommes de polypathologies ? Est-ce que je fais une fenêtre thérapeutique ou pas, en discussion avec le patient ?

Et des choses très simples, on citait tout à l'heure le fait de donner un diurétique à une personne âgée parce qu'il y a une hypertension artérielle, s'il n'y a pas une autre molécule qui va éviter qu'elle ne se lève la nuit trois fois et qu'effectivement on majore trois fois le risque de chute. Donc on était quand même sur ces approches-là. Sauf que vous parlez au patient, et c'est souvent au prescripteur qu'il faudrait parler. Ce qu'il manque aujourd'hui, c'est effectivement le lien que l'on peut avoir entre des structures de promotion de la santé comme les nôtres et puis le prescripteur. On y travaille, mais c'est extrêmement

délicat. On n'est pas encore au Québec, où une fois par an on fait le devis de l'ordonnance, où il y a le médecin traitant, le pharmacien et l'hospitalier. Nous en sommes loin encore. D'où cet échec, mais échec relatif et échec temporaire, on ne lâche rien.

Docteur Florence PICOT.- Question : y aura-t-il un résumé des sujets d'aujourd'hui ?

Vous voyez qu'une personne prend chaque mot en sténotypie. Elle transcrira toutes les interventions au mot près, les fera relire par les intervenants, et toutes ces interventions seront sur le site du CIAS d'Annecy et sur le site de la Société rhônalpine de gérontologie.

Docteur Matthieu DEBRAY.- Et tout ce qui concerne la rééducation, le travail de relevé du sol, etc., sera traité cet après-midi.

Professeur Pascal COUTURIER.- Je vais répondre à une question concernant le problème de la vue chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, sachant qu'elles ne peuvent plus s'exprimer et que ce problème fait partie des risques de chute.

Quand on a une maladie d'Alzheimer, d'autres problèmes que la vue se posent pour expliquer de toute façon le risque de chute qui est majoré. Bien entendu, chez ces personnes, la chute peut être d'origine de problèmes somatiques difficiles à envisager et à mettre en évidence.

Pour ce qui concerne les problèmes de vue chez l'Alzheimer, on peut faire, comme on le fait chez des sujets qui ne sont pas atteints de la maladie d'Alzheimer, les faire lire pendant très longtemps, et leur faire faire des exercices de dénomination à distance qui permettent pendant très longtemps de pouvoir apprécier la qualité de leur vue.

Maintenant, quand ils sont évidemment aphaso-apraxo-agnosique, c'est beaucoup plus compliqué. La seule chose que l'on puisse faire serait de regarder leur fond de l'œil pour s'assurer qu'il n'y a pas une cataracte tellement importante que cela pourrait peut-être

améliorer leur qualité de vie en participant à la reconnaissance des visages. C'est un problème de niveau de la détérioration. C'est pour cela que ces patients doivent être évalués globalement en dehors du problème cognitif.

Cela rejoint une autre question, sur le problème des chutes à répétition chez les patients qui ont des troubles du comportement liés à la démence, qui évidemment sont un problème majeur, à la fois parce que c'est très fréquent, que c'est aussi un mode d'entrée vers la mortalité que de tomber quand on est dément, qu'en plus, la mauvaise nouvelle, c'est que les programmes de prévention ne marchent absolument pas. Donc, à partir du moment où le dément chute, l'affaire devient très compliquée, et souvent c'est une forme de déclin moteur qui va conduire à l'état grabataire. C'est ce que l'on observe dans les institutions quand les gens passent en dessous du MMS à 10 pour lequel c'est un peu inéluctable. Et tout le monde sait que dans les unités cognitivo-comportementales, dans les unités d'hébergement renforcé, c'est comme cela que les malades en sortent, après des chutes qui ne permettent plus de restaurer une marche efficace.

Dans ce même EHPAD, on me demande : comment voulez-vous faire pour tous ces gens qui tombent -Comme s'ils tombaient comme des mouches !- une saturation, une tension artérielle, une fréquence cardiaque, etc. ? Eh bien si, pour chaque chute, aujourd'hui, dans le cadre des recommandations, on vient de parler des recommandations de bonne pratique, on doit tenir à jour un registre des chutes, sur lequel on doit enregistrer ces événements, faire un minimum d'évaluation des conditions dans lesquelles sont survenues les chutes. Et le fait de voir des chutes se répéter chez un individu justifie l'appel au médecin traitant, la nécessité de faire un bilan, pour voir ce que l'on peut faire pour ce malade. Pour un grand nombre d'entre eux, ils ont des problèmes authentiquement cardiaques, des problèmes iatrogènes et des problèmes environnementaux sur lesquels on peut progresser.

Bien sûr que c'est compliqué. Cela m'ennuie de voir des

EHPAD dans lesquels on tombe comme des mouches par terre à la fin de la saison, mais il ne faut pas renoncer. C'est une affaire collective, ce n'est pas le seul problème de l'infirmière, la pauvre, qui est toute seule, et on sait tous les problèmes que cela représente. C'est une entreprise collective, cela fait partie des engagements des médecins coordonnateurs d'assurer la prévention sur un certain nombre de thématiques : la nutrition, la chute en font partie obligatoirement. Cela dépasse largement quelque part le problème de l'infirmière, même si évidemment elle est en première ligne sur cette question.

Docteur Florence DIBIE-RACOUPEAU.- Question : doit-on lutter contre l'inversion des générations due à l'impact psychique de la chute sur l'entourage ?

Une réponse un peu schématique : l'inversion des générations, c'est une réalité. À un moment, les soucis peuvent s'inverser un peu. Le terme de « lutter contre », je ne peux pas y souscrire si on se réfère bien à la question de ce qui est de l'ordre d'une défense psychique. Si on s'attache beaucoup à ce rôle de devenir la mère de sa mère, etc., et que c'est une manière de se défendre contre l'effet que cela nous fait de la voir vieillir, lutter contre ne va qu'augmenter cet aspect de défense, et on n'arrivera à rien. Par contre, pouvoir interroger le : est-ce bien nécessaire et est-ce que cela doit se dérouler comme cela ? C'est du côté d'un travail psychologique qu'il faut aller. Mais la lutte contre, c'est le choc des titans, cela se termine toujours mal.

Et deuxième question, qui est un commentaire sensible qui, évoquant la chute dans la question du syndrome de glissement, demande s'il ne faudrait pas travailler davantage pour la sensibilisation des familles d'accompagner au mieux parents et proches, et surtout en institution. On ne peut que souscrire en effet, évidemment.

M. Jean-Luc YBRES.- La première question est de savoir, à partir d'un postulat, si une contention est mise en place pour éviter les chutes, on peut considérer que c'est une urgence. La question qui en

découle : on devrait donc pouvoir se passer systématiquement de son accord ou celui de son tuteur.

J'imagine bien que la contention peut être envisagée souvent dans des situations d'urgence, mais j'imagine aussi qu'elle peut être envisagée sans forcément qu'il y ait une situation d'urgence.

J'aborderai la situation d'urgence. Doit-on systématiquement se passer de l'accord de la personne intéressée ou de son curateur ? Non. L'urgence nous autorise à prendre la mesure immédiatement, c'est certain, à charge ensuite d'informer la famille, l'entourage, le curateur ou le tuteur le cas échéant, et évidemment la personne concernée. Mais dire que l'on peut se passer systématiquement de son accord, c'est un peu abrupt. L'urgence nous autorise à prendre la mesure. Ensuite, cela ne nous dispense pas de s'en tenir aux textes : si la personne est dotée encore de son libre arbitre, elle devrait en principe pouvoir dire non. Cela pose une question d'éthique qui n'est pas simple. Mais j'imagine bien que les contentions sont en pratique mises en œuvre à l'égard de personnes qui n'ont plus trop leur discernement, donc mon questionnement est un peu théorique.

Mais retenez que l'urgence nous autorise simplement à prendre la mesure immédiatement. Ensuite, si cela doit perdurer, l'information à la personne en premier lieu est absolument nécessaire, même si elle a un degré de discernement amoindri. Il en va de même de sa famille et de son entourage.

Autre question : en EHPAD, si la contention doit perdurer dans le temps, doit-elle être renouvelée tous les trois mois, six mois, et même pour la mise des barrières à la sieste ou où coucher ?

Je ne suis pas médecin et je n'ai aucune qualité pour dire si la contention est indiquée dans ce laps de temps ni à quelle fréquence. Mais la personne qui a posé la question peut-être fait référence à la législation sur les soins psychiatriques contraints. J'indique que le juge n'intervient pas là. En qualité de juge, je n'ai absolument pas à autoriser, comme je le fais au-delà de 15 jours et ensuite tous les six

mois, la mise en œuvre de la contention. Je n'ai rien à dire. Seules des considérations médicales conditionnent la contention, sa mise en œuvre et le fait qu'elles puissent perdurer. En tout cas, la loi n'intervient pas là-dessus. Elle ne prévoit rien, hormis les recommandations dont j'ai fait état.

Docteur Matthieu DEBRAY.- Merci beaucoup.

Avant de vous laisser déjeuner, nous allons partager une dernière question entre Pascal COUTURIER et Bruno FANTINO concernant les problèmes quotidiens.

Professeur Pascal COUTURIER.- Une question rejoignait la première : selon vous, les personnes chutent-elles davantage ces dernières décennies comparativement aux années 30, 40, 50 ?

Et une question sur la précarité des personnes âgées, sur le fait que le minimum vieillesse n'est pas très haut et qu'une chute coûte cher. Ce qui coûte cher, manifestement, ce que l'on a bien identifié, c'est la prise en charge des aides techniques pour les yeux, j'y joindrai l'audition, en gros en disant : que fait la CPAM pour nous aider ? On pourrait parler aussi des dents, etc. Et pose le problème du fait que la première chose, c'est que les sujets âgés vivent plus vieux et que parmi les choses qui marchent moins bien, il y a tous les périphériques, c'est-à-dire l'audition, la vue et tout le neurosensoriel. C'est l'un des domaines dans lequel on a le moins progressé par rapport aux autres domaines : cardiovasculaire, appareil locomoteur. Et quand on étudie l'espérance de vie sans incapacité, la contribution à l'espérance de vie sans incapacité de la pathologie neurosensorielle est plus faible que dans les autres domaines. Donc cela pose la question du soin que l'on va apporter pour l'avenir dans la prise en charge du niveau de dépistage et du niveau de prise en charge par des technologies qui existent maintenant mais qui sont très chères, et sur lesquelles il faut casser les prix. Il faut absolument que les volumes permettent de casser les prix et que la Sécurité sociale puisse avoir des prix de remboursement et des prix de production qui soient raisonnables pour servir les seniors

européens, parce que c'est indiscutablement un problème.

Docteur Bruno FANTINO.- Problème auquel je ne suis pas mandaté pour répondre, hélas, mais j'ai bien noté et je suis complètement d'accord avec cette approche.

Pourquoi n'a-t-on pas étendu l'expérimentation que je vous ai présentée à Annecy, pour la personne ? Voir le Dr POQUET, mon homologue, qui est médecin directeur du centre d'examens de santé d'Annecy. Il y a la possibilité sur Annecy d'établir des liens et de faire quelque chose.

Question : je ne crois pas aux ateliers de prévention, on y retrouve toujours les mêmes personnes, qui ne sont pas forcément à risque. Je suis complètement d'accord avec vous. C'est justement pour cela que l'on a mis en place cette recherche-action, qui encore une fois a ses limites. Sur le plan méthodologique, ne pas avoir un groupe témoin, on a fait un avant/après, mais pas un ici/ailleurs.

Le problème est que la recherche-action, c'est très bien, sauf que même si cela se fait à coût marginal, cela a tout de même encore un coût. Et dans le cadre de la Sécurité sociale comme ailleurs, si vous développez des recherches actions mais que c'est au détriment des objectifs qui vous sont faits par le niveau national, vous aurez des problèmes. On est quand même sous contrainte.

Bien évidemment, faire en sorte qu'il n'y ait pas qu'un effet volontaire simple qui fait que ceux qui vont aux ateliers prévention des chutes, ce sont ceux qui sont peut-être le moins exposés au risque, cela paraît être le *primum movens* de notre action.

Et puis, la dernière question : nous remarquons que 80 % des personnes gagnent en équilibre et en force musculaire. Je suis content quand vous dites cela, cela veut dire que vous avez sans doute mis en œuvre une démarche d'évaluation. C'est quelque chose d'extrêmement novateur. Ce n'est pas le tout d'être convaincus, l'enfer est pavé de bonnes intentions. On va faire le bien des gens, encore faut-il prouver qu'effectivement on fait le bien.

Et bien entendu il faut donner la liste des possibilités locales. Sinon, faire un score prédictif du risque de chute, si on n'est pas capable d'orienter les personnes sur la bonne intervention, c'est un coup d'épée dans l'eau. Je suis complètement d'accord.

Nous sommes au tout début de ces choses-là. Je m'adresse aussi à la personne qui a mis en place le programme « pied » canadien. Effectivement, on est au tout début de dispositifs qui en termes d'organisation des soins devraient être beaucoup plus largement développés. Nous sommes les artisans de la santé publique, de-ci, de-là, par petits pas, effectivement nous faisons progresser les choses.

Docteur Matthieu DEBRAY.- Merci beaucoup.

(La séance, suspendue à 13 h 00, est reprise à 14 h 35).

Docteur Matthieu DEBRAY.- Cet après-midi nous allons être plus dans un côté pratique, avec tout d'abord le Docteur Régis HERBIN, urbaniste, qui va nous parler de la dimension architecturale.

Ensuite, nous aurons une table ronde, où nous serons dans un concret multidisciplinaire, nous l'espérons, et dans une dimension de prévention de la chute.

Je vais tout de suite appeler M. Régis HERBIN à venir nous parler pour trois quarts d'heure des espaces de vie adaptés pour tous.

Des espaces de vie adaptés pour tous

M. Régis HERBIN.- Bonjour à tous.

Je me sens un peu étranger parmi ce public, car il n'y a pas beaucoup de gens issus de l'aménagement ici, alors que je trouve qu'il est fondamental, si l'on veut améliorer la qualité de vie de tous et réduire les risques de chute, entre autres dans nos espaces de vie, de travailler un peu plus ensemble : le monde qui s'occupe de l'accompagnement des personnes et de leurs soins, et le monde de l'aménagement, qui aujourd'hui sont beaucoup trop séparés les uns des autres.

Je vais vous parler des aménagements, mais auparavant je vais vous présenter un petit peu la démarche, car je pense que l'on ne résoudra jamais le problème de l'inaccessibilité, de l'inconfort, du mauvais aménagement des espaces de vie que l'on peut encore avoir aujourd'hui, sans remettre en cause complètement nos méthodes d'approche.

Tout d'abord, en ce qui concerne mon origine, depuis un peu plus de 40 ans maintenant je travaille sur l'accessibilité autour des personnes handicapées et personnes âgées. Je dirige le CRIDEV, le Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie. Ou plus simplement le cri de Ève, Ève étant le symbole de l'humanité souffrante. (*Rires*). C'est un bureau d'études associatif dont le Conseil d'administration est composé de l'ensemble des associations de personnes handicapées, personnes âgées du département de l'Isère, y compris d'associations de défense de la famille. C'est-à-dire tous les usagers qui ont des besoins spécifiques, et qui à une époque, voici une quinzaine d'années maintenant, se sont posé la question : peut-on laisser faire l'adaptation de l'espace, officiellement au nom de l'accessibilité, en mettant en difficulté d'autres catégories de personnes ? Exemple : à force de faire des abaissements de trottoirs pour permettre à des personnes en fauteuil roulant de descendre et monter un trottoir, on accentue les risques de chute des personnes âgées. C'est quelque chose qui n'est pas totalement logique qu'au nom de l'accessibilité, on handicape d'autres personnes. Autre exemple : on a baissé toutes les boîtes aux lettres, et finalement les personnes âgées ne peuvent pas se pencher suffisamment pour aller aux boîtes les plus basses, ce qui aussi n'est pas très logique. Et des petits exemples comme cela, on en a des milliers.

On va essayer de voir les causes de cela, et la première c'est de se poser les questions : pourquoi notre espace de vie aujourd'hui n'est-il pas adapté aux besoins de tous ? Pourquoi, quelle que soit notre différence, qu'elle soit physique, sensorielle, psychique,

cognitive, mentale... ? Là, je ne fais que réciter le texte de la loi de 2005 qui prend en compte l'ensemble des personnes dites handicapées, car même si dans le texte on parle de personnes âgées, les décrets et arrêtés qui donnent les exemples d'application à faire ne sont pas adaptés à la personne âgée. Pour une bonne raison : par exemple, une personne âgée qui se retrouve obligée d'utiliser un fauteuil roulant, c'est en général parce qu'elle a perdu la force des jambes et des bras. Peu de personnes âgées utilisent un fauteuil roulant comme un paraplégique sportif faisant du basket, etc. Or la réglementation est faite pour ce type de personne qui est capable de faire un transfert autonome de son fauteuil à un WC par exemple, alors que ce n'est pas du tout le cas des personnes âgées. Ce qui fait qu'il faut de la place pour la tierce personne qui va aider l'habitant ou la personne âgée au transfert... -je préfère dire comme les Canadiens « les aînés », je trouve que c'est beaucoup plus symbolique parce que les aînés sont des gens qui ont vécu et qui ont à transmettre aux autres, alors que personnes âgées, cela fait un peu mis à part-. On reviendra sur le fond du problème.

Donc l'enjeu est celui-là, aujourd'hui tout n'est pas pris en compte complètement, même si on se dit que l'on va faire les choses aux normes et respecter la législation en place.

L'un des problèmes vient essentiellement d'abord des professionnels, vous aussi, mais je parlerai surtout des professionnels de l'aménagement, qui aujourd'hui voient encore de façon très négative la prise en compte des difficultés des usagers. Ce n'est pas culturel chez nous de prendre en compte les gens, quelles que soient leurs différences. Et l'on voit encore des stars de l'architecture qui nous disent : « Quelle est cette législation qui handicape notre créativité ? » Vous voyez bien que quand on pose le problème de cette façon, on est loin de l'avoir résolu.

Et c'est vrai qu'aujourd'hui, quand vous utilisez le terme d'accessibilité, tout le monde voit tout de suite le mot "handicap". Et

derrière le mot handicap, on voit essentiellement la personne en fauteuil roulant, et bien sûr les contraintes, la difficulté, etc. C'est une approche complètement négative, alors que ce n'est pas du tout le problème. Il faut changer. Ce n'est pas du tout l'approche que l'on veut. Pour cela, il faut déjà faire attention aux mots. Et personnellement, lors d'un travail ou d'une étude, maintenant, on n'utilise plus le terme d'accessibilité, on parle de « convenance » d'un espace de vie. Le terme de convenance est clair, c'est la qualité de ce qui est conforme aux usages, c'est typiquement ce que l'on veut faire, mais aux usages de tous.

Or aujourd'hui il faut bien prendre en compte que la personne âgée ou la personne handicapée n'est pas quelqu'un qui nous pose un problème nouveau. C'est quelqu'un qui révèle le problème de l'inaccessibilité et de l'inconfort de nos espaces, de son imperceptibilité, etc. C'est quelqu'un qui avec sa différence, amplifie les besoins de tous. Quand je travaille avec une personne aveugle par exemple, je ne travaille pas avec quelqu'un qui ne voit pas clair. Personnellement je ne suis pas médecin, même si je suis docteur en urbanisme, je ne peux rien faire pour sa cécité. Par contre je vais travailler avec un expert en tactile, un expert en acoustique, un expert en podotactile, un expert en olfactif. Quelqu'un qui grâce à sa différence a développé une compétence que moi-même j'ignorais. Toutes les personnes âgées, les personnes handicapées ont été mes principaux enseignants. Elles m'ont appris à percevoir l'espace d'une autre façon, à vivre l'espace d'une autre façon. Et c'est cela l'enjeu.

Pour vous donner un petit exemple : vous utilisez tous une prothèse pour handicapé en rentrant le soir chez vous. Laquelle ? La télécommande. (*Rires*). La télécommande est issue de la recherche pour les personnes handicapées, pour permettre aux personnes qui ne peuvent pas se déplacer vers leur téléviseur de pouvoir le commander à distance. Mais pensez-vous qu'en allant acheter votre télévision, si le vendeur vous avait dit : « Au fait, avec la télé, prenez-vous la prothèse pour handicapé ? » vous l'auriez prise ? (*Rires*). Non.

Tout le problème est là : c'est que l'on centre ce problème, qui est un problème de qualité d'usage des espaces pour tous.

C'est cela qu'il faut développer et sur ce qu'il faut travailler : la qualité d'usage. C'est pour cela que l'on a mis en place cette démarche appelée maintenant HQU, Haute Qualité d'Usage, le nom barbare de HQU ayant été utilisé pour faire le parallèle avec la HQE, la Haute Qualité Environnementale.

Donc l'enjeu est de changer le regard vraiment, mais c'est aussi de changer nos approches culturelles. Vous avez ici les modèles types qui nous servent dans l'architecture depuis des millénaires : le Manpower, l'Homme de Vitruve, a plus de 2000 ans, c'est Léonard de Vinci qui a mis cela au propre dans ses esquisses, mais c'est issu de la tradition de deux millénaires. Après, vous avez le modulaire de Le Corbusier. Et c'est comme cela que l'on a conçu tout l'espace. Par exemple, comment a-t-on décidé qu'une chambre d'enfant devait faire 7 mètres carrés minimum ? Tout simplement parce qu'on prend un Modulor, qui a priori ne semble pas être un enfant. (je suis désolé, il y a beaucoup de dames ici, ce n'est pas vous). C'est nous, les hommes : 1,83 mètre, 80 kilos (svelte, jeune, intelligent, certainement riche aussi d'ailleurs... *(Rires)*). C'est cela le Modulor. C'est le modèle, et tout est conçu comme cela. Pour une chambre d'enfant, on a mis un Modulor dans un lit, et on a regardé ce que l'homme modèle prenait comme place pour faire le lit. C'est 60 centimètres en plus de chaque côté, plus un placard de la carrure du Modulor, on trace un rectangle, et la loi nous a sorti une surface minimum de 7 mètres carrés.

Ce n'est qu'un simple exemple, mais tout est conçu comme cela. Et on a fait une erreur fondamentale. Je fais mon mea culpa puisque je faisais partie de la commission à l'époque (c'était en 1970, avant la sortie de la loi de 1975). On s'est dit : à partir du moment où on calcule tout sur un homme standard idéal, cela pose problème. Et les personnes en fauteuil roulant en particulier étaient exclues de partout, puisque là où le Modulor pouvait passer, elles ne passaient pas

systematiquement. Donc on a dit : à partir de maintenant, le nouveau Modulator, c'est un homme assis dans un fauteuil roulant. Voilà comment on a légiféré, et qu'on légifère encore malheureusement, et que l'on se retrouve avec ce gabarit de l'homme en fauteuil roulant. Et maintenant on a toutes les personnes de petite taille, atteinte de nanisme, qui nous disent : « Mais nous, on refuse, maintenant on ne peut plus aller au restaurant parce que tous les WC sont surélevés, on ne peut plus aller aux toilettes ». Vous avez baissé des hauteurs, fait des plans inclinés où les personnes âgées chutent beaucoup plus facilement, ce qui pose un vrai problème.

Donc ce n'était pas du tout la solution. Arrêtons de travailler pour telle ou telle catégorie. On se mettait à trouver des solutions pour Untel, par exemple on avait à une époque la cabine téléphonique pour la personne en fauteuil roulant, la cabine téléphonique pour le Modulator (celle d'origine), et après une nouvelle cabine que l'on avait mise en place pour les aveugles, avec des touches tactiles et du braille sur le clavier. Et vous aviez même pour les sourds ce que l'on appelait à l'époque le Minitel Dialogue, qui leur permettait aussi de communiquer. Donc chacun, en fonction de sa différence, avait droit à sa porte d'entrée.

Cet esprit-là, on voulait arrêter. Il a fallu même légiférer en 2000, avant la nouvelle loi, puisqu'on s'était rendu compte que statistiquement 80 % des équipements publics et des locaux d'habitation faisaient entrer les personnes handicapées en fauteuil par la même porte que les poubelles. Tout simplement parce que dans la même période était sortie la législation qui obligeait pour des raisons de facilité de transport des poubelles, de mettre des poubelles sur des roulettes. Résultat, le concepteur s'est dit : tout ce qui a des roulettes passe par la même porte ! (*Rires*).

Vous voyez tous les effets pervers que l'on a pu avoir. Donc on change de méthode. L'homme standard n'existe pas. Rassurez-vous, Mesdames, la femme standard n'existe pas plus non plus. (*Rires*).

C'est un panel. Et nos références ne doivent pas être l'idéal mais le cumul de toutes ces différences.

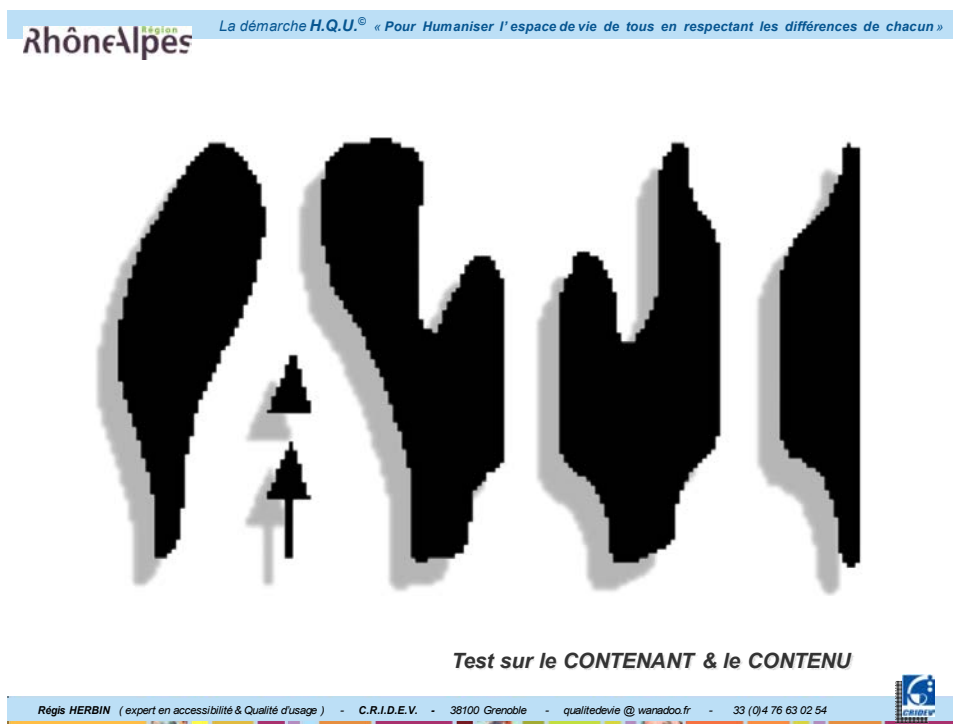
Ces panels, comment prendre en compte tout cela ? C'est la différence qui doit devenir la référence, et non l'idéal. Et en plus, bien sûr, la constance n'existe pas. Même si vous avez l'occasion à l'apogée de votre vie d'être standard ou dans des cotes idéales, etc., cela ne dure pas. Déjà enfant, quand on est bébé dans un landau ou une poussette, on pose problème à notre père et à notre mère qui nous pousse. Ensuite, la turbulence de l'enfant n'est pas prise en compte beaucoup dans l'aménagement non plus. Les chutes chez les jeunes sont tout de même pas mal non plus, pas pour les mêmes causes que les personnes âgées, mais elles sont sérieuses, avec tous les risques d'accidents derrière, et avec l'âge, bien sûr, cela ne va pas dans le bon sens.

Statistiquement, l'INSEE en 2000 avait fait un référencement des déficiences motrices : 13,4 %. Déficiences sensorielles : 11,4 %. Déficiences organiques : 9,8 %. Déficiences intellectuelles ou mentales : 6,6 %. Rassurez-vous, quelques-uns ont la chance de ne pas cumuler, donc au lieu de faire 42 % au total, on doit être dans les 38 % à peu près. Bien sûr, ce pourcentage, ce ne sont pas les gens qui portent une carte de personne handicapée, mais les gens qui ont cette déficience. Et quand on sait qu'en 2010 la population française avait atteint 30 % pour de personnes âgées de plus de 60 ans, et qu'en 2030 les 85 ans vont tripler et que les plus de 65 ans vont doubler, on sait que c'est plus d'une personne sur deux qui sera touchée par le problème. Et quand on regarde, en fait le problème n'est pas de traiter les personnes différentes, mais de développer le confort et la sécurité pour tous, donc de bien mettre en place cette procédure qualité d'usage pour l'ensemble. On voit bien que cela change le regard et qu'on n'est pas dans quelque chose de minimum. Quand je disais que c'était culturel, il faut aussi changer tous les abords.

Vous, vous êtes centrés sur l'homme. Vous qui

accompagnez, que ce soit pour aider la personne ou que ce soit pour la soigner, vous êtes centrés sur la personne. Les aménageurs sont centrés sur l'espace, sur le bâti. Et c'est l'un des grands problèmes, parce que l'usage d'un espace n'est pas les murs, le sol, etc. Cette salle ici, c'est des murs, un parquet, une estrade, un pupitre, très peu commode (*Rires*), des chaises, et vous en tant qu'usagers à l'intérieur. C'est tout ce qui est matière. En réalité, tout cela, ce sont des barrières. Ce sont les obstacles auxquels je me heurte. Or nous, ce qui nous intéresse pour les gens, c'est : quels sont les espaces de liberté qui sont générés entre ces murs, etc. Et pour cela, il faut changer culturellement.

(Projection d'une diapositive).



Un petit test rapidement, que certains connaissent peut-être : spontanément, que voyez-vous ?

Réponse du public.- Des oreilles de lapin. Des mains. Des ailes.

M. Régis HERBIN.- Vous voyez qu'au premier abord on regarde la matière, le noir. On s'accroche d'abord à la matière, et c'est cela le vrai problème. L'espace de liberté, c'est ce qu'il y a entre la matière.



Test sur le *CONTENANT* & le *CONTENU*

Régis HERBIN (expert en accessibilité & Qualité d'usage) - C.R.I.D.E.V. - 38100 Grenoble - qualitedevie@wanadoo.fr - 33 (0)4 76 63 02 54



Et là, que voyez-vous ? J'ai entendu certains dire : « On commence à voir des passages, des circulations ».

En réalité, vous voyez trois lettres : A – T – I. Et maintenant que vous les avez vues, vous allez continuer à les voir.

C'est tout le changement culturel que l'on demande aux professionnels : de ne plus se centrer sur la technique, sur la matière, sur ce qui perturbe, ce qui pose problème, ce qui porte des barrières architecturales entre autres, mais sur ces espaces interstitiels qui sont les espaces de liberté. C'est tout un changement.

Pour cela nous allons arrêter de travailler sur : « Que faut-il pour la personne en fauteuil ? Que faut-il pour la personne aveugle ? Que faut-il pour la personne âgée ? Etc. ». Non, en faisant comme cela, on ne s'en sort pas. L'esprit, c'est : comment vais-je développer chacun des éléments qui sont là, ce que nous appelons des « champs de convenance » : la motricité, la perception de l'espace, tout le champ de la psyché, la prévenance. Je ne vais pas entrer dans le détail car on n'a pas le temps, mais un exemple : quand on travaille sur la sécurité, on ne travaille pas sur comment être en sécurité. Les professionnels savent très bien faire. Être en sécurité, évacuer d'urgence une salle en cas

d'incendie ou autre, ce n'est pas le problème. C'est comment je me sens en sécurité. On a fait l'expertise du Louvre par exemple, on s'était rendu compte que dans les sous-sols, 42 % des visiteurs ne se sentent pas en sécurité. Quand on dit cela aux pompiers, ils disent : « Vous êtes fous, c'est une honte de dire cela, etc. ». On dit : « Oui, mais c'est la réalité pourtant ». Et pourquoi ? Tout simplement parce que les issues de secours sont cachées pour des raisons esthétiques, elles disparaissent dans les murs, on ne les voit pas, elles s'ouvriront, mais les gens ont en tête qu'ils ont mis près de 2 heures à arriver à un endroit et qu'ils ne savent plus où est l'entrée, après s'être perdus dans le labyrinthe du Louvre. Donc ils ne se sentent plus en sécurité. Ils ne s'imaginent pas que des portes vont s'ouvrir, que des vérins vont soulever les pavés de la place publique pour laisser sortir les gens. Même des professionnels de l'architecture ont parfois du mal à imaginer des systèmes de secours aussi sophistiqués.

Donc l'enjeu est celui-là : comment va-t-on se sentir en sécurité ? Et cela remet en cause toutes les approches.

Et puis, bien sûr, voir un dernier concept, qui est celui de l'adaptabilité, comment les choses peuvent évoluer, etc. Donc on est sur d'autres critères.

Un accueil d'hôpital



Je suis accueilli dans le bâtiment

Pour vous montrer la différence, voici une photographie. J'ai choisi un hall d'hôpital. Vous êtes à la porte d'entrée, que ressentez-vous quand vous entrez ? Il est parfaitement aux normes. Au point de vue motricité, vous avez de la place pour évoluer, pas de problème. Mais si on regarde dans le détail, j'ai passé un temps à observer les gens qui circulaient ici : personne ne marche sur la bande centrale. Elle a été faite pour guider les gens vers l'accueil. Bien sûr, la banque d'accueil est aux normes, il y a des abaisssements pour les personnes handicapées, mais on les a mises de côté, parce qu'esthétiquement on ne va quand même pas mettre les handicapés en face.

Donc les gens passent sur le côté, et même parfois ils passent carrément derrière les poteaux avant d'arriver à l'accueil tellement ils se sentent en insécurité en franchissant ce grand espace, jusqu'à "l'hôtel" d'accueil. D'ailleurs la banque est tellement haute qu'on voit à peine le dessus de la tête de la personne. Si vous venez faire une piqûre ici, avec cette espèce d'épée que l'on tend devant vous quand vous arrivez (*Rires*), cela vous met dans l'ambiance !

Et pour rester dans les chutes, vous voyez qu'il y a un sol

composé deux types de revêtement. Le premier qui ne brille pas et le deuxième qui brille. Pourquoi ? Tout simplement parce que pour un hôpital ce n'était pas terrible qu'après 6 mois d'utilisation il y ait eu en moyenne une jambe cassée tous les 15 jours. C'est dans le nord, à Saint-Quentin ; il pleut beaucoup par là. Et pourtant, ils y ont mis de l'argent, de la lumière dans les sols pour guider les gens, etc.

Vous voyez bien que l'on n'est pas dans des problèmes économiques, mais que l'espace nous génère des comportements qui peuvent être pathologiques. Et cela n'est actuellement pas pris en compte vraiment dans l'enseignement en architecture. J'ai été nommé expert au Ministère de la Culture pour mettre en place l'enseignement dans les écoles, et je peux vous dire qu'aujourd'hui autant les étudiants sont intéressés, autant les enseignants sont encore très réticents à ce type d'approche.

Rhône-Alpes

La démarche H.Q.U.® « Pour Humaniser l'espace de vie de tous en respectant les différences de chacun »

Un hall
d'hôpital



Je me déplace dans le bâtiment

Régis HERBIN (expert en accessibilité & Qualité d'usage) - C.R.I.D.E.V. - 38100 Grenoble - qualitedevie@wanadoo.fr - 33 (0)4 76 63 02 54



Si vous regardez cette photo latérale du même espace, vous voyez que pour une personne malvoyante ou handicapée mentale, c'est insupportable, elle ne sait même plus où est le sol, où sont les murs, les verticales, les horizontales, il n'y a plus de distinction. On ne sait pas si la lumière vient du dessus ou du dessous, cela brille de partout. Vous

sentez bien là que l'on est dans un problème d'ambiance et que l'on n'est pas dans l'accessibilité classique physique dont on parle classiquement.

L'enjeu : une chose très importante, c'est de respecter la chaîne du déplacement, que nous appellerons la chaîne d'usage. C'est particulièrement important. On y a travaillé et on respecte cette approche. (j'ai d'ailleurs écrit avec le Ministère de la Santé un guide pour l'évaluation de la qualité d'usage dans les EHPAD). Pour nous, la prise en compte de l'étude d'un espace doit partir de l'espace le plus intime de la personne pour aller vers l'espace le plus public. C'est à l'envers de la perte d'autonomie. Aujourd'hui si on perd son autonomie, le GIR 1, c'est la personne qui se retrouve confinée dans le lit ou dans le fauteuil roulant, qui ne bouge plus, qui n'a plus de déplacement. On va partir de ce lieu-là et voir de quelle façon on peut continuer à faire sortir les gens. C'est-à-dire comment les aider à aller le plus loin possible en utilisant tous leurs sens, tous leurs moyens de perception. Par exemple, s'ils sont coincés dans le lit, c'est faire des fenêtres plus grandes pour qu'ils puissent voir facilement ce qui passe à l'extérieur et pouvoir voir un peu la vie dehors. C'est leur mettre des moyens de communication pour être en contact sur d'autres plans, etc. C'est toute une approche.

C'est tout ce parcours, qui part du parcours résidentiel, là où on a la chambre, le lit, le logement, etc., en passant par les parcours urbains, pour aller vers les services ouverts au public, collectifs, etc. Donc c'est cette chaîne de déplacements.

Dans un EHPAD, on travaille sur les six espaces : l'espace privé, qui pour nous est celui de la chambre. Après, il faut traiter la continuité et celle-ci doit se faire en douceur, parce qu'on parle des chutes, mais les chutes, (certes il y a le fait de se prendre les pieds dans un tapis, de tomber dans un escalier, etc...) c'est une chose. Ce sont des causes physiques très concrètes que les gens peuvent facilement avoir. Mais en réalité, l'enjeu c'est aussi que les gens ne perdent pas leur

attention en permanence. On peut simplement être distrait par autre chose, qui fait que l'espace n'est pas suffisamment adapté. Un petit exemple : on nous a demandé d'aménager un logement pour une personne âgée. La personne avait besoin de deux choses essentielles : elle ne pouvait plus aller à la cave, elle venait de perdre son mari et elle n'avait plus suffisamment de motricité pour descendre en pleine sécurité l'escalier qui la menait au sous-sol pour régler son chauffage. Donc on lui a dit : « Il faut mettre un thermostat, et en plus, ce sera des économies en énergie ». Et autre chose, elle ne pouvait plus manipuler ses volets métalliques, des persiennes très difficiles à manœuvrer. On lui a dit : « Il faut mettre des volets roulants commandés ».

Quand on revient et que l'on regarde les travaux qu'elle avait fait faire, je la trouve sur un tabouret, sur la pointe des pieds, regardant dans le bas de ses lunettes, ne comprenant rien sur le thermostat, parce que bien sûr, pour des raisons de (mauvais) design, l'entreprise avait choisi quelque chose de tout blanc, extrêmement beau, mais bien sûr elle ne distinguait pas les petits chiffres en relief du reste. Et de plus, il l'avait posé à une hauteur traditionnelle : 1,70 mètre, ce qui fait que la personne, pour l'atteindre et regarder dans le bas de ses lunettes, devait monter sur un tabouret. C'était encore plus dangereux et elle risquait encore plus de chuter que de descendre à son sous-sol pour régler son chauffage en bas. Voilà le genre de chose.

Et pour la commande du volet roulant, on avait pourtant demandé qu'ils mettent la commande à l'entrée de la pièce, car c'est tout de même plus pratique de commander un volet roulant quand on arrive dans la pièce, de la même façon que l'interrupteur de lumière quand on arrive. Bien sûr, l'entreprise l'avait mise près de la fenêtre pour se faciliter la tâche. Et la personne devait se mettre à genou sur son fauteuil, écarter le rideau pour trouver la commande.

Vous voyez bien les conditions dans lesquelles, au nom de l'accessibilité, les travaux faits étaient encore pires pour elle sur le plan des risques et des chutes, etc. Et c'est en permanence que l'on a ce

genre de petits problèmes.

Donc là on voit dans les différents espaces le type d'approche qu'il faut avoir et comment on passe d'un espace le plus privé vers le reste.

Dans les EHPAD, l'espace privé et l'espace semi-privé : l'espace semi-privé, c'est quelque chose d'important, que malheureusement on ne trouve pas assez dans les EHPAD aujourd'hui, puisque je rappelle quand même que la volonté aujourd'hui édictée par les ministères et dans les guides, est que l'on doit faire en sorte que la notion d'habitat soit très présente dans un EHPAD, plus que la notion hospitalière. Il est évident que le soin doit être rendu, mais la personne doit se sentir dans un habitat. Et le problème, c'est que très souvent on a par exemple des chambres dans un couloir classique, avec des petits écartements devant les portes d'entrée, mais en fait la personne n'a pas le choix : elle est dans sa chambre, dans son espace privé, ou quand elle sort, elle est carrément dans les couloirs, c'est-à-dire dans l'espace collectif.

L'enjeu est de traiter ces continuités. Maintenant on va essayer de préconiser d'avoir des petits groupes de chambres, des unités de vie, pas plus de 14 lits, et qui forment des petits espaces intimes qui seront appropriés de façon semi-collective. C'est de l'espace semi-privé, il faut que la personne puisse encore un peu se l'approprier avant de se retrouver dans les espaces purement collectifs, etc. Donc toute cette continuité est vraiment à traiter, et à traiter dans une douceur qui n'est pas facile.

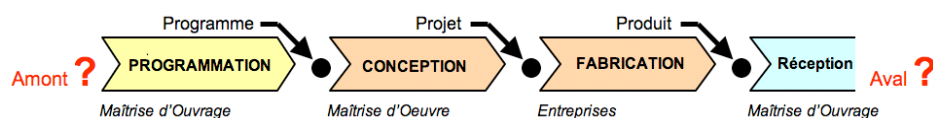
Un autre exemple simple en technique : la plupart du temps dans les EHPAD, on trouve des portes d'entrée des chambres qui font 1,10 mètre ou 1,20 mètre. C'est une hérésie. C'est encore un héritage de l'hospitalier, dans lequel on demande à avoir des portes extrêmement larges pour sortir la personne avec son lit, pour aller par exemple sur la table d'opération. Mais ce n'est le cas d'un EHPAD. Quand on sort un lit d'une chambre dans un EHPAD, c'est quand on change de résident

par exemple, mais pas au quotidien du tout. Donc, que l'on ait des portes tiercées, c'est-à-dire une partie semi-fixe et une porte de 0,90 mètre, qui permet d'être manœuvrée très facilement. Car le problème avec des portes extrêmement larges comme cela, on n'a pas de place dans l'angle pour ouvrir la porte. Résultat : les portes sont tout le temps ouvertes parce que les gens ne peuvent pas s'en servir de façon autonome. On perd donc toute cette intimité, on perd cette notion d'espace privé. Quand vous passez dans les couloirs, vous vous sentez comme si vous étiez à l'intérieur de la chambre, il n'y a plus d'espace privé proprement dit.

Ce sont des notions à retravailler, qui aujourd'hui ne le sont pas encore suffisamment.

Où est la place de l'utilisateur dans la production actuelle ?

Le processus d'élaboration d'un produit, quelle que soit son échelle, est promu par le maître d'ouvrage.
Il définit le programme du projet, il confie la conception au maître d'œuvre et la réalisation aux entreprises.
La réception du produit sur les plans techniques, esthétiques et financiers clôture l'opération.



Où est la place de la Maîtrise d'Usage ?

Que se passe-t-il en amont et en aval du processus ?

Comment est pris en compte la véritable demande des Utilisateurs ?

Quel est le niveau de satisfaction de l'utilisateur ?

Ce schéma est un changement radical par rapport à l'organisation du travail dans l'aménagement. Aujourd'hui, quand on parle d'aménager un espace ou de faire qu'il soit neuf, que ce soit une réorganisation ou une réhabilitation, on part de la programmation. On part d'un programme et on fait le programme. C'est la qualité qui sera prévue. Ensuite on fait tout le processus de production pour arriver à une qualité produite. Et on s'arrête là. La phase de transition qui

consisterait à livrer l'espace à l'utilisateur n'existe pas. Elle n'est pas obligatoire du tout. Aujourd'hui on livre l'utilisateur à l'espace et non pas l'espace à l'utilisateur. Et toute cette phase ensuite, ce qui compte pour nous, là où on va pouvoir mesurer la satisfaction du résident, de l'habitant, de l'utilisateur en général, c'est la différence qu'il y a entre sa demande profonde d'origine, entre ses véritables besoins et ce qu'il va percevoir à l'arrivée de ce qui est produit.

En ville, vous voyez des tas de bandes podotactiles soi-disant pour les aveugles. Si vous regardez dans le détail, vous vous rendez compte que 90 % de ces bandes ont besoin d'être vues pour être utilisées, ce qui tout de même pose un petit problème pour les aveugles. (*Rires*). Elles ne sont pas alignées, il y en a à un endroit et pas ailleurs, etc. Donc vous ne pouvez pas vous en servir dans un fonctionnement et dans un usage classique. On a encore beaucoup à apprendre.

Donc l'enjeu est d'organiser toute la phase d'utilisation, ce qu'on appelle la maîtrise d'usage, c'est-à-dire travailler avec l'utilisateur. Et dans le cas présent, ce qui est important, c'est que les professionnels de l'accompagnement et les professionnels de l'aménagement se mettent à travailler ensemble. Sinon, ne vous étonnez pas si les besoins profonds des personnes âgées et des personnes handicapées, des gens qui ont un besoin spécifique, ne soient pas pris en compte, parce que les professionnels de l'aménagement n'ont pas suffisamment ce contact avec les professionnels de l'accompagnement. C'est un grand enjeu des décennies qui arrivent, de se mettre en contact pour travailler ensemble.

Les différentes étapes du parcours : dans les différentes étapes que l'on essaye de mettre en place, au départ, c'est travailler avec les usagers pour qu'ils s'expriment. S'exprimer, c'est toute une technique, parce que quand on a des personnes qui sont soit handicapées au niveau mental ou des personnes âgées qui ont perdu la notion de repérage, d'orientation, etc., elles ne vont plus s'exprimer, donc c'est avec les professionnels qui les accompagnent et qui travaillent avec elles que l'on aura l'expression de leurs besoins.

Travailler avec des usagers, pour nous, c'est deux choses : l'utilisateur, le citoyen pour lequel on a fait l'équipement, l'habitant ou le résident, mais c'est aussi bien sûr tout le personnel d'accompagnement qui est également un usager de l'espace, qui doit complètement travailler avec.

Après, on a une phase de négociation, c'est-à-dire que c'est bien beau de rêver au Père Noël et de dire tout ce que l'on a besoin, malheureusement on sait bien que les moyens dont on dispose sont souvent insuffisants et qu'il faudra faire des tris. Donc on va prioriser les choses à mettre dans le programme, mais au moins que dans le programme arrivent des éléments qui soient très précis et bien définis.

Aujourd'hui par exemple, dans des programmes on a besoin d'assises pour les personnes âgées devant l'établissement. Qu'est-ce qu'on voit ? Le professionnel va mettre un banc très confortable. C'est pratique pour gérer l'établissement puisque la personne âgée ne risque pas de fuguer. On la prend, on la met sur son banc, il est tellement confortable qu'elle ne sait pas se relever toute seule. Donc on la récupère à 17 heures, pas de problème, elle est encore là. (*Rires*). C'est une façon de gérer.

Mais en réalité, si on avait posé vraiment le besoin, on aurait parlé par exemple d'assis-debout, c'est-à-dire des assises où même si on a peu de puissance respiratoire ou peu de muscles dans les jambes pour se relever, avec une légère assise simplement on s'assoit, on se repose et on repart, etc. Or aujourd'hui dans l'espace, vous en voyez très peu. Vous voyez des appuis-debout dans les transports, qui ne sont pas du tout des assis-debout, car ceux-là, essayez de vous reposer, vous lâchez les jambes et vous tombez. Des vrais assis-debout, vous en verrez maintenant au Louvre, ils en ont commandé une centaine pour que les gens puissent se reposer.

C'est tout ce problème de la fatigabilité. Aujourd'hui, pour des personnes âgées, l'un des gros problèmes, c'est certes la perte de repérage et d'orientation, mais c'est aussi beaucoup la fatigabilité,

l'équilibre précaire, tous ces éléments qui vont entraîner des chutes.

Au passage, pour les statistiques, sachez qu'au Louvre dans les chutes, ce sont 2 hospitalisations de visiteurs par jour. Certains vont me dire que sur 10 millions par an, ce n'est pas grand-chose. D'accord, mais tout de même. Et on ne compte pas tous ceux qui se sont tordu le pied dans les escaliers et qui n'ont rien dit, qui ne font appel ni aux pompiers du Louvre ni aux médecins de permanence. Vous voyez bien que c'est un vrai problème, qui est permanent, et tout cela au nom de l'esthétique. On ne veut pas mettre de main courante pour que les gens se tiennent correctement, ou alors on fait des mains courantes très design mais pas du tout fonctionnelles.

Ceci pour montrer le parallèle qu'il y a entre les accompagnants et les aménageurs. C'est ce genre d'éléments que l'on doit mettre en place pour arriver à régler nos problèmes. Que chacun travaille ensemble quand on va travailler sur un espace de vie, que l'on ait les professionnels et les usagers, qui eux vont travailler sur leur projet de vie, que l'on va appeler maintenant projet pour vivre. C'est important que l'on ait ce parallélisme, parce que faire travailler des aménageurs sans leur faire le projet de vie ou le projet pour vivre précis, il ne faut pas s'étonner qu'ils ne répondent pas exactement à vos besoins. Donc c'est important que ce travail soit fait ensemble.

Je vais lister rapidement les différentes pièces.

Dans un séjour : par rapport à la sécurité, la position des commandes fait partie des choses qui évitent les risques de chute. Il ne faut pas oublier que plus on va détourner l'attention des gens, plus on va les monopoliser avec des difficultés, plus on va allonger les cheminements, plus on va amplifier le risque de chute. C'est important. Un sol lisse, des espaces corrects. Faire attention que tous les meubles, tous les éléments ne soient pas contondants, que l'on n'ait pas d'angles vifs. La chute est une chose, mais elle peut être bénigne si l'on tombe sur un sol souple sans se cogner la tête sur des angles vifs, mais si on a des tas d'éléments contondants autour, cela devient extrêmement

dangereux, etc.

Dans une chambre : l'aménagement d'une chambre correcte, c'est :

- que l'on puisse passer facilement de son lit à une zone où l'on peut s'habiller à côté, avec un endroit pour s'asseoir.

- que les éclairages soient parfaitement étudiés, au bon endroit, pour que la personne voie correctement le sol entre autres, etc.

- que la nuit on mette par exemple un détecteur de présence qui fait que quand elle se lève quelques veilleuses s'allument et qui font qu'elle peut aller aux sanitaires de façon visible sans avoir à chercher un interrupteur, qui est une fois de plus source de chute dans le noir.

Tout déplacement dans le noir est dangereux. Dans l'aménagement d'une chambre, il est important de prévoir tous ces différents espaces.

Dans les sanitaires : combien de sanitaires ont des barres d'appui, des barres de maintien correctement placées ? Et là on a besoin aussi des professionnels, car même si maintenant tous les aménageurs savent qu'il faut mettre des barres d'appui dans les sanitaires, ils ne savent pas très bien comment ils doivent vraiment les mettre, ils les mettent souvent un peu n'importe comment.

Un petit exemple : la robinetterie. Très souvent la robinetterie est mise au fond de la douche. Donc la tierce personne prend la douche avec le résident. Alors qu'il suffirait que les robinets soient mis latéralement, ce qui ne poserait pas plus de problème à la personne autonome qui se douche qu'à la personne qui a besoin d'un accompagnant pour l'aider à faire sa toilette. Ce genre de petit détail est important.

Et dans les détails, on a par exemple les miroirs : ne pas avoir de miroir fixe où la personne doit obligatoirement se regarder, puisque certaines personnes âgées, quand elles se voient, elles ont peur. Vous n'avez jamais vu dans des établissements, la porte de l'ascenseur qui s'ouvre, et comme on demandait des miroirs pour que les personnes en fauteuil puissent voir les gens qui entrent derrière elles, on mettait

les miroirs presque systématiquement en face, et la personne âgée qui entre, recule car elle voit une personne qui veut sortir au moment où elle entre, et finalement elle n'entre pas dans l'ascenseur.

Donc supprimez tous les miroirs où les gens sont obligés de se voir sans le désirer. On met des miroirs avec des triptyques qui se ferment, qui peuvent se cacher, si on le veut.

Une petite anecdote : dans un EPHAD, on nous avait demandé de faire l'analyse des difficultés rencontrées par les gens, car on disait que cela allait coûter cher de faire des travaux d'aménagement. Je leur ai dit : regardez le temps que passe votre personnel à compenser les erreurs de l'architecture. On a compté et on a trouvé sur un EHPAD de 80 lits, 3,5 équivalents temps plein occupés à compenser les erreurs architecturales. Je ne sais pas si vous voyez économiquement ce que cela représente. C'est rentable. L'accessibilité, la prise en compte de la qualité de l'espace, c'est rentable sur le plan économique parce qu'elle limite le nombre de chutes.

Par exemple, le tramway de Grenoble, premier tram au monde qui a été rendu accessible parce qu'on y a travaillé. On ne s'était pas rendu compte à l'époque que finalement on allait gagner 10 % d'économie au fonctionnement parce que tout le monde monte et descend très rapidement, et de ce fait les personnes handicapées ne font pas perdre de temps plus que les autres, et on a énormément d'économie puisque le tramway va 10 % plus vite que s'il était inadapté. Et on n'a eu aucun accident à la descente et à la montée normale. Je dis « montée normale » parce que des gens se sont fait des accidents contre le tramway, mais ce n'est pas à la montée ni à la descente dans le tram.

Tout cela, ce sont des économies en termes de soins. Ce sont des coûts sociaux extrêmement importants que l'on gagne, etc. Et toute l'accessibilité est comme cela.

Autre exemple d'un des gros problèmes qu'il y avait : l'architecte avait eu une super-idée. Il s'était dit : « On va faire des économies : au lieu de mettre un siège douche, je vais mettre la douche

contre le WC, ainsi la personne peut s'asseoir sur le WC en prenant sa douche. J'aurai économisé un siège ». Mais le factotum qui est venu installer le papier toilette, l'a mis à sa position traditionnelle par rapport au WC, et de ce fait, quand la personne prend sa douche, elle mouille le papier, et bien sûr, quand elle veut aller aux toilettes, elle appelle le personnel pour venir l'aider parce que le papier est mouillé. Et ceux qui y ont pensé et ont mis le papier de côté, appellent quand même le personnel parce que le papier est trop loin, ils ne peuvent plus l'attraper. Cela consomme des heures et des heures. Tout cela pour une simple histoire de papier toilette.

Dans une cuisine : vous verrez rarement des cuisines adaptées avec des barres d'appui le long des plans de travail, alors que c'est aussi une sécurité pour les gens qui ont des difficultés pour porter une casserole, ne pas les faire tomber, etc. C'est aussi une sécurité pour les enfants et pour les chutes du matériel. Ce sont des choses aussi à installer petit à petit. D'avoir des systèmes de four non pas avec des portes basculantes, car après on doit porter le matériel, ce qui est très difficile pour une personne à l'équilibre précaire, mais avoir des portes à ouverture latérale avec des tiroirs de sécurité en dessous qui font que l'on sort le plat du four et on le pose directement dessus, avec beaucoup moins de risques, etc. Des petits détails comme cela, il y en a de très nombreux à faire :

- avoir des aires de manœuvre suffisantes autour des portes, aux abords, etc.
- les poignées de porte.
- les problèmes d'identification.
- le travail des garde-corps entre autres.
- l'état des sols.

Que dans un hall d'immeuble, par exemple il y ait des endroits pour s'asseoir dans les angles pour attendre, se reposer. Quand on vient de monter, d'arriver, on est un peu fatigué, donc pouvoir prendre le temps de se reposer un peu avant de continuer son chemin.

Que tous les espaces soient un peu aménagés.

Les escaliers : c'est bien sûr le lieu suprême de l'attention, puisque 70 % des chutes ont lieu dans les escaliers, donc sur la forme des mains courantes, avec des abaissements, et c'est notre plus grande difficulté. Alors même que l'on fait des dessins extrêmement précis à donner aux entreprises, on n'arrive toujours pas à trouver les bonnes entreprises qui les réalisent correctement. Normalement on doit avoir la main toujours à la même hauteur pour se tenir. Et une main courante, quand on travaille la préhension, ce n'est pas une planche en bois où je dois mettre les doigts et je perds toute ma force, ni trop large pour mettre un joli éclairage par-dessous par exemple, où je n'ai plus de force non plus. C'est simplement un tube, et en plus, quand je vais me cogner la main contre le tube, avec les tendons cela va se fermer automatiquement. C'est la meilleure préhension. Une main courante est faite pour les personnes âgées les plus démunies ou les gens qui ont le moins d'équilibre, et aujourd'hui on les fait encore trop pour des raisons d'esthétique. Dans un EHPAD que je viens d'expertiser, j'ai trouvé des mains courantes qui sont à 1 mètre de hauteur, et avec des planches verticales qu'aucune personne âgée de l'établissement ne peut vraiment utiliser correctement, alors qu'une fortune a été dépensée.

Je ne vais peut-être pas entrer trop dans le détail et laisser un peu de place aux questions si vous en avez, pour que l'on puisse y répondre au niveau des exemples. Sinon je ne m'arrêterai pas et dans trois heures je serai encore là !

(Applaudissements).

Docteur Matthieu DEBRAY.- Merci beaucoup. Pour les questions, nous allons faire le même système que ce matin : des petits papiers vont circuler juste après la table ronde.

Merci beaucoup de cette intervention si riche et qui ne nous a pas du tout endormis, tout le monde est resté bien attentif, bravo ! C'était la période difficile de la journée, vous avez relevé le défi.

Nous allons appeler les intervenants de la table ronde.

Table ronde « prévention de la chute »

Docteur Matthieu DEBRAY.- Mme Camille PETIT, cadre supérieur de santé au Centre Hospitalier Régional de la Région d'Annecy, va animer cette table ronde.

Mme Camille PETIT.- Tout d'abord, je vais remercier le comité d'organisation et le Dr Françoise PICOT, qui me fait l'honneur d'animer cette table ronde autour de la prise en charge de la chute.

Auparavant j'avais envie de faire une toute petite introduction, j'ai vu qu'il y avait environ 600 personnes, j'avais envie de dire, puisque les causes de la chute sont plurifactorielles, elles concernent visiblement beaucoup de monde. En premier lieu, j'aimerais savoir qui travaille autour du domicile ? Je voudrais des bras qui se lèvent. Regardez-vous ! C'est intéressant.

Dans le milieu écologique ? Cela, déjà on sait un peu moins ce que c'est, peut-être que les ergothérapeutes nous en parleront.

Également dans les foyers logement et EHPAD ? On est toujours autour du domicile. Regardez comme vous êtes nombreux, vous êtes donc bien concernés.

Ensuite, qui vient de l'hôpital ? Vous êtes un peu moins nombreux. Et pourtant cela chute dans l'hôpital.

Qui vient des soins de suite et réadaptation ? Un peu plus.

On a vu les établissements qui sont concernés. Maintenant, les professionnels qui peuvent se sentir concernés. Je ferai la même chose. Qui est une personne âgée qui a chuté ? Cela m'interpelle.

Qui sont les familles, les aidants les associations ? Peut-être une association ? Quelques associations.

Ensuite, les paramédicaux libéraux : infirmiers libéraux, kinésithérapeutes libéraux ? Très peu. Cela aussi ça interpelle.

Les pharmaciens ? Il y a une intervenante, mais y en a-t-il d'autres ? Je n'en vois pas. Si, un bras bouge au fond.

Les personnes qui travaillent dans les SSIAD et dans les SMAD ou à l'HAD ? Là, il y en a.

Le médecin traitant bien sûr, excusez-moi, qui a vraiment une importance capitale. Y a-t-il des médecins traitants ? J'en vois quelques-uns

Et l'équipe pluridisciplinaire, on parle beaucoup d'équipe pluridisciplinaire : les médecins traitants, gériatres, spécialistes, les pharmaciens, les gestionnaires de cas, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures podologues, infirmières, aides soignantes, diététiciennes, assistantes sociales, psychologues, psychomotriciennes, auxiliaires de vie. Et architecte, j'ai appris cela tout à l'heure.

Ai-je oublié quelqu'un ? Les tutelles et les managers. Les élus. L'animatrice. J'aurais dû mettre des points de suspension.

Juste pour vous faire raccrocher un peu au fil par rapport à ce matin, on sait que la chute peut avoir des conséquences graves, elle peut conduire à la dépendance, voire à l'installation d'un état grabataire. On sait qu'un syndrome post-chute peut survenir dans les heures qui suivent la chute. Il constitue une urgence gériatrique. Je ne fais que répéter ce qui a été dit matin. Une prise en charge multifactorielle spécifique, rapide, personnalisée va permettre peut-être un retour à l'état d'autonomie antérieure, en tous les cas, dans les trois quarts des cas pour le post-fall syndrome.

Une approche multidisciplinaire est hautement conseillée. Elle suppose une coordination entre les rééducateurs, médecins, famille, aide à domicile et autres professionnels.

Et penser à la prescription. J'ai bien entendu aussi le mot : ne pas laisser tomber les chuteurs.

J'avais envie aussi de savoir un peu quel était l'état des recherches concernant la prise en charge, qu'elle soit multidisciplinaire, en tous les cas de rééducation, dans la littérature et dans la recherche.

Donc je donne la parole à Matthieu DEBRAY, qui est le chef du pôle Gériatrie de l'Hôpital d'Annecy, entre autres.

(Applaudissements).

Docteur Matthieu DEBRAY.- On a parlé un tout petit peu de prévention ce matin, on va continuer cet après-midi.

À quel moment agir pour la prévention de la chute ? Vous voyez une ligne droite, commencée à 50 ans et terminée à 100 ans. Vous pouvez l'allonger. On peut prévenir finalement très tôt, on n'a pas parlé de l'adolescent, ou pas beaucoup, mais on peut prévenir la chute en leur faisant faire du sport, en augmentant le pic de masse osseuse des 18/20 ans, ils se casseront moins à 80 ans. En les faisant manger mieux, c'est une prévention « pré-primaire » : on peut agir très tôt.

La prévention primaire, c'est bien vieillir, c'est prévenir les troubles de l'équilibre. Ce sont des sujets qui n'ont pas chuté, qui ont vieilli, qui ont peut-être 50, 60, 70 ans. Ils ne sont pas particulièrement fragiles. On est dans une dimension de santé publique, d'épidémiologie. Comment prévenir un bien vieillir sans chute ?

Prévention primaire : le sujet n'a pas encore chuté mais ce sont quand même des sujets un peu plus fragilisés, qui commencent à plaire au gériatre que je suis, qui sont un peu fragiles, avec un peu de dénutrition peut-être, un peu de troubles cognitifs, peut-être une fragilité sensorielle (que Pascal a développée ce matin), voire quelques médicaments comme le sel du repas qui vient pimenter tout cela.

Ensuite, on peut aussi prévenir une fois que malheureusement les choses sont faites et que la chute a eu lieu, puisque vous savez qu'elle a la bonne idée souvent, ou la mauvaise idée, de revenir, de se répéter. Donc vous pouvez avoir une prévention secondaire ; même s'il est préférable d'agir en amont de la première chute, ces approches sont complémentaires.

Puis, il y a des multirécidivistes et des patients particulièrement vulnérables, qui sont en institution, et là à certains moments on en vient à rationaliser la contention dont on a parlé ce matin.

Qu'est-ce qui se dit dans la littérature ? Des publications,

il y en a des milliers. Les gens face à cette abondance de littérature sont souvent obligés de faire des méta-analyses, c'est-à-dire des résumés de toutes les études qui sont publiées. Une des « grosses machines » à méta-analyses s'appelle la Cochrane. Donc j'ai fait le défi de présenter en trois diapositives les travaux de la Cochrane, avec trois questions différentes.

1) Prévention primaire : améliorer son équilibre : chez les gens qui n'ont pas encore chuté ou très peu à risque, est-ce que cela marche ?

Question : Des programmes d'exercices sont-ils efficaces pour améliorer l'équilibre chez les personnes de plus de 60 ans ?

Vous voyez qu'on n'est pas encore dans la gériatrie ou la gérontologie du grand âge. C'est vraiment dès 60 ans.

Améliorer son équilibre : tout d'abord sachez qu'il est très difficile de répondre à cette question, pour différentes raisons, dont voici les principales : absence d'évaluation en aveugle. On a parlé ce matin du programme de M. FANTINO. Effectivement, il n'y avait pas un groupe où il n'y avait pas d'intervention. C'est très difficile de faire un groupe sans intervention, comparé à un groupe avec intervention, notamment pour des problèmes de financement des études et de complexité pour mener ces études. Et il y a une sélection à l'entrée de l'étude pour limiter l'hétérogénéité de la population. Finalement, à qui va-t-on s'adresser pour faire cette prévention primaire ? Si on s'adresse à une population très large, cela peut être des messages à la radio : « Faites du sport ! », on ne sait pas qui on va toucher. Cela peut être une population beaucoup plus ciblée que l'on va drainer à partir d'une consultation ou autre.

Surtout, la principale limite est financière, la majorité des études est limitée par des financements. Le programme de prévention ne va pas durer 15 ans. Il va durer 3 semaines ou 3 mois, peut-être plus, et souvent il faut quand même publier, donc on va publier le résultat dès les 3 mois et on n'aura pas le suivi à 6 mois, à 9 mois, pour savoir si

l'effet perdue.

Donc toutes ces difficultés sont à prendre en compte quand on analyse l'efficacité de l'ensemble des études.

Huit catégories de programmes d'entraînement sont classiquement publiées. Les plus étudiés :

Travail sur démarche – équilibre – coordination – tâche fonctionnelle. Les rééducateurs vont s'y retrouver.

- Renforcement musculaire.

- Exercices dans l'espace. Pas seulement le tai-chi, mais tout ce qui touche à l'exercice dans l'espace.

- On peut aussi conseiller de marcher régulièrement

- Faire de l'entraînement sur des cycles.

- On peut aussi travailler en équilibre sur des plateformes avec des contrôles visuels. Cela devient un peu plus technique, et là il y a peu d'études par rapport au reste des techniques.

- Des plates-formes vibratoires.

- Des combinaisons d'exercices, qui sont sans doute les plus favorables.

Jusqu'à la plateforme vibratoire, cela doit intéresser tout le monde. Regardez ce « jeune vieux » américain tout heureux de faire les mouvements de marche avec sa plateforme.

Dans cette méta-analyse, 94 études ont été retenues, une dizaine de milliers de participants, on est vraiment chez des gens qui vivent à domicile. Et j'ai mis juste quelques résultats qui donnent une idée de ce que l'on peut gagner.

- Le Timed Up & Go Test (TUG) : si on fait une combinaison d'exercices, le fait de se lever, de marcher 3 mètres, de faire demi-tour et de revenir au même endroit, on gagne une seconde et demie.

- L'appui unipodal : cela veut tout dire et rien dire, mais c'est juste pour vous montrer qu'il peut y avoir une certaine efficacité.

En tout cas, ce qui est certain, c'est que la méta-analyse de

toutes ces études, extrêmement hétérogènes finalement, avec toute la prudence qu'il faut quand on conclut, semble positive.

2) *Prévention primaire : prévenir la chute* : chez des gens qui sont un peu plus fragiles.

Question : *Quels programmes sont efficaces pour réduire l'incidence des chutes chez des personnes âgées vivant à domicile ?*

On retrouve toujours :

- Les mêmes programmes d'exercices, avec différentes cibles : la force, l'équilibre, la souplesse, l'endurance. L'efficacité : il faut au moins travailler deux des composants. Et quelque chose qui marche bien, c'est le tai-chi et le suivi d'entraînement à domicile.

- Les interventions multifactorielles.

- On retrouve dans ces études l'action de la vitamine D, et la correction des carences peut en elle-même agir seule. On aura de multiples petites interventions, et parmi elles, parfois une seule intervention suffira à limiter les risques de chute. C'est le cas des corrections de carence de vitamine D, effet positif chez les personnes carencées.

- L'intervention environnement domicile : cela peut marcher tout seul, mais uniquement sur une population très ciblée. Si vous avez une personne aveugle et que vous invitez une orthoptiste à la maison, qui avec l'ergothérapeute, va adapter le domicile à la cécité ou à la basse vision, cela va marcher en termes de prévention sur cette personne. Mais si vous allez au domicile des gens uniquement regarder leur capacité visuelle et adapter l'environnement, cela ne va pas marcher parce qu'ils ont aussi beaucoup d'autres risques de chute.

- Adaptation de l'ordonnance et réduction des psychotropes : une intervention mono-factorielle sur l'ordonnance peut en elle-même apporter une diminution du risque de chute.

Mais en somme, ce que l'on va retenir, c'est que l'intervention doit être plus volontiers multifactorielle pour être efficace.

Voici le même schéma, avec juste un taux de chutes, on ne

va pas allonger le débat entre taux de chute et risque de chute, mais on arrive à un résultat significatif statistiquement, on arrive par des interventions à diminuer le risque de chute et surtout le taux de chute.

3) Prévention secondaire : prévenir les récurrences chez des patients en EHPAD ou à l'hôpital.

Question : Quelle est l'efficacité des interventions visant à réduire les chutes chez des personnes âgées en institution ?

Dans les EHPAD ou à l'hôpital, on chute beaucoup plus. Les institutions gériatriques, qu'elles soient hospitalières ou médico-sociales, hébergent des gens à extrêmement haut risque de chute.

L'EHPAD, les chutes sont 3 fois plus fréquentes qu'à domicile.

À l'hôpital, c'est un cumul de facteurs de risque, car non seulement on leur enlève leur environnement habituel, mais en plus ils ont une décompensation aiguë.

- Unité psychogériatrique : 6,2 chutes par an et par personne, cela ne me paraît pas beaucoup.

- Soins de suite gériatrique : 3,4 chutes par an et par personne, là non plus cela ne me paraît beaucoup. À mon avis, ce sont des chiffres supérieurs auxquels on est confronté.

Que peut-on faire ? Même là, chez des gens extrêmement fragiles, il y a des essais thérapeutiques qui ont été publiés et cette revue reprend 41 essais.

EHPAD : interventions multifactorielles qui peuvent être efficaces si mises en œuvre par une équipe coordonnée pluridisciplinaire, et là on revient vraiment dans la pluridisciplinarité qu'a voulu représenter Camille PETIT par cette table ronde. Et Vitamine D : supplémentation qui réduit le taux de chute dans les institutions.

L'hôpital : là encore on est dans des interventions qui doivent être multifactorielles pour être efficaces, avec une diminution du taux et du risque de chute.

Deux diapositives pour conclure :

Les mots-clés de cette prévention pour être efficace :

- Prendre en compte toute chute ou toute situation à haut risque.

- Effectuer une analyse plurifactorielle du risque de chute.

On a vu ce matin ; tous les facteurs de risque de cette chute, non seulement les facteurs précipitant, causes immédiates de la chute : « cela a glissé », mais aussi rechercher tous les autres facteurs qui intervenaient et qui étaient des facteurs prédisposant, soit environnementaux, soit internes à la personne. Donc des facteurs prédisposant, une analyse plurifactorielle de ces facteurs.

- Des actions pluridisciplinaires.

- Des actions multimodales : encore une fois le message, en dehors de quelques expériences très pointues sur la basse vision de personnes quasiment aveugles à domicile, la Vitamine D qui peut en elle-même améliorer un peu les choses, ou une révision de l'ordonnance, généralement les actions sont multiples et multimodales, et doivent être personnalisées selon la population cible. C'est-à-dire que l'on ne fera pas la même chose en EHPAD, en soins de suite ou au domicile, et chez des gens confinés au domicile ou des gens qui sortent régulièrement de chez eux.

Ce sont des mots-clés importants à retenir.

- Quel est le contenu du programme de réhabilitation ? Il faut définir quelle est la durée, certainement quelques mois, pas quelques semaines car cela ne servirait à rien. Il faut absolument qu'il y ait de l'exercice d'équilibre dans ces programmes de réhabilitation. Et puis, on ne se remet pas en selle du jour au lendemain, donc il faut être progressif dans le réentraînement physique avec ces exercices d'équilibre, et adapter aussi les exercices à la population que vous avez en charge, en soin. On ne fait pas les mêmes exercices avec des gens qui vivent en ville et qui vont au théâtre trois fois par semaine qu'avec une personne confinée dans sa chambre d'EHPAD.

- Quelle éducation thérapeutique ? La réussite du programme de réhabilitation et de prévention des chutes va beaucoup dépendre de l'adhésion de l'individu au programme de prévention. C'est toute l'éducation thérapeutique, on est assez balbutiant dans l'affaire. Et aussi s'assurer que les propositions faites aux patients finissent par aboutir. On suit les actions que l'on a proposées. On peut toujours dire : « Il faudrait faire cela » mais si on ne sait pas si réellement cela a été fait, cela a peu de chance de fonctionner.

- Enfin, bien cibler quelle est la population.

Vous voyez sur la diapositive la référence d'un article qui commentait une publication négative, un programme de recherche de prévention qui n'a pas marché, et le commentaire cherchait à mettre en évidence les facteurs qui peuvent expliquer que des actions de prévention ne fonctionnent pas.

Voilà. Nous allons continuer la table ronde.

Mme Camille PETIT.- J'ai été très impressionnée par l'intervention de notre juriste ce matin. Donc je demande à la barre Émeline PINEAU-BLONDEL, qui est pharmacienne à d'hôpital d'Annecy, qui a la délicate mission d'accompagner les équipes médicales et paramédicales sur la prise en charge du médicament pour la personne âgée. C'est une personne extrêmement tenace, rigoureuse, et qui de ce fait aborde tout le processus du circuit du médicament. Elle intervient également dans les EPHAD.

Mme Émeline PINEAU-BLONDEL.- Bonjour.

Je suis pharmacienne au Centre hospitalier d'Annecy. J'ai eu la chance d'avoir intégré des équipes pluridisciplinaires, que ce soit en centre hospitalier ou en EHPAD. Je parle, si j'ai bien compris, sous le couvert du seul pharmacien présent dans cette salle.

Ma présentation sera assez rapide. Je vous propose de dérouler trois points. Dans un premier temps, nous verrons très rapidement les médicaments incriminés dans les chutes. Dans un deuxième temps, nous verrons les hospitalisations potentiellement dues

aux interactions médicamenteuses et pour lesquelles le risque principal de chute a été retenu. Interactions médicamenteuses, c'est intéressant, parce qu'un sujet âgé a très rarement un seul médicament. Et dans un troisième temps, nous verrons les différentes pistes pour prévenir la chute.

Tout d'abord, j'espère ne pas faire de redites par rapport aux propos de ce matin, mais les médicaments le plus souvent incriminés dans les chutes, sont les psychotropes. Dans la famille des psychotropes, il y a les neuroleptiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les hypnotiques, les thymorégulateurs.

Les psychotropes provoquent une altération de la vigilance, une hypotension orthostatique, une hyponatrémie, syndrome extrapyramidal, et trouble de la vigilance. Un psychotrope seul peut provoquer des chutes.

Les antihypertenseurs pris seuls peuvent également potentialiser le risque de chute par le biais de l'hypotension orthostatique, l'hyponatrémie ou la déshydratation sous diurétique.

Une famille d'antibiotiques, les aminosides : amikacine, gentamicine, peuvent provoquer par le syndrome vestibulaire, des chutes.

Les corticoïdes, les hypolipémiants pour traiter le cholestérol, peuvent provoquer par le biais de manifestation de dérobement des jambes et des myopathies, des chutes.

Les antipaludéens de synthèse : l'amiodarone qui est souvent prescrite chez le sujet âgé, le cordarone, par le mécanisme de neuropathie périphérique, peuvent provoquer des chutes.

Enfin, les sulfamides hypoglycémiantes, les traitements pour le diabète, par l'hypoglycémie qu'ils entraînent, peuvent provoquer des chutes.

Un de ces médicaments seul peut provoquer des chutes. Et les interactions médicamenteuses peuvent générer également des chutes.

Pour étayer ces propos, je vais rapporter une étude qui a

été menée en 2011 au CHU de Grenoble par une interne en pharmacie, Lise-Caroline GONCE. Au cours de cette étude, la pharmacienne avait relevé, parmi toutes les entrées en service de gériatrie, toutes les hospitalisations qui potentiellement pouvaient être dues à des interactions médicamenteuses, que 25 % des hospitalisations pouvaient être dues à une interaction médicamenteuse. Et parmi ces hospitalisations dues aux interactions médicamenteuses, la chute intervenait à 76 % comme motif principal d'hospitalisation.

Toujours dans cette étude de Grenoble, l'interne a regardé les origines des chutes potentiellement dues aux interactions. On voit que la sédation et l'hypotension majorent le risque de chute.

L'association de médicaments provoque une interaction et provoque les chutes par différents mécanismes, soit par un effet de vasodilatation, c'est le cas des antihypertenseurs par exemple, qui vont diminuer la résistance périphérique ou qui vont provoquer une relaxation au niveau des cellules musculaires lisses.

L'hypovolémie, le fait de prendre un diurétique va diminuer le volume de plasma et provoquer une hypovolémie.

Les psychotropes peuvent provoquer des confusions, une baisse du tonus musculaire et un manque de coordination.

Les différents traitements qui sont prescrits pour corriger les troubles du rythme par une réduction de la conduction au niveau cardiaque peuvent provoquer les chutes.

Des troubles hydro-électrolytiques, avec par exemple les diurétiques hypokaliémisants.

Enfin, les hypoglycémies provoquées par les patients qui prennent de l'insuline par exemple ou des sulfamides hypoglycémisants.

Dans cette étude de Grenoble qui reflète les différentes études qui ont été décrites à ce sujet, on s'aperçoit que c'est l'association d'un médicament qui provoque une sédation, par exemple un psychotrope associé à un médicament qui provoque une hypotension, tous les traitements pour l'hypertension artérielle, les deux associés

majorent le risque de chute.

Comment prévenir les chutes sur le plan pharmacologique ? Différentes pistes. Ce qui est important de relever, c'est qu'il faut une implication à la fois du patient et des différents professionnels de santé. Arrêter un anxiolytique, une benzodiazépine brutalement chez un sujet va s'accompagner, soit d'un refus du patient, soit d'un syndrome sevrage. Arrêter certains traitements, cela se fait de façon pluridisciplinaire, et toujours avec l'accord du patient.

Différentes campagnes de sensibilisation sont en cours au niveau national, principalement menées par l'HAS : le PMSA, prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, ou AMI, alerte de maîtrise iatrogénique. Et dans ces programmes de sensibilisation, il est proposé une démarche avec trois grands axes qui permettent de rationaliser les thérapeutiques, et donc d'intervenir pour prévenir entre autres les chutes.

Dans un premier axe, il est recommandé d'éviter les prescriptions non appropriées, qui engendrent une iatrogénie évitable. On entend souvent parler de « overuse » ou de « misuse ». On sait que parmi les traitements, certains sont inappropriés chez le sujet âgé et peuvent générer des chutes, donc autant éviter de les prescrire. C'est par exemple les anxiolytiques qui ont des longues demi-vies ou certains antihypertenseurs centraux qui, on le sait, sont inappropriés chez le sujet âgé.

Le deuxième axe qui est proposé, c'est d'intervenir sur un suivi d'indicateurs d'alerte et de maîtrise pour en fait maîtriser le risque iatrogénique. Certains sujets ont besoin d'une association de médicaments qui potentiellement peuvent induire une interaction médicamenteuse, mais l'association est nécessaire chez le sujet. Ce qui est important, c'est de maîtriser le risque de cette association.

Pour cela, il est intéressant de relever différents indicateurs, soit par ordonnance : on peut dans une ordonnance regarder le nombre de psychotropes prescrits. Soit par pathologie : on peut relier

le fait qu'un sujet ait un risque de chute ou ait déjà chuté dans les 3 derniers mois, et la présence ou non d'un médicament qui peut potentialiser le risque de chute. On peut également suivre des indicateurs par médicament, regarder parmi toutes les ordonnances, le nombre d'anxiolytiques, de benzodiazépines à demi-vie longue.

Le troisième axe proposé par ces campagnes de sensibilisation, c'est une révision d'ordonnance pluridisciplinaire, et je vais expliquer comment mener ces révisions.

Auparavant, je voulais vous présenter les résultats d'un travail mené aux Hospices civils de Lyon en 2008 et 2009. Dans les hôpitaux on a pour habitude, pour avoir un suivi de la consommation d'antibiotiques par exemple, de rapporter la consommation d'antibiotiques à un certain type d'antibiotique. Ce qui permet de suivre année par année la consommation de ces antibiotiques dans les hôpitaux. L'étude des Hospices civils de Lyon propose de suivre chaque année la consommation d'anxiolytiques, et pour ce faire, de rapporter la consommation des différents anxiolytiques à une équivalence en dose de diazépam, qui est une benzodiazépine. Ce suivi et ce rapport en équivalent de diazépam permettent une comparaison entre établissements, également une comparaison chaque année qui permet de suivre l'évolution de la consommation d'anxiolytiques. Et toujours dans cette étude des Hospices civils de Lyon menée par le Dr BOURGUIGNON, dans ce schéma est repérée l'évolution du nombre de chutes par rapport à la consommation de benzodiazépine. On voit que plus le sujet consomme de benzodiazépine plus le risque de chute est important.

Dans la conclusion de cette étude, il était dit que le simple fait d'évaluer et de suivre la consommation de diazépam avait permis une diminution de sa consommation dans l'établissement. Par contre, il était précisé que le fait d'avoir une diminution de consommation de benzodiazépine n'avait pas un rapport direct sur la diminution du nombre de chutes. Donc les auteurs soulignaient qu'il était important

d'avoir une approche pluridisciplinaire et multifactorielle, comme le relevait le Dr DEBRAY.

À partir de ces recommandations, je voulais vous présenter l'expérience que nous menons depuis quelques mois, à la fois sur les établissements de santé, les hôpitaux, mais également en EHPAD. La démarche est sensiblement la même. Dans un premier temps on a choisi d'évaluer la prescription médicamenteuse du sujet âgé, et d'évaluer les différents indicateurs que je vous ai présentés tout à l'heure. Par rapport au risque de chute, puisqu'il est prouvé que la consommation de psychotrope engendre un risque de chute, on va suivre ces consommations de psychotrope, les associations de psychotropes entre eux, la prescription de psychotrope chez un sujet présentant un risque de chute. On va suivre ces indicateurs chaque année, ce qui nous permettra de voir l'évolution.

Dans un deuxième temps, on essaye d'agir en amont, au moment de la prescription, pour éviter les prescriptions non appropriées chez le sujet. Pour agir sur la prescription non appropriée, nous allons proposer un livret gériatrique, c'est-à-dire un livret de médicaments appropriés chez le sujet âgé. Dès la prescription, le médecin aura le choix parmi des thérapeutiques appropriées chez le sujet. Et essayer de mettre des alertes au moment de la saisie : si un médecin prescrit un médicament, un anxiolytique à longue demi-vie, l'alerter sur le fait que c'est inapproprié chez le sujet âgé.

On communique auprès des différents professionnels de santé. On essaye de diffuser un référentiel de bon usage du médicament. Nous intervenons au cours de staffs pluridisciplinaires pour essayer d'expliquer l'importance de la juste prescription chez le sujet âgé et dans les EHPAD. On souhaite mettre en place une démarche qui a montré son efficacité en Suisse, c'est l'utilisation des cercles qualité, où les différents professionnels évaluent leurs prescriptions et essaient de se comparer entre eux de façon anonyme, et de comparer par rapport aux recommandations de bonne pratique.

Le dernier axe que nous mettons en place, c'est la révision pluridisciplinaire d'ordonnance. Au cours de ces séances de révision, sont présents : le prescripteur, le pharmacien, l'infirmière. L'infirmière apporte l'information sur le comportement du patient dans le service : si le patient a chuté par exemple. Et par rapport aux antécédents médicaux du patient, on essaye de revoir la prescription et d'attribuer une thérapeutique pour un objectif thérapeutique de façon à rationaliser les prescriptions.

La conclusion, ce sont trois adages qui sont assez intéressants :

柎 *Je suis tombé par terre, c'est la faute aux effets secondaires. Je me suis retrouvé en surdosage, c'est la faute à mon grand âge.*

柎 *Un médicament, ça va, plusieurs, bonjour les dégâts !*

柎 *Traitement d'un jour n'est pas toujours.*

Merci.

(Applaudissements)

Mme Camille PETIT.- Je remercie le Dr DEBRAY et Émeline PINEAU-BLONDEL de nous avoir éclairés à travers toutes ces recherches et ces études.

J'ai envie maintenant de demander à une infirmière qui est sur le terrain, qui travaille auprès des personnes au domicile, de partager avec nous son expérience et ses questionnements. C'est pourquoi j'ai demandé à Isabelle COUCHAUD de nous parler de ses interrogations, ses questionnements, et de nous exposer son point de vue.

Mme Isabelle COUCHAUD.- Je viens parler pour nos SSIAD, où nous avons réfléchi sur le problème de la chute pour les patients que nous accompagnons.

Les SSIAD s'adressent à des personnes âgées plus de 60 ans, mais la moyenne d'âge est en général au-dessus de 80 ans.

Notre mission, sur prescription médicale, est de faire des soins d'hygiène et de confort, et de prendre en charge la personne dans sa globalité.

Bien sûr, nous avons nos chuteurs. Nous intervenons surtout dans le domicile. Le domicile, c'est la propriété de la personne, elle est chez elle, et souvent le domicile est aussi vieux que la personne. Nous avons essayé de recenser les dangers potentiels à domicile, qui concernent un peu plus l'environnement.

L'animal domestique est souvent un danger potentiel pour la personne. À la fois c'est un danger pour risque de chute, mais en même temps, c'est un compagnon important pour la vie affective de la personne, et c'est souvent son confident.

Dans les dangers potentiels, on a tout le matériel non adapté : le lit dans lequel on est habitué à dormir depuis des années, et qu'on a du mal à changer malgré les recommandations. Le fauteuil dans lequel on est assis depuis plus de 20 ans devant la télévision, on n'a pas envie d'en changer non plus.

L'aménagement de l'appartement : il est souvent chargé d'histoire, en ameublement, en bibelots, en photos. Souvent ce sont des appartements mal éclairés. Tout cela avait été signalé mais c'est une réalité. Et les personnes aiment bien garder leurs petites habitudes, tout leur matériel, parce que c'est leur repérage et leur histoire, ce sont elles. Donc des choses quotidiennes.

Les habitudes de vie : les chaussures, on parlait ce matin de mettre des chaussures adaptées. Nous avons des expériences de gens chez qui on a fait des démarches d'accompagnement, pour finir finalement avec les mules traditionnelles, sans prise derrière, parce que : « Décidément, les chaussures que vous me proposez sont très vilaines. Cela fait très handicapé et moi je préfère être comme cela ».

L'habillement : on peut avoir des dames très coquettes, qui ont l'habitude de mettre des choses assez élégantes. Et il suffit de faire un AVC, d'avoir un handicap, une hémiplégie, et l'habillement devient

beaucoup plus complexe. Alors quand il y a un soignant pour aider, cela va, mais quand on est tout seul à certains moments, on peut se mettre en danger.

Sur les médicaments, on avait plus envie de souligner l'horaire de la prise, plus par des habitudes de vie. Cela concernerait plutôt le somnifère. Nous, les services de soins, nous travaillons jusqu'à 20 heures, et les personnes âgées n'aiment pas forcément se coucher avant 20 heures. Alors, ce somnifère est souvent pris n'importe comment. Il est préparé dans un pilulier. La personne, si elle est capable de le prendre, le gère un peu quand elle pense à le prendre. Parfois elle s'endort devant la télévision, se réveille à 23 heures, elle va se coucher, elle met sa boîte à côté, et elle va le prendre peut-être à minuit. J'ai à l'esprit un exemple d'une personne qui parfois prend son somnifère à 3 heures du matin. C'est sûr que le matin, il n'est pas tout à fait en forme, et il prend des risques quand il va prendre son petit-déjeuner.

Parmi les dangers potentiels : vouloir faire encore ce qui n'est plus possible.

Les transferts périlleux, si on n'a pas voulu changer son lit, qu'on veut tout de même se lever tout seul. On prend des positions, on essaye de faire tout ce que l'on peut pour y arriver, et on culbute en avant.

Les pièces qui ne sont plus accessibles : les appartements chez les personnes âgées sont souvent des vieux appartements, avec des choses pas très accessibles, bien loin de tout ce que l'on nous a montré tout à l'heure, des pièces très exiguës, des baignoires sabots. Parfois on essaye de changer ces baignoires sabots pour passer à des douches parce que ce sera plus pratique, mais comme le système d'évacuation n'est pas étudié, on fait des douches surélevées, ce qui fait que cela ne règle pas le problème. Et surtout, vouloir faire encore comme si rien n'était, en se disant : « Hie, r j'y arrivais bien, et aujourd'hui, je ne sais pas pourquoi, je n'y arrive plus ».

Dans les dangers potentiels à domicile, il y a la pression familiale pour continuer à faire normalement à tout prix, dans le sens de la stimulation. Des conjoints ou des enfants disent : « Il faut qu'il continue à aller aux toilettes, on ne va pas installer une chaise garde-robe, ce n'est pas bien, cela va le rendre dépendant ». Bien sûr, il y a des choses qui sont bonnes dans cette idée-là, mais parfois c'est dangereux et c'est une discussion que l'on est obligé d'avoir régulièrement. L'accompagnement à domicile, c'est souvent un travail qui se fait dans le temps. On n'arrive pas à convaincre les gens tout de suite.

Nos actions par rapport à tous ces dangers potentiels : au quotidien, la prévention et l'éducation à la santé dans l'accompagnement des soins. On accompagne, on essaye de faire faire, on favorise l'autonomie, on fait faire à la personne ce qu'elle peut faire, et on fait ce qu'elle ne peut pas faire.

On fait des recommandations d'aménagement et d'agencement. On conseille sur le matériel et autres : les lits médicalisés, les rehausseurs, les chaussures. Je pense que d'autres personnes vont en parler. Toutes ces recommandations en font partie, à travers nos infirmiers et nos équipes d'aides-soignants.

Dans le meilleur des cas, l'idéal si les gens nous écoutent, et écoutent également l'équipe du Conseil général, les équipes médico-sociales aussi, les ergothérapeutes qui viennent aider dans cet accompagnement, il nous est arrivé de mobiliser l'équipe mobile gériatrique pour venir nous aider à faire des changements dans des maisons, quand tout se passe bien, c'est formidable, on ne badine pas avec la sécurité. Mais la plupart du temps, on a des personnes qui nous disent, ce n'est pas un vrai non franc, mais c'est : « Je n'ai pas envie maintenant, on verra plus tard ». C'est le plus fréquent que l'on rencontre.

Et donc, ce que nous avons envie de souligner, c'était le droit de choisir.

En 2008, le CODERPA avait fait une journée sur le droit de prendre des risques. C'est une question que l'on peut se poser. Et puis, dans nos établissements, depuis la loi 2002, on a un livret d'accueil, on a un règlement de fonctionnement et un contrat de soins, auxquels on joint la charte des droits et libertés de la personne accueillie dépendante et la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap et de dépendance.

Et tout de même, elle a le droit de choisir encore.

(Applaudissements).

Mme Camille PETIT.- Merci beaucoup, Isabelle.

Je demande à Sylviane GODAERT et Philippe BONNET, qui sont de tous deux kinésithérapeutes au CHU de Lyon de venir. J'ai rencontré Sylviane lors de la recherche qui est en cours sur l'IPR, la prévention de chute dans nos établissements, en particulier dans les SSR et courts séjours gériatriques. Elle va nous parler de ce qu'ils font en rééducation en tant que kinésithérapeutes.

Mme Sylviane GODAERT.- Bonjour.

Je travaille aux Hospices civils de Lyon, dans un centre de gériatrie, à Caluire. Je suis à mi-temps sur deux postes : sur l'hôpital de jour, qui fait exclusivement des bilans, et par ailleurs, en fonction des besoins, je travaille en SSR, en courts séjours et en soins de longue durée. Voilà pour la présentation.

Dans les établissements où je travaille, la moyenne d'âge est de 85 ans, avec 20 % de plus de 90 ans. C'est vous dire si l'on est vraiment dans les très âgés, nous travaillons avec des gens très âgés.

De ce fait, il faut distinguer deux types de populations : les seniors et les personnes âgées, on parle d'âgé à partir de 80/85 ans, sachant que pour les deux types de populations, le vieillissement physiologique de la marche, avec tout ce que cela implique en fonction de l'âge, ainsi que le vieillissement physiologique de la fonction d'équilibration, qui altère les différentes fonctions que vous voyez là, ne s'altèrent pas au même rythme, pas à la même vitesse et pas en

même temps. Ce qui fait la difficulté de la prise en charge de personnes qui sont souvent polyopathologiques.

Les différents types de chutes existent aussi suivant la population à laquelle on a affaire, à savoir que les seniors ont des chutes qui sont le plus souvent traumatisantes, puisque la vitesse de la marche est encore relativement bien conservée, alors que le très âgé va tomber plutôt de sa hauteur, plutôt à la verticale, et contrairement à ce que l'on pourrait croire, les conséquences de fractures sont moins nombreuses.

La prévention des seniors : j'ai peu d'expérience sur le terrain, mais au travers de l'hôpital de jour, on a de temps en temps des gens qui viennent avant d'être tombés, assez peu, mais j'en rencontre de temps en temps. Et depuis trois ans que l'hôpital est ouvert, je peux affirmer que les seniors qui font une activité physique régulière sont tout de même plus performants que les autres qui réduisent petit à petit leurs activités.

Qu'est-ce qu'on entend par activité physique ? Quand c'est le cas, quand je sens chez ces personnes qui viennent nous voir avant la chute qu'ils ont un bon potentiel, je les oriente plutôt vers des activités physiques collectives. Pourquoi ? C'est important, cela permet, notamment pour les gens qui sont seuls, de retrouver le contact avec d'autres de façon régulière. Cela permet aussi d'avoir des repérages dans le temps, puisque cela se fait sur des jours réguliers et à des heures régulières. Et parfois l'esprit de compétition, au bon sens du terme, c'est intéressant aussi parce qu'on va chercher à faire un peu comme les autres.

Bien sûr, il ne faut pas oublier la notion de plaisir. On n'est pas entrain de se préparer pour les Jeux Olympiques. C'est important, on va le voir après, dans tout ce qui est proposé de garder de vraiment quelque chose où à la fois on s'entretient, mais où on se fait plaisir. Et bien sûr en fonction de ses pathologies éventuelles, il faut bouger sans se bousculer.

Je vous ai fait un petit aperçu de tout ce qu'il est possible de faire quand on est senior, M. DEBRAY en a parlé tout à l'heure.

En prévention secondaire, domaine que je connais un peu mieux, on a besoin de faire des bilans, c'est important. Je vous en ai montré quelques-uns. Chacun s'approprie tel ou tel type de bilan en fonction de la population qu'il a à rééduquer.

Chez les très âgés, le test moteur minimum, TMM, qui a été mis en place par France MOUREY, est très intéressant, parce qu'il va reprendre chaque passage : la position couchée, la position assise, la marche. Chez le sujet très âgé, c'est intéressant d'avoir ce type de bilan au départ, cela permet de cibler la rééducation.

L'évaluation : le bilan va nous servir à mesurer les capacités restantes, à mesurer les transferts. Il est bien évident que c'est important quand ils ont encore des capacités, on va le voir tout à l'heure, de s'assurer de cela. Il ne sert à rien de faire marcher quelqu'un s'il ne peut pas sortir de son lit ou si on n'a pas mis en place tout ce qu'il faut, entre autres au niveau des aides techniques, pour lui permettre, avec un maximum d'autonomie et l'aide nécessaire, de pouvoir faire tous ces gestes-là. Et bien sûr, les objectifs de rééducation, qui sont souvent modestes, resteront toujours en rapport avec les activités de la vie quotidienne de la personne âgée. On fait bien la différence entre la personne âgée qui vient d'une EHPAD ou de son domicile mais qui ne bougeait plus de chez elle, et de la personne âgée qui vient de son domicile mais qui sortait encore pour faire ses petites courses.

Dans le travail de la rééducation, il est important de commencer par les transferts. Le premier transfert, si on prend la journée, cela commence par sortir de son lit. Et l'aide au transfert, cela va de l'aide humaine avec un ou deux soignants, à toutes les aides techniques au transfert proposées, et Dieu sait si elles sont nombreuses, et qui permettent dans certains cas au patient de réaliser son transfert seul, pour certaines aides techniques, et avec un maximum de sécurité.

Je vous ai mis celles que l'on utilise le plus souvent : la barre d'accès au lit, les guidons de transfert fixes ou pivotants, le verticalisateur, et enfin le lève malade où là la personne est dépendante de quelqu'un.

En rééducation, l'entretien musculaire est important. On sait qu'il y a certaines articulations-clés qu'il faut maintenir. Il faut avoir 90 degrés de flexion dorsale de l'HTI pour pouvoir tenir debout. Il faut avoir 30 degrés de flexion du tronc pour se lever d'une chaise.

L'entretien ou le renforcement musculaire est également important. Et même chez des sujets très âgés, on peut récupérer de la force musculaire. Bien sûr, ce n'est pas un entraînement de grand sportif, mais on peut s'en apercevoir au travers de gestes très simples : une dame qui n'arrivait plus à se lever de la chaise, c'était purement et simplement un problème de force musculaire, et à force d'entraînement, le passage assis-debout était très facile à la fin.

La difficulté, c'est que comme on a affaire à des gens très âgées, où le facteur de la fatigabilité est important, dans toute la palette que l'on va pouvoir leur proposer, il est bien évident que l'on ne va pas pouvoir faire toute la palette au décours d'une séance, et qu'il faudra parfois fractionner.

Le travail de l'équilibre : deux points-clés dans ce travail, notamment au niveau des réactions de protection. Le travail postural : on reste à l'intérieur de sa base de sustentation. Et les réactions parachute, qui sont importantes. J'ai l'habitude de dire, même si cela paraît paradoxal, qu'il vaut mieux voir arriver quelqu'un à l'hôpital avec une ou deux fractures au niveau des poignets que d'avoir la face toute bleue.

La fonction vestibulaire par tout le travail de mobilisation de la tête, soit en équilibre statique, soit en équilibre dynamique, associée ou non à la fonction visuelle.

Tout le travail de la proprioception : des dalles sont proposées avec la reconnaissance tactile : « Je marche sur des traits, je marche sur des petits picots, sur un paillason, sur un tapis », également

tout ce qui est coussin. À l'hôpital, on a la chance d'avoir beaucoup de matériel, mais un kinésithérapeute libéral peut tout à fait trouver un vieux coussin ou un vieux matelas et faire marcher la personne âgée sur un terrain un peu mouvant.

On peut faire ce type de trajet même chez des personnes qui ont besoin d'un support pour pouvoir se tenir. Et là en l'occurrence, on faisait passer cette dame d'une marche dure, à une marche molle, en travaillant sur le passage du pas, en éloignant progressivement les obstacles. On peut ainsi à l'infini varier tout un tas d'exercices qui mettent en jeu plusieurs fonctions d'équilibration.

Et les rééducateurs ne doivent pas oublier d'être bavards, c'est important, quand on fait marcher quelqu'un, cela peut aller de la simple trottino-thérapie, ce qui n'est pas forcément intéressant, mais si on introduit un dialogue et que l'on demande à la personne de continuer à marcher tout en parlant, on est dans le travail de la double tâche. Donc soyez bavards avec les personnes âgées, et quand vous les faites marcher et que vous discutez en même temps avec elles, vous devenez en quelque sorte rééducateur.

Dans le travail de l'équilibre, il y a également le travail unipodal qui n'est pas à négliger, cela peut aller : d'apprendre à monter l'escalier, de travailler sur l'enjambement. Dans l'exemple, une dame enjambe un certain nombre de plots, on avait introduit aussi une autre stimulation. La consigne était de faire un trajet dans les barres parallèles, avec différents postes, j'avais un petit instrument de musique, et dès qu'elle entendait le son de l'instrument de musique, il fallait qu'elle s'arrête immédiatement de faire les mouvements. Donc j'introduisais le travail de l'équilibre postural.

Il suffit d'avoir parfois, pas forcément beaucoup de moyens, mais surtout beaucoup d'imagination, et on peut faire travailler, non pas à l'infini, mais on peut vraiment avoir une palette très large au niveau de la rééducation. Et une chose est sûre, après 18 ans de travail en gériatrie, le travail peut ne jamais être ennuyeux pour

peu que l'on fasse preuve et que l'on ait à sa disposition une palette la plus large possible.

Enfin, à ne pas négliger non plus, pour les kinésithérapeutes libéraux ou les centres qui ont la chance d'avoir des parcs à leur disposition, dès que le temps le permet, il ne faut pas hésiter à faire sortir les personnes âgées et à les faire marcher dans des cailloux, dans l'herbe. Déjà, rien que cela, on s'aperçoit que cela modifie leur équilibre, et si c'est fait de façon régulière, on peut ainsi l'améliorer.

Au niveau de l'équilibre, je voulais vous faire partager une expérience qui a été faite depuis maintenant une bonne année, un peu plus, sur l'Hôpital des Charpennes, et je vais laisser la place à mon collègue.

(Applaudissements).

Philippe BONNET.- Bonjour.

Je travaille dans un service de gériatrie, un SSR, spécialisé dans la neurologie, particulièrement les AVC.

Je vais vous présenter deux types de rééducation particulière, qui sont encore actuellement à l'étude mais qui donnent des résultats assez intéressants pour l'instant. J'ai utilisé des matériaux très particuliers, qui jusqu'à présent étaient utilisés éventuellement en gériatrie ou dans les hôpitaux en général, mais plutôt sous une forme ludique. Là, je les ai transposés dans une forme plus de rééducation.

L'utilisation de la Wii de Nintendo en gériatrie : je travaille cela depuis à peu près deux ans. Les objectifs sont un meilleur équilibre, une meilleure coordination, une meilleure représentation spatiale. Cela reste une activité ludique, mais le premier objectif, qui est très précis, ira vers l'équilibre, qui permettra d'éviter les chutes et de donner plus d'autonomie au patient.

L'intérêt que je porte à ce matériel, c'est particulièrement la désignation du centre de gravité de la personne, qu'elle puisse arriver à visualiser par un effet de rétroaction, son centre de gravité, son centre

de masse.

Dans le cadre des AVC, beaucoup de personnes sont tout à fait lucides et peuvent répondre de manière tout à fait sensée. Il est évident qu'en gériatrie, ce n'est pas toujours le cas. Néanmoins, même pour des personnes qui ont des difficultés au niveau cognitif, la représentation visuelle facilite la compréhension, même s'il n'y a pas un échange verbal très construit.

En effet, en voyant la représentation du centre de gravité, on arrive, même si on ne comprend pas le principe technique de la chose, par une mobilisation, un simple petit mouvement, à voir son déplacement et à comprendre le sens de la présentation. Rien que cela, la personne va comprendre ce que veut dire se tenir en équilibre. Même si ce n'est pas verbal, même si ce n'est pas explicité très clairement, il y a une compréhension. J'ai eu l'occasion d'essayer avec des personnes qui étaient plus en difficulté, cela peut même se faire assis, pour les personnes qui n'ont pas la chance de pouvoir tenir debout, en se penchant. Sinon il est possible d'utiliser un déambulateur fixe, pour que la personne puisse rester sur place en se maintenant. On peut faire aussi un jeu de transfert de la position assise à la position debout. Tout un travail. En fait, je n'utilise pratiquement que 2 % de la machine Nintendo.

Au niveau du yoga, je me concentre sur cette image, et à partir de là, je joue avec cette notion de centre gravité qui doit être bien placé au niveau du polygone de sustentation.

J'utilise aussi des jeux d'équilibre qui sont de deux types. C'est un jeu qu'il faut toujours mettre au niveau débutant. C'est aussi par la suite jouer sur ce centre de masse, qui doit être bien situé et qui doit pouvoir être déplacé tout en gardant l'équilibre et en assurant le déplacement des billes vers le trou, ou alors un déplacement antéropostérieur et latéral. En aparté, ce petit exercice est très intéressant pour justement éviter la rétroimpulsion du sujet, qui est assez symptomatique.

Cela demande de la part du thérapeute une bonne maîtrise du système et une bonne connaissance du patient, ce qui est évident pour un bon encadrement. Il faut le considérer comme la pratique d'un exercice physique qui doit être bien encadré, bien suivi, avec les recommandations de tout exercice physique.

À partir cela, j'ai établi des tableaux qui correspondent aux différents jeux, aux différentes propositions de la Wii, d'abord par rapport aux stratégies mises en place, aux articulations, aux récepteurs, suivant ce qui est demandé. Il y a des jeux proposés qui correspondent plus à différentes pathologies.

On va en rester là.

(Projection d'un film). (Applaudissements).

Merci.

Mme Camille PETIT.- Je vous remercie tous les deux. J'en profite pour les remercier puisque c'était une idée originale.

Philippe SÉNÉCHAL, ergothérapeute, chef de service à Sancellemoz, va nous donner son point de vue d'ergothérapeute, plutôt versus centre de rééducation.

M. Philippe SÉNÉCHAL.- Mon propos est de vous faire part d'une dynamique concernant la problématique des chutes en soins de suite, sachant qu'en soins de suite on ne prend pas forcément que des gens chuteurs mais des gens qui viennent là pour des pathologies autres. Donc c'est l'histoire de toute une dynamique institutionnelle pour une efficience des personnes présentant un risque de chute.

L'important, c'est la concordance des regards entre les différents acteurs : les médecins, les services soignants, qui sont vraiment très présents dans cette démarche-là, les plateaux techniques de rééducation, et bien entendu l'administration, sans laquelle on ne peut rien faire si elle ne donne pas son aval et sous soutien logistique.

La démarche que nous avons précédemment initiée lors des certifications, avec la mise en place d'une EPP spécifique sur notre pratique, liée aux chutes, déjà ancienne (2005), faisait suite à la mise en

place d'une gestion opérationnelle des risques, avec un système de signalement des événements indésirables incluant le signalement des chutes. Notre démarche était accompagnée par le CEPPRAL. Mais l'approche unique par les indicateurs contact ne favorisait pas l'appropriation par les personnels à cette problématique : Fallait-il prendre soin des indicateurs ? Combien avait-on eu de chutes ? Fallait-il prendre des personnes à risque ? Combien de personnes ont-elles fait la chute ?

Un début de réflexion quant à ce qui fait le risque : Qui est la personne à risque ? Pourquoi est-elle à risque ? D'où vient le risque ? Comment la personne s'en accommode-t-elle ?

Récemment, en 2010 ou 2009, M. PAYRAUD me corrigera peut-être, nous avons eu un projet d'éducation thérapeutique commun sur le secteur sanitaire de la vallée de l'Arve, en lien avec les hôpitaux du Mont-Blanc, les services de soins à domicile, l'ADMR, incluant aussi les praticiens libéraux, les médecins, les soins de suite et les maisons de retraite. C'est un peu ambitieux, certainement. Le projet est encore à l'étude, mais il s'agissait de s'intégrer dans une dynamique commune et de s'inscrire chaque fois dans notre approche, au-delà de nos propres murs.

Nous sommes tous des acteurs du réseau de soins et nous intervenons sur un temps très limité et très identifié du parcours de soins de la personne.

Une mise en relation avec le réseau : les services hospitaliers, les services d'aide à domicile, les praticiens libéraux.

C'est un projet qui touche préférentiellement le patient à risque de chute ou qui aura été chuteur mais dont il n'y avait pas de conséquence directe d'une chute sur le plan hospitalier, médical, avec immobilisation ou autre.

À Sancellemoz, l'intérêt pour nous récemment a été la sensibilisation des personnels de rééducation. Comprendre la chute et sa récurrence éventuelle nécessite la remise à plat de nos évaluations dans un

but de simplification de processus et facilite le repérage de patients pour l'élaboration de groupes homogènes. Nous ne sommes pas un SSR gériatrique, mais plutôt un SSR polyvalent, à orientation neurologique et orthopédique. Les gens que nous accueillons ne sont pas là spécifiquement pour des chutes. Par contre, la pathologie crée parfois la chute.

L'objectif était une cohérence entre les actions menées. Le travail que nous avons commencé à mettre en place pour ce projet d'éducation thérapeutique alimente notre réflexion en interne à Sancellemoz. Cependant, les patients qui arrivent à Sancellemoz ne sont pas les mêmes patients que ce programme d'éducation thérapeutique, donc l'objectif de cohérence était de se dire : pourrait-on partager nos outils, notre vision et surtout notre langage ?

Les différents outils disponibles que nous avons mis récemment en place à Sancellemoz sont : l'évaluation du risque de chute à l'entrée, systématiquement pour tous les patients. Un risque décliné en 4 niveaux, de 0 à 3. 0 : pas de risque. 3 : le risque est majeur. Jusqu'à présent, l'identification essentiellement d'un risque 3 déclenchait automatiquement une prescription pour de la kinésithérapie, de l'ergothérapie et des évaluations plus spécifiques.

Pour la kinésithérapie, c'était la vitesse de marche. On a choisi la vitesse sur 4 mètres. Pourquoi 4 mètres ? Dans ce programme d'éducation thérapeutique on travaille parallèlement, et 4 mètres, c'était plus facile à reproduire que 6 ou 10 mètres dans un cabinet de praticien libéral ou à domicile. C'est facilement reproductible.

Les réactions de l'équilibration en position debout et les réactions de l'équilibration en position assise, deux bilans qui viennent récemment d'être écrits par le service de Kinésithérapie, ont été choisis comme la base des questionnements pour la stratégie rééducative en kinésithérapie. Bien sûr, ils n'excluent pas les autres bilans, que l'on connaît tous dans la problématique des chutes, ils viennent pratiquement en première pierre de cette réflexion-là.

Et en ergothérapie, on a appelé cela « le parcours test en chambre ». Ce test est issu d'une première analyse des fiches de déclaration de chute, une analyse qui a permis de repérer le lieu privilégié des chutes en établissement et les heures, soit : la chambre et préférentiellement en fin de journée. Il s'agit d'une situation d'analyse des comportements de la personne plus écologique, bien que la personne n'habite pas en SSR, mais elle est tout de même dans un environnement plus intime, elle est dans son environnement quotidien. Et on propose à travers ce bilan 14 items, qui correspondent à différentes tâches que la personne réalise couramment au cours de la journée ou de la nuit, comme aller se servir un verre d'eau, aller à son lavabo, répondre au téléphone, prendre un vêtement dans l'armoire. Là nous sommes dans la notion de la double tâche, qui est quelque chose de très important chez les personnes âgées pour apprécier notamment le niveau de vigilance de la personne.

L'appropriation par les équipes : pour le médecin, cela s'est passé par l'informatisation de la déclaration du bilan initial. C'est dans le dossier informatisé, cela permet ensuite des requêtes et des études à grande échelle sur l'ensemble de l'activité sur une année et sur plusieurs années.

Pour les kinésithérapeutes, il s'agissait de proposer un arbre d'aide à la décision, avec des propositions d'actions en fonction des résultats obtenus aux évaluations, allant de la rééducation spécifique à la pathologie jusqu'à la proposition d'une contention, proposition partagée entre l'ensemble de l'équipe, en passant par l'inscription dans un groupe « Équilibre » si la personne en a la capacité et le travail des réactions de l'équilibration.

Pour les ergothérapeutes, les actions qui découlent de l'évaluation vont de la simple proposition d'aménagement de la chambre en hospitalisation. Cela part du désencombrement. En soins de suite, on n'est pas à l'hôpital, les gens viennent avec beaucoup, beaucoup d'affaires au fur et mesure de leur séjour. S'ajoute à cela un

fauteuil roulant, parfois un déambulateur, un lève malade, les chambres s'encombrent et deviennent vraiment des obstacles très importants. La notion d'éclairage, de l'accessibilité au système d'appel, l'aménagement de l'espace, le changement de chambre quand c'est nécessaire et quand elle ne correspond pas aux capacités de la personne. Et cela va jusqu'à une prise en charge, qui peut passer de la contention au fauteuil ou au lit, au réajustement du fauteuil roulant et la notion de positionnement. Parfois un simple positionnement bien adapté au fauteuil roulant permet à la personne de s'y sentir mieux et donc de ne pas vouloir en sortir. Les aides à la marche. Le travail des transferts. L'accompagnement dans les déplacements avec un brancardier. La surveillance simple dans la vie quotidienne : plutôt que de faire à la place de, on laisse faire mais on surveille. Les groupes de prévention en situation quotidienne. Et une rééducation spécifique à la pathologie.

L'intégration des équipes soignantes directement dans ces évaluations en parcours test en chambre, notamment les aides-soignantes qui sont les personnes les plus en relation avec le patient. Le fait que l'aide-soignante participe à l'évaluation, elle participera d'autant mieux à la mise en place des préconisations et des aménagements nécessaires.

Pour l'ensemble des acteurs institutionnels, l'informatisation de la déclaration et l'analyse d'une chute dans le dossier du patient permet un échange en temps réel et une gestion de la communication interne, notamment va alimenter ensuite toutes les revues de morbidité, éventuellement les revues d'analyse des chutes sur l'établissement.

Évolution de la réflexion en interne : la création de groupe nécessite un minimum de capacité fonctionnelle et cognitive des patients qui participent. Actuellement nous sommes dans un repérage de risque 3, et en SSR, globalement les gens sont tout de même relativement "abîmés", donc ne sont pas forcément susceptibles de se mettre debout régulièrement. Donc constituer des groupes, c'est une

expérience que nous avons essayé de faire, mais on se retrouvait avec des groupes beaucoup trop hétérogènes qui ne pouvaient pas marcher pour que les gens y trouvent de l'intérêt. Nous avons décidé, et cela va devenir ambitieux, de créer des groupes « Équilibre », mais cela nécessite d'avoir une systématisation du repérage du risque 2, et là, la population va bien sûr augmenter puisqu'on peut avoir aussi des risques 2 simplement sur une prothèse de genoux ou parce que les gens ont une faiblesse musculaire. Donc nous risquons d'être débordés par nos ambitions.

Pour les ergothérapeutes, on est parti sur la même idée d'un groupe, mais la notion cette fois-ci n'est pas un groupe d'activité de réappropriation psychomotrice, mais plutôt sur un groupe de mise en situation de la vie quotidienne, avec des activités de la vie quotidienne que l'on ferait en groupe, parce que la notion du groupe crée l'émulation et crée des questionnements. Ce sont des groupes que l'on a déjà mis en place notamment par rapport à la prophylaxie de la prothèse de hanche. Finalement ce sont les gens qui animent leur propre groupe en se posant eux-mêmes des questions : « Et toi, comment fais-tu chez toi ? » Etc. Cela peut permettre aussi l'appropriation des recommandations d'aménagement ou de transformation des équipements que l'on peut avoir chez soi. Car imposer ou prescrire quelque chose, on sait bien que les gens ne vont pas forcément s'approprier le changement. Une étude en cours montre que les gens mettent du temps à s'approprier les préconisations.

Le suivi des actions pour nous à Sancellemoz, c'est la poursuite des audits, notamment sur les outils récemment mis en place ou qui sont modifiés, et la poursuite de l'analyse de nos indicateurs quantitatifs. C'est intéressant de savoir combien il y a eu de chutes dans l'établissement. Et les indicateurs de processus pour savoir si ce que l'on écrit en termes de processus d'activité, et non de protocole d'action, est quelque chose de cohérent. Des indicateurs de qualité de la prise en charge qui permettent au groupe « chute » de se réunir une fois

par trimestre pour le suivi des actions et la poursuite de notre EPP.

Réajustement des outils de la prise en charge pour un partage de l'information en amont avec le court séjour, et en aval de notre intervention pour garantir une pérennité de notre démarche après le retour à domicile, car c'est ce qui nous interpelle.

La chute peut devenir le cas échéant un événement indésirable grave au vu des conséquences qu'elle peut entraîner. Chez nous, l'événement indésirable grave lié à une chute, c'est un décès, une ré-hospitalisation, une prolongation d'hospitalisation en soins de suite, un arrêt des soins de rééducation. Et cet événement indésirable fait l'objet d'une analyse, qui se veut la plus exhaustive possible, au cours d'une RMM.

L'évolution de l'approche pour nous, c'est valoriser le passage de la culture quantitative à la culture qualitative. La qualité, versus collectivité, ce sera redéfinir le choix de nos indicateurs. Et le versus de l'individu, c'est quelle est la définition du risque.

Qu'est-ce que le risque, *Le petit Robert* le dit comme un danger éventuel plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou une activité. La notion de risque pour la santé est investie diversement selon les contextes sociaux historiques et les paramètres individuels.

J'en reviens à une réflexion que nous faisait quelqu'un au cours d'une réunion du CODERPA voici très longtemps, qui était : « Comment parler à nos aînés de risque quand ces mêmes personnes ont déjà franchi parfois deux guerres mondiales ? On paraît bien jeune par rapport à cette notion de risque, elles en savent un peu plus long que nous ».

Je reprendrai un exemple cité au travers d'une étude qui a lieu en ce moment en Suisse, chez nos collègues, sur les risques chez la personne bénéficiant de soins à domicile. C'est une petite anecdote qui est rapportée à travers cette étude-là. Bien souvent les gens qui sont repérés chuteurs, pour eux la chute n'est plus un risque, elle est déjà passée. Elle a déjà eu lieu, ce n'est pas un risque, ils savent ce qu'est ce

risque.

Par contre, utiliser la téléalarme, ça, c'est un risque, et c'est peut-être pour cela que bien souvent ils ne s'en servent pas. Le risque dans ce cadre-là, c'est effectivement que « S'il y a la téléalarme, on risque de venir me chercher et de m'hospitaliser, avec tout le cortège de conséquences que cela va produire : le transfert en soins de suite, en maison de retraite. Le risque de devoir quitter définitivement mon logement et de perdre la vie que je m'étais aménagée et adaptée ».

Voilà. Je remercie l'ensemble de l'équipe gériatrique des hôpitaux du Mont-Blanc qui nous ont investis aujourd'hui, les équipes de Sancellemoz, les patients qui nous font confiance et qui ont encore beaucoup de choses à nous apprendre sur la gestion individuelle de leur pratique, et vous tous pour notre participation.

(Applaudissements).

Mme Camille PETIT.- Merci. On sent une mobilisation de tous les acteurs qui sont concernés par la chute à Sancellemoz.

Mme Lucie BELLEMARE.- Bonsoir.

Je suis ergothérapeute au Centre de prévention des Alpes, un centre labellisé AGIRC ARCCO, à Grenoble, qui existe depuis 45 ans, où une équipe multidisciplinaire intervient et offre aux retraités des actions individuelles et des actions collectives. Des actions comme, des bilans de santé, des bilans d'autonomie, des bilans psycho, diététique, et d'ergothérapie. Le CPA co-anime avec les CCAS et avec les mairies certains groupes d'aide aux aidants et propose des conférences sur des thèmes liés à l'avance en âge et des ateliers de type mémoire, prévention des chutes, diététique, etc.

Depuis ce matin on parle de la chute, on dit que la chute arrive la plupart du temps à domicile : plus de 80 % des chutes ont lieu à domicile. Et c'est justement le lieu privilégié où l'ergothérapeute intervient, c'est-à-dire dans l'environnement naturel de la personne âgée et auprès de ses aidants proches ou ses aidants professionnels.

Comment l'ergothérapeute intervient-il à domicile ? Après

avoir évalué les capacités de la personne âgée dans son environnement, en situation réelle, pris connaissance de ses habitudes de vie, ses motivations, ses choix, l'ergothérapeute va chercher avec le retraité des solutions pour l'aider à maintenir ou retrouver son autonomie à domicile. Chaque situation est unique, vous le savez, les réponses ou les actions proposées aux retraités vont vraiment varier d'une personne à l'autre. Parfois il s'agira de faire autrement l'une ou l'autre des activités quotidiennes, de modifier sa façon de faire. Par exemple, se lever du lit : si le retraité éprouve des difficultés à sortir du lit seul en raison de douleurs articulaires, on va proposer une façon de faire plus adaptée pour protéger ses articulations.

Dans un autre cas, on va aider la personne à se rendre compte et accepter qu'il est maintenant devenu difficile d'aller s'asseoir au fond de la baignoire, donc qu'il faut trouver une autre façon de réaliser sa toilette (peut-être en utilisant un siège de baignoire permettant de continuer à se laver, mais de façon plus sécuritaire).

On pourra proposer à un retraité qui se plaint de fatigue d'organiser ses activités de la journée différemment pour économiser ses forces.

Pour certains aînés, il sera nécessaire de discuter des bonnes habitudes dont celle d'éclairer lorsqu'ils entrent dans une pièce, lorsqu'ils se lèvent durant la nuit, tout cela pour éviter les chutes.

Parfois il y aura lieu de s'approprier une aide technique pour lui redonner un peu d'autonomie.

Tout cela paraît facile à dire, mais la résistance au changement est très importante chez certains. Et comme le disait une conférencière précédente, la personne âgée est maîtresse chez elle ; or, on ne peut rien lui imposer, elle a le droit de prendre des risques à domicile. Il s'agit de bien lui expliquer pour qu'elle arrive à comprendre, c'est un travail de longue haleine. Cela ne se résout pas en une visite.

Il faudra dans certains cas réaménager le domicile,

l'espace de vie, ce qui peut provoquer un chamboulement dans la vie de la personne âgée. L'ergothérapeute doit s'associer aux aidants pour qu'ils participent à ces actions de prévention ; comme ce sont eux qui côtoient au quotidien la personne âgée, l'ergothérapeute dont les visites sont ponctuelles, doit pouvoir compter sur les aidants proches pour relayer les messages de prévention.

L'ergothérapeute va travailler avec la personne retraitée sur la prise de conscience des comportements à risque et essaiera de trouver des solutions avec elle pour diminuer les risques de chute à domicile. La visite à domicile est donc importante parce que concrète, elle permet de repérer les difficultés et obstacles et de proposer des solutions adaptées.

L'accompagnement et le suivi, souvent peu valorisés, sont tout aussi importants que la visite à domicile de l'ergothérapeute. Une étude a été menée auprès des retraités par REUNICA, caisse de retraite complémentaire, et l'ADERE, Institut de formation en ergothérapie. Dans cette étude, il a été proposé à des retraités une intervention d'ergothérapeute pour des conseils en matière d'habitat. On a constaté à l'issue de cette étude le besoin des personnes retraitées d'être relancées pour arriver à mettre en place toutes les préconisations faites par les professionnels.

Cette étude devrait modifier, je pense, la façon de faire les ergothérapeutes. On ne devra plus se contenter de « préconiser », mais il faudra prendre part à l'accompagnement menant à la mise en place des préconisations.

Il reste toutefois difficile de dire où s'arrête la prévention.

Je voudrais vous parler d'un autre type d'action mené les ergothérapeutes. Des équipes spécialisées à domicile pour la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ont été créées dans le cadre du plan Alzheimer. L'objectif est de redonner une place primordiale à la personne elle-même, en début de maladie, et d'apporter un soutien à l'aidant. L'ergothérapeute accompagne la personne âgée dans son cadre

de vie et travaille en partenariat avec les assistants de soins en g erontologie, qui vont prendre le relais de l'ergoth erapeute aupr es de la personne, pour arriver à mettre en place des aides pour ces personnes-là. La prévention de la chute peut être abordée dans ce cadre-là.

Je sais qu'il est tard. Je ne vais pas m'attarder.

Je voudrais terminer en vous disant que si la part de l'ergoth erapeute vous intéresse, je vous invite à aller regarder un petit film que l'on trouve sur Internet, qui s'appelle « Consensus », qui a été fait par le CREEDAT de Marseille. Cela avait été présenté dans le cadre des Assises de l'Habitat l'année dernière ou voici deux ans. Vous y verrez bien illustré le rôle de l'ergoth erapeute qui prend en compte la personne dans sa situation de handicap, son environnement, son entourage, et qui suggère même que l'ergoth erapeute soit intégré dès le début dans la conduite des travaux d'habitat.

Je vous remercie.

(Applaudissements).

Mme Camille PETIT.- Je vous remercie.

Comme nous avons pris du retard, nous n'aurons pas la possibilité de faire une discussion, malheureusement.

Je vous remercie beaucoup de vos interventions.

Conclusion de la journée

M. Jacques GAUCHER.- Nous arrivons au terme de cette merveilleuse journée. En tant que Président de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie, je souhaite dire tous mes remerciements et toutes mes félicitations, d'abord à vous, public, qui avez su venir nombreux, être fidèles, attentifs et patients mais aussi, bien sûr, aux organisateurs, qui ont merveilleusement bien construit cette rencontre. Mes remerciements vont aussi aux conférenciers, qui nous ont présenté tous des communications de grande qualité, qui nous renseignent beaucoup, et à partir desquelles, je vais tenter de dégager quelques éléments qui ont retenu tout particulièrement mon attention.

Pour les personnes qui ne me connaissent pas, je suis Psychologue Clinicien, et Professeur à l'Université de Lyon. Donc, mon écoute est un peu prismée par mon champ d'intérêt : la Psychologie, et vous le sentirez peut-être dans les quelques propos rapides que je vais vous tenir.

D'abord, nous avons bien compris, avec l'intervention de Pascal COUTURIER, que la question de la chute est un problème important de Santé Publique. Ce n'est pas un problème de santé publique d'aujourd'hui seulement. Il y a longtemps que l'on parle de ces questions, et je pense que les références aux différentes études depuis les années 1990 en attestent. C'est une vraie grande question, qui est récurrente et qui mérite encore toute notre attention.

Pascal COUTURIER a beaucoup insisté aussi sur la question du syndrome post-chute qui a été reprise ensuite par Florence DIBIE-RACOUPEAU et par d'autres. Et il est vrai que la chute est souvent considérée comme terminale, mortifère. J'assure la chute de la journée en faisant les conclusions. C'est la chute au théâtre, la chute d'un monologue. Mais la chute inaugure, dans le même temps, toute une série d'enjeux, de problématiques, et il était important de bien mettre l'accent sur cette question, que l'on appelle de manière peut-être un peu technocratique : le syndrome post-chute. On l'a même américanisé maintenant.

Florence DIBIE-RACOUPEAU a présenté un cas clinique pour commencer sa communication, avec le cas d'Éva JOLY. C'était intéressant parce que cela a vraiment posé de manière humoristique, même si c'est dramatique pour l'intéressée, de vraies questions comme celle du lieu de l'identité dans le corps qui tombe. Qu'est-ce qui tombe ? C'est le corps. Mais qu'est-ce qui s'effondre ou qu'est-ce qui est menacé dans la chute ? C'est bien entendu l'identité.

Le corps, c'est aussi un mode d'expression de soi, et Florence DIBIE-RACOUPEAU l'a bien souligné. Cela l'a conduite à nous évoquer ce que la chute veut nous dire sans nous le dire. Et ses

références à la littérature ont permis de donner du sens ou de nous inviter à donner du sens à la chute. La chute n'est pas qu'un événement. C'est un événement qui fait sens, et si on ne travaille pas sur cette dimension en même temps que sur l'événement ou la prévention de sa récurrence, on risque de se priver de bien des éléments du message qu'est la chute.

Florence DIBIE-RACOUPEAU évoquait la boîte de Pandore pour dire à quel point la chute va ouvrir la boîte des traumatismes antérieurs, anciens ou plus récents. C'est aussi une vraie question qui va souvent contribuer à dramatiser la chute du point de vue de la vie psychique de la personne.

J'aurais ajouté peut-être un élément qui me semblerait synthétiser ce que Florence DIBIE-RACOUPEAU nous disait : c'est que, finalement, la chute parle un peu comme un silence. C'est-à-dire que le silence, c'est en général, dans l'entretien que l'on peut avoir avec une personne, le moment qui souvent parle le plus, même si l'on ne comprend pas toujours ce que le silence veut dire, mais il est un moment qui parle beaucoup, paradoxalement. Et ce dont parle la chute, comme le silence, parfois, c'est de la mort. Le silence au sens de l'onomatopée « chut ! ». C'est l'évocation de quelque chose qu'il faut peut-être taire, qui est là, qui peut être douloureux en soi, et qui se dit en se frayant un chemin à travers cet effondrement du corps qui tombe à terre.

Bruno FANTINO nous a aussi évoqué beaucoup de choses sur ce programme qui est soutenu par des autorités de la santé. Son intérêt s'est très vite porté et m'a aussi invité à me porter vers la pluridisciplinarité. J'aurais tendance à parler aussi en termes d'interdisciplinarité. J'ai beaucoup apprécié, et c'est dommage que l'on ait été pris par le temps. Toutes les communications étaient tellement passionnantes, mais du coup on a peu parlé de la pluridisciplinarité. On aurait pu interroger la dimension de l'interdisciplinarité, c'est-à-dire la capacité à partager des regards disciplinaires croisés sur ces différents

enjeux.

Bruno FANTINO a aussi introduit beaucoup la question de la prévention, avec les ateliers de prévention. Et j'ai remarqué que dans ses diapositives, les sujets qui ont suivi les ateliers prenaient plus d'antidépresseurs à la sortie. Peut-être qu'ils avaient quand même compris à travers les ateliers un message, qui était la partie dépressive du syndrome post-chute et du message dont on parlait tout à l'heure à partir des propos de Florence DIBIE-RACOUPEAU.

Après nous sommes entrés dans un domaine qui pour beaucoup d'entre nous apparaît hostile, c'est le domaine juridique, le domaine du droit, avec ses lois, ses articles de loi, sa jurisprudence. C'est très technique. Mais en même temps, on a senti à travers cet exposé, beaucoup d'enjeux.

Déjà un enjeu intéressant du côté du principe de précaution. Qu'est-ce que cela fait du bien d'entendre un juriste nous dire les limites de cet usage du concept de principe de précaution, qui souvent nous envahit et devient très inhibant pour les initiatives. Cela m'amène aussi à faire rebondir cette articulation/opposition entre liberté et sécurité. Ce sont des questions qui ont été reprises cet après-midi dans les communications. C'est-à-dire l'enjeu du risque, le droit au risque. On évoque beaucoup la gestion du risque aujourd'hui, mais l'enjeu du risque est une question complexe et problématique parce qu'à la fois il y a de l'initiative de la liberté, mais dans la logique du risque, il y a aussi celle de la faute, de la faute commise et de tout ce qui peut s'ensuivre. Nous savons que notre société est de plus en plus procédurière, et la question du risque est très vite connotée de sanction potentielle.

Il y a eu beaucoup de discussions possibles et de réflexions, dans cet exposé du magistrat, de réflexions autour de la prescription médicale. Un point qui peut-être m'a un peu gêné, c'est que le médecin apparaissait - mais peut-être que je n'ai pas bien appris mes leçons quand j'étais jeune étudiant - le seul professionnel habilité

et autorisé à faire effraction dans le corps et la psyché du patient, du sujet. Le passage par la décision du médecin est nécessaire de ce point de vue pour être autorisé à se partager en amont ou en aval de la décision. Je veux dire que lorsque l'on fait une contention et que l'on n'est pas médecin, l'on est obligé d'avoir la caution du médecin. Je plains beaucoup les médecins, et j'ai beaucoup d'amis qui sont dans cette situation, qui doivent prescrire des contentions, parce que juridiquement cela doit passer par eux. Même s'ils ne sont pas convaincus, ils savent que ce sera nécessaire pour une équipe, et pour l'équilibre psychique d'une équipe, parfois, ou d'une famille. Donc la contention ne répond pas toujours qu'à la situation du sujet âgé réputé chuteur. Elle répond, au moins en partie, aux peurs et angoisses des proches et des professionnels.

Cet après-midi nous avons eu un exposé tout à fait remarquable de Régis HERBIN sur l'architecture, et plus que l'architecture, la conception et sa réflexion sur l'espace. Là aussi il est revenu sur la question de l'interdisciplinarité, sur ce partage, sur la redéfinition des termes. Ce qui veut dire que si l'on redéfinit les termes utilisés, si on les interroge, c'est que l'on travaille sur les représentations. Et c'est peut-être plus au niveau des représentations que l'interdisciplinarité peut être convoquée, plus que sur les termes eux-mêmes qui sont souvent fortement attachés à un langage professionnel.

J'ai trouvé que sa communication était aussi extrêmement intéressante par le fait, il l'a dit avec un peu de discrétion mais je voulais rebondir là-dessus, qu'il mettait l'accent sur les compétences du sujet. Ce n'est pas forcément le sujet savant qu'est le professionnel qui va trouver les réponses et les solutions, mais c'est dans la relation, quand il se met à l'écoute et à l'observation, en sensibilité, du sujet âgé, et c'est à ce moment-là que peut-être cette écoute libère et valorise les compétences à mettre en musique pour travailler à formuler des réponses telles que celles relatives aux dimensions architecturales ou

urbanistiques.

J'ai dit deux ou trois mots sur la table ronde, qui n'a pas été vraiment « table ronde », d'abord elle est linéaire. De plus les communications ont été amenées à prendre pas mal de temps. C'était un peu le risque de la formule. Mais je voulais féliciter les conférenciers de cette table ronde qui ont présenté des expériences de terrain méritant d'être connues. Je vous donne une information éventuellement, à savoir que l'Agence Régionale de Santé a mis en place un comité de pilotage, dont je suis membre et qui travaille sur la mise en place d'un Observatoire Régional pour les Actions Innovantes dans les domaines de la Dépendance et de l'Autonomie (ORAIDA). Les objectifs de cet observatoire sont de regarder, d'identifier, de rechercher toutes ces expériences de terrain qui peuvent apporter un enseignement et apporter des compétences supplémentaires à celles que l'on a déjà collectées dans nos exercices professionnels depuis parfois de nombreuses années.

Je remercie donc tout le monde. Avant de vous dire un au revoir, parce que l'on va bientôt se retrouver, je l'espère, je vous annonce la prochaine réunion de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie, qui se tiendra sur le département de l'Ain, à Bourg-en-Bresse, et qui va nous faire travailler et réfléchir sur la prévention. Je pense que l'après-midi aujourd'hui a déjà amorcé un effet de transition sur le thème de notre future 87^{ème} journée. Ce sera pour l'automne prochain, très précisément le 8 novembre 2012, à Bourg en Bresse. Vous serez informés déjà en consultant le site de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie. Ce sera la 44^{ème} année de conférences de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie qui s'ouvrira à partir de cette prochaine journée bressanne.

Je sais qu'il y a des personnes qui ont fait l'effort de venir de très loin. Je ne vais pas abuser de votre temps et vous propose de rentrer prudemment et en pleine réflexion dans vos chaumières. Bonne route à tout le monde et en particulier à ceux qui viennent de loin !

(Clôture à 17 h 10).