



HAL
open science

Chutes des personnes âgées : étude qualitative des moyens de prévention mis en place par les masseurs kinésithérapeutes finistériens et effets à domicile et en institution

Solène Kerneis

► To cite this version:

Solène Kerneis. Chutes des personnes âgées : étude qualitative des moyens de prévention mis en place par les masseurs kinésithérapeutes finistériens et effets à domicile et en institution. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03478987

HAL Id: dumas-03478987

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03478987>

Submitted on 14 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Chutes des personnes âgées : Etude
qualitative des moyens de prévention
mis en place par les masseurs-
kinésithérapeutes Finistériens et effets
à domicile et en institution.**

KERNEIS Solène

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute

Promotion 2017 - 2021

Session Juin 2021

Remerciements

Je voudrais commencer par remercier Marc Le Roy mon directeur de mémoire, pour son suivi, son investissement et ses conseils tout au long de la rédaction de ce travail.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFMK de Brest ainsi que les intervenants extérieurs qui nous ont suivis pendant ces 4 années de formation.

Je remercie tout particulièrement les masseurs-kinésithérapeutes qui ont pris le temps de répondre à ce questionnaire, et permettre l'aboutissement de ce travail.

Je remercie enfin ma famille et mes amis pour leurs soutiens, conseils et relectures.

Merci à tous !

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| Introduction générale | 1 |
| I - Cadre conceptuel | 3 |
| I.1. La personne âgée | 3 |
| I.2. La chute | 11 |
| I.3. La prévention | 17 |
| II - Démarche réflexive | 22 |
| III - Méthode de recherche | 23 |
| III.1. Choix de la méthode | 23 |
| III.2. La population cible | 24 |
| III.3. Elaboration du questionnaire | 25 |
| III.4. La diffusion | 27 |
| III.5. Méthode d'analyse, d'exploitation de données | 28 |
| IV - Recueil de données | 29 |
| IV.1. Informations générales de la population | 29 |
| IV.2. La prévention : formation et mise en place | 31 |
| IV.3. Effets de la prévention et ressenti des patients | 35 |
| IV.4. L'activité en EHPAD | 36 |
| IV.5. Liens entre masseurs-kinésithérapeutes et aidants | 38 |
| V - Discussion | 39 |
| V.1. Confrontation des résultats avec les hypothèses | 39 |
| V.2. Confrontation avec la littérature actuelle | 46 |
| V.3. Critique et ouverture de l'étude | 50 |
| Conclusion | 54 |
| Bibliographie | 55 |

Index des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Espérance de vie à la naissance et espérance de vie en bonne santé. | 4 |
| Figure 2 : Illustration du syndrome post-chute. | 15 |
| Figure 3 : Modalités d'exercice. | 29 |
| Figure 4 : Années d'expérience. | 30 |
| Figure 5 : Nombre de cabinet(s) dans la ville d'exercice. | 30 |
| Figure 6 : Tranche majoritaire d'âge de la patientèle. | 30 |
| Figure 7 : Formation sur la chute. | 31 |
| Figure 8 : Raisons de non formation complémentaire sur la chute de la personne âgée. | 31 |
| Figure 9 : Connaissance des recommandations de la HAS. | 32 |
| Figure 10 : Dans quelles situations abordez vous la chute ? | 32 |
| Figure 11 : Que mettez-vous en place pour prévenir la chute ? | 33 |
| Figure 12 : Arrivez-vous à mettre en place de la prévention avec tous les patients qui en auraient besoin ? | 33 |
| Figure 13 : Arrivez-vous à mettre en place de la prévention avec tous les patients le nécessitant en fonction du nombre de cabinet par ville | 34 |
| Figure 14 : Pourquoi vous est-il difficile de faire de la prévention avec tous les patients ? | 34 |
| Figure 15 : Comment objectiviez-vous les effets des séances sur les personnes âgées ? | 35 |
| Figure 16 : En quoi ces ateliers et programmes permettent-ils un gain de confiance, une assurance dans les déplacements des patients ? | 36 |
| Figure 17 : Quels changements l'institutionnalisation implique dans votre pratique ? | 37 |
| Figure 18 : Comment le patient a vécu cette institutionnalisation ? | 37 |
| Figure 19 : Etes vous en relation avec les aidants des personnes âgées ? | 38 |
| Figure 20 : Avec quels aidants ? | 38 |
| Figure 21 : A quelle fréquence êtes vous en relation avec les aidants ? | 38 |
| Figure 22 : D'après le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes : Pyramides des âges des masseurs kinésithérapeutes libéraux Français. | 39 |

Liste des abréviations

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGGIR : Autonomie Gérontologie et Groupes Iso Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicaux sociaux

APA : Activité Physique Adaptée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CDO29 : Conseil De l'Ordre du Finistère

CEKCB : Cercle d'Etudes Kinésithérapie Centre Bretagne

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FDR : Facteurs de risque

GIR : Groupes Iso Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MK : Masseur-Kinésithérapeute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIED : Programme Intégré d'Equilibre Dynamique

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

TM6 : Test de Marche de 6 minutes

TUG : Timed Up and Go

UBO : Université de Bretagne Occidentale

USLD : Unités de Soins Longue Durée

WHO : World Health Organization

Introduction générale

Au cours du cursus d'un étudiant en masso-kinésithérapie, le contact avec les personnes âgées en formation clinique est régulier. Il n'est pas rare d'être le témoin de chutes ou d'en entendre parler lors d'une discussion ou de réunions. Suite à une chute, une dégradation de l'état de santé général, avec une diminution de la qualité de vie voyant la personne devenir de plus en plus grabataire peut s'observer. Cette problématique ne se restreignant pas seulement à la « personne chuteuse », mais également à d'autres pensionnaires de l'EHPAD ou des services des hôpitaux ayant eu écho de cet incident. Certains résidents, patients, développent alors une crainte de tomber dans l'établissement, diminuant leurs propres déplacements et leur autonomie.

Il est intéressant de se pencher sur ce sujet lors de ce travail d'initiation à la recherche et plus particulièrement sur la manière dont le masseur-kinésithérapeute peut intervenir pour réduire les chutes et leurs conséquences et ce même en amont de la première chute.

Chaque année en France, selon Santé Publique France, plus de 450 000 chutes sont enregistrées chez les plus de 65 ans (1). Mais alors comment, face au nombre important de chutes chez les personnes âgées, le kinésithérapeute peut-il prendre en charge au mieux les patients déjà chuteurs ainsi que les patients présentant des facteurs de risque ? Quelles pistes sont à explorer pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire ?

Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economique), l'espérance de vie en bonne santé, sans incapacité ni limitation d'autonomie était en 2019 de 64,6 ans pour la femme et 63,7 pour l'homme. L'espérance de vie étant de 85,6 pour la femme et 79,7 pour l'homme (2), cela signifie que la population a potentiellement une vingtaine d'années à vivre en « mauvaise santé », passé l'âge de 65 ans. La prévention de la chute pour maintenir une autonomie suffisante aux personnes âgées à sa place dès cet âge de 65 ans, âge à partir duquel les capacités de l'organisme commencent à se détériorer naturellement. L'âge moyen en EHPAD est de 84 ans (3), la

prévention a donc sa place au domicile des patients et peut être incluse dans une prise en charge en cabinet de ville.

Dans l'objectif de mettre en évidence le besoin de traiter le sujet de prévention de chutes chez la personne âgée, ce travail d'initiation à la recherche s'articulera de la manière suivante : Pour commencer, une présentation des principaux concepts (la personne âgée, la chute et la prévention), de ces concepts émergeront une problématique et des objectifs de recherche. Dans une seconde partie la méthode de recherche incluant un questionnaire sera définie avec la présentation des résultats de l'enquête. Et pour finir, on retrouvera les limites de l'étude et les liens avec la littérature actuelle.

I - Cadre conceptuel

I.1. La personne âgée

I.1.1. Définition

Une personne est considérée « âgée » à partir de 60 ans selon l'OMS (4), mais la problématique de la chute touche plutôt les personnes d'un âge supérieur à 75 ans. En France, si l'on se réfère aux données de l'INSEE (2) c'est le chiffre 65 ans qui est plutôt utilisé, c'est aussi la valeur qui sera utilisée dans ce travail pour se référer à la « personne âgée » en général.

Pour une prise en charge efficace, il est nécessaire de prendre en compte la dimension médicale, psychologique et sociale de la personne âgée. De part le vieillissement naturel, les personnes âgées sont plus fragiles que la population générale. Pour une meilleure prise en charge en gériatrie, il faut donc intégrer l'interprofessionnalité pour traiter le physique et le psychique, le contexte relationnel entre le soignant et l'âgé, adapter son environnement et le matériel pour une rééducation en toute sécurité (5).

I.1.2. Epidémiologie

D'ici 2050, la proportion des 60 ans dans la population mondiale va doubler, passant de 12% en 2015 à 22% (4). Le vieillissement de la population est beaucoup plus rapide que par le passé, engendrant l'augmentation de personnes susceptibles de chuter. En France au 1er janvier 2021, plus d'un cinquième de la population a plus de 65 ans (6) soit près de 14 millions de personnes.

Dans le rapport de l'INSEE de 2019, relatif à la démographie en Bretagne, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 29,5% de la population (contre 26,9% au niveau national). La population Bretonne est ainsi légèrement plus âgée que le reste de la France (7).

1,3 million de personnes en 2017 sont déclarés en perte d'autonomie, et il est prévu 2,45 millions en 2050. En 2014, 30 milliards euros de dépenses étaient consacrés à la perte de l'autonomie en France (8).

Selon l'INSEE (2), l'espérance de vie en bonne santé « mesure le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre », en 2019 elle était de 64,6 ans chez la femme et 63,7 ans chez l'homme. Tandis que l'espérance de vie est de 85,6 ans chez la femme et 79,7 ans chez l'homme (cf Figure 1). On peut alors dire que globalement, la population va vivre une vingtaine d'années en plus de l'espérance de vie dite « en bonne santé ». Il faut préparer la population à un meilleur vieillissement et diminuer les événements pouvant détériorer la fin de vie de chacun.

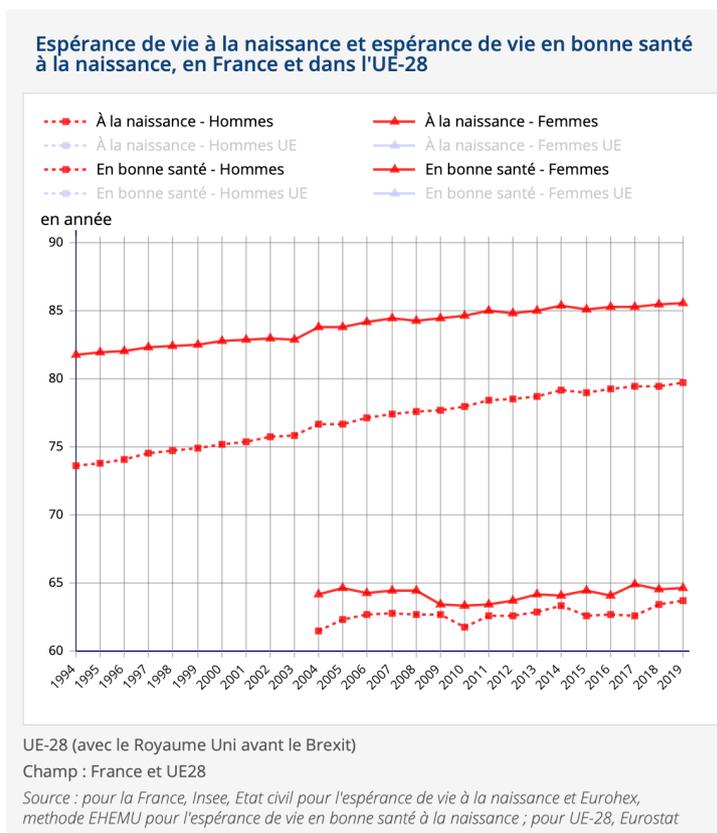


Figure 1 : Espérance de vie à la naissance et espérance de vie en bonne santé.

D'après l'INSEE 2019 (2)

I.1.3. Le vieillissement

Selon C. De Jaeger, le vieillissement est un « *phénomène physiologique, dont la compréhension des mécanismes est devenue un phénomène d'actualité avec l'accroissement de la durée de vie de la population* » (9).

Le vieillissement normal (la sénescence) est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de « l'âge mûr ». L'âge mûr étant selon Le Larousse la personne « *Qui a atteint un bon degré de développement intellectuel, une maturité d'esprit* ».

C'est un processus lent, progressif et multi-factoriel, avec une grande variabilité inter-individuelle (10), influencé par des facteurs génétiques et personnels mais aussi par l'environnement et le comportement des personnes (11). Le vieillissement entraîne une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme, une diminution de ses capacités d'adaptation et peut amener à la dépendance et in fine au décès de l'individu.

Le vieillissement physiologique (biologique) est en rapport avec la fragilité de l'individu, c'est l'incapacité de s'adapter à un stress même minime (5). Cette fragilité a un lien direct avec les fonctions motrices (perte de force, diminution des amplitudes articulaires, ralentissement global du mouvement, diminution de l'endurance..).

Le vieillissement entraîne une modification des principaux systèmes physiologiques (9). Il a des effets sur le métabolisme : diminution de la masse maigre et augmentation de la masse grasse. La diminution de la masse maigre désigne surtout la diminution musculaire, c'est la sarcopénie. On observe une diminution de la qualité musculaire et de la force. Il est donc nécessaire de maintenir une activité physique (pour entretenir les muscles) et de faire attention à l'alimentation (respecter l'apport protéique) (12).

On observe également une altération de l'ensemble des organes des sens : la vision, l'audition, le goût et l'odorat. Une diminution de ces afférences sensorielles fait que la personne âgée est moins apte à détecter les dangers dans son environnement ce qui peut alors provoquer sa chute (10).

On peut aussi retenir des modifications neurologiques qui vont diminuer la vitesse de l'influx nerveux, augmenter le temps de réaction et donc retarder les stratégies d'adaptation et ainsi faire chuter la personne.

Un élément essentiel dans la locomotion et l'équilibre, est le pied. Il se modifie au fil du temps, il s'enraidit, ce qui diminue la mobilité de la cheville et peut gêner le passage du pas, d'obstacles.. (13). La rééducation de celui-ci est donc un axe de prévention qu'il faut saisir.

Le vieillissement a aussi une composante psychologique, avec un isolement progressif, associé à un syndrome dépressif ou à des épisodes anxieux.. (10). Plus une personne vieillie, plus les événements comme l'entrée en EHPAD, l'entrée au service des Urgences, modifiant son quotidien sont vécus de manière anxiogène, stressante et déstabilisante pour le patient.

I.1.4. Troubles de la marche et de l'équilibre en gériatrie

La marche physiologique est une action qui résulte de l'interaction entre l'équilibration, les muscles antigravitaires et le déroulé du pas (14).

Un bon équilibre permet le maintien du corps au niveau du polygone de sustentation. Il repose sur 4 capteurs sensoriels :

- la voute plantaire : le pied est fondamental dans la régulation posturale, il contient divers capteurs de pression et de vibration.
- les capteurs proprioceptifs : ces capteurs permettent une bonne perception de la position des membres dans l'espace, ce sont les fuseaux neuromusculaires (dans les

muscles), les organes tendineux de Golgi (dans les tendons), les corpuscules de Pacini (dans les articulations).

- les capteurs labyrinthiques (au sein du vestibule dans l'oreille interne)
- la vision : la vision permet entre autre de repérer les obstacles au sol..

Le vieillissement va modifier l'équilibre de la personne âgée. Une personne en bonne santé, aura des réactions de stabilisation pour maintenir son corps dans le polygone de sustentation. On distingue les stratégies de hanche (flexion plantaire de cheville associée à une flexion des hanches ou bien une flexion dorsale de cheville associée à une extension de hanche) et les stratégies de cheville (seule l'articulation de la cheville entre en jeu. Ce cas correspond au modèle du pendule inversé) (15).

La stratégie de cheville est la première à disparaître à cause de l'enraidissement de celle-ci, la stratégie de hanche va donc être privilégiée mais elle est moins efficace et plus coûteuse en énergie.

Pour maintenir son équilibre, malgré la détérioration des capteurs sensoriels due au vieillissement, la personne âgée met en place diverses stratégies comme l'élargissement du polygone de sustentation, le ralentissement de l'allure, l'utilisation d'une aide technique...

I.1.5. Le syndrome de glissement et la perte d'autonomie

Le syndrome de glissement peut se définir comme une détérioration brutale et importante de l'état de santé d'une personne âgée entraînant une diminution de l'autonomie, c'est un état grave survenant après une affection aiguë (10). Ce syndrome peut être la conséquence d'un événement précipitant et soudain comme une chute (16), le décès d'un proche, une entrée en EHPAD (17). On observe une altération de l'état de santé global avec une déshydratation, une dénutrition, le patient « se laissant aller », perdant goût à tout. Le syndrome de glissement serait observé pour 1% à 4% des patients âgés hospitalisés. (18)

Lors d'une hospitalisation, des patients indépendants à leur entrée peuvent en ressortir dépendantes (sur la toilette, la marche...), en particulier si leur passage à l'hôpital n'était pas programmé (19). Ce phénomène de dépendance iatrogène peut se développer pour 3/4 des patients de plus de 75 ans admis à l'hôpital (19). Cette dépendance pouvant être évitée si une prise en charge précoce est mise en place dès le début de l'hospitalisation par un kinésithérapeute effectuant des exercices de marche ou de renforcement musculaire. (20)

I.1.6. La personne âgée en EHPAD

La décision de placement en EHPAD est pluridisciplinaire et multifactorielle. Il faut entre autre prendre en compte les capacités, les besoins et le niveau d'autonomie du patient. L'entourage du patient et sa famille est aussi un facteur essentiel dans la décision. Il faut savoir que dans certains cas, une personne ayant chuté peut être institutionnalisée avant un retour à domicile, le temps de reprendre des forces et retrouver une autonomie pour sa vie quotidienne. (21)

Les EHPAD sont des « *maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre* » (22) et ont pour but d'accompagner les personnes âgées de plus de 60 ans ayant besoin d'une assistance quotidienne. La perte d'autonomie est une des principales raisons de demande d'entrée dans une institution en France.

L'âge moyen en EHPAD est de 84 ans et 57 % des demandes d'entrées concernent des personnes de plus de 85 ans (3).

Entre 30% et 60% des résidents chutent en EHPAD chaque année (23), la plupart d'entre-elles ayant lieu dans la chambre ou la salle de bain du résident. Selon l'enquête de la DRESS (24) en 2015, la durée moyenne d'un séjour en EHPAD est de 3,3 ans, 50% des résidents décèderont à l'EHPAD.

Dans certains EHPAD, un masseur-kinésithérapeute peut-être salarié de l'établissement, dans d'autres, ce sont les kinésithérapeutes libéraux qui se déplacent. Il faut noter que 44% des établissements déclarent rencontrer des difficultés de recrutement (24) pour l'ensemble des professions.

Selon l'enquête de la DREES menée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), en 2015, environ 1 300 kinésithérapeutes sont en effectif physique dans les EHPA en France ce qui représente 692 en équivalent temps plein (25).

La transition entre le domicile et l'entrée en institutionnalisation est vécue de manière différente par chaque individu. C'est un processus qu'il faut préparer afin d'en faciliter le passage.

I.1.7. Les aidants et l'équipe autour des personnes âgées

Bien souvent les personnes âgées sont aidées à leur domicile par des membres de leur famille : leur conjoint (plus d'un quart) et leurs enfants (plus de la moitié) (26).

A ces aidants familiaux, des aides humaines (aides à domicile, passages infirmiers, passage facteur..), financières (Allocation Personnalisée d'Autonomie..) et techniques (lit médicalisé, montauban..) peuvent être apportées aux personnes âgées.

En EHPAD, C'est bien souvent une équipe pluridisciplinaire qui intervient : infirmiers, aides soignants, médecins, agents d'accompagnement, associations, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, podologues...

L'allocation Personnalisée d'autonomie (APA) est une aide financière versée par le conseil départemental. Sont éligibles les personnes de plus de 60 ans dont la perte d'autonomie a été évaluée avec la grille AGGIR [Annexe I] (27). Les personnes âgées vivant à domicile ou en EHPAD peuvent être éligibles à cette aide. Elle permet par exemple de financer (entièrement ou en partie) le service d'aide à domicile ou de payer en partie le tarif dépendance de l'EHPAD choisi (28). Afin de remplir la grille AGGIR, un membre d'une équipe médico-sociale se déplace aux domicile des patients, en

établissement c'est le médecin qui fait l'évaluation. L'observateur désigné évalue l'autonomie de la personne sur 10 activités corporelles et mentales et 7 activités domestiques et sociales. En fonction de ces résultats, la personnes est classée dans un groupe GIR (Groupe Iso Ressources) allant de 1 à 6. Les GIR 1, 2, 3 et 4 peuvent bénéficier de l'APA, les 5 et 6 sont redirigés. (29)

I.2. La chute

I.2.1. Définition

La chute est complexe à définir. Zecevic et collaborateurs, recensent plusieurs dizaines de définitions différentes (30) dans un article de 2006.

Selon la HAS, la chute est définie comme « *le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ* » (31).

Dans le cas où une personne fait plus de deux chutes dans les 12 derniers mois, on parle de chutes répétées (31). Ces personnes sont plus à risques de traumatismes et de fractures que les personnes ayant un unique épisode de chute dans l'année. L'ensemble des personnes chuteuses, sont à prendre en charge. Le rôle du kinésithérapeute est d'accompagner au mieux ces profils en prenant en compte les spécificités et la singularité de chaque personne âgée.

I.2.2. Epidémiologie

Les chutes accidentelles concernent plus particulièrement la population des plus de 65 ans. Un tiers des plus de 65 ans, et 50% des plus de 85 ans font au moins une chute dans l'année en France (1). On comptabilise 450 000 chutes par an chez les plus de 65 ans en France (1).

Il faut savoir que près de la moitié des chuteurs font des chutes à répétition (31). Les chutes à répétition sont à haut risque de traumatismes, ce nombre élevé en fait un véritable enjeu de santé publique, les chutes entraînant des fractures, des plaies, des consultations aux urgences, des chirurgies, des hospitalisations et donc des dépenses pouvant être évitées (32).

Dans le monde, la chute représente la deuxième cause de décès accidentels, les traumatismes (noyades, accidents de la voie publique..) étant la première. Près de 650 000 personnes perdent la vie chaque année suite à une chute (33).

En France, le nombre de décès par chutes s'élève à environ 9300 par an (1), cela correspond à la première cause de décès par accident de la vie courante. Les femmes étant plus touchées que les hommes selon les données issues des certificats de décès de l'INSERM (34).

Le risque de décès est maximum pour les personnes de 85 ans et plus (1). De plus, selon l'INSERM, près de 40% des chutes nécessiteront une hospitalisation en court séjour (35) et donc une prise en charge pluridisciplinaire avec les dépenses et ressources associées.

Depuis 2000, le taux de mortalité lié aux chutes est en légère baisse, passant de 15/100 000 en 2000, à 10/100 000 en 2013 (1).

I.2.3. Les facteurs de risque et les causes précipitantes les chutes

Lorsqu'une personne chute, il est rare que ce soit dû à un seul facteur. La chute accidentelle de la personne âgée est multi-factorielle dans 60% des cas (36). On relève des facteurs de risque et des facteurs plus personnels, propres à chaque patient et à ses capacités individuelles.

La WHO (World Health Organization) classe les facteurs de risque en 4 catégories (37) :

- comportemental : polymédication, alcool, manque d'exercice.
- environnemental : sols et escaliers glissants, tapis lâche, trottoir, éclairage insuffisant...
- biologiques : âge, sexe, maladies chroniques (Parkinson, Arthrose..), ralentissement des capacités physiques cognitives et affectives.
- socio-économique : faibles revenus, maison non adaptée, le manque d'intégration sociale, le manque d'accès aux soins, le manque de ressources communautaires.

La HAS, elle, propose une classification avec certains facteurs dits prédisposants et d'autres précipitants (31). Les facteurs de risque prédisposants sont liés à la maladie, à la personne et à ses incapacités. Ils sont :

- L'âge > 80ans
- Le sexe féminin
- Les antécédents de fractures traumatiques
- La polymédication (> à 4 médicaments) : c'est un marqueur de co-morbidité.
- La prise de psychotropes
- La prise de médicaments cardiovasculaires
- Les troubles de l'équilibre ou de la marche pré-existant : évaluation par les tests timed up and go et la station unipodale.
- La diminution de la force et de la mobilité des articulations
- L'arthrose des membres inférieurs et anomalies des pieds
- Les troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- Le syndrome dépressif
- Le déclin cognitif
- La baisse de la vision
- L'alimentation qui ne répond pas aux besoins (1).

Les causes précipitantes de chutes, qui peuvent elles accélérer le phénomène de chute, sont les suivantes selon la HAS (31) :

- Causes cardiovasculaires : l'hypotension orthostatique est en première ligne, l'embolie pulmonaire, les troubles du rythme cardiaque.
- Causes neurologiques : Accident Vasculaire Cérébral, Accident Ischémique Transitoire..
- Causes vestibulaires : Vertiges ..
- Causes métaboliques : Hyponatrémie, Hypoglycémie ..
- Causes environnementales : le mauvais éclairage, les tapis au sol, les chaussons qui glissent, l'encombrement de la salle (1). Les vêtements peuvent aussi causer des chutes (pantalon trop long).

Les troubles moteurs comme les troubles de la marche ou de l'équilibre, ou la perte de force et de sensibilité sont des éléments sur lesquels le kinésithérapeute peut intervenir, avec un programme de renforcement et d'équilibre adapté, en cabinet, à domicile ou en institution. Les kinésithérapeutes peuvent aussi avoir un rôle d'expertise et de conseils pour limiter les causes environnementales des patients.

I.2.4. Les conséquences

Outre les conséquences financières liées aux hospitalisations et à la perte d'autonomie, la chute peut amener diverses limitations aux patients.

On peut distinguer les conséquences immédiates de la chute (comme les hématomes, les fractures) et les conséquences secondaires qui sont elles plutôt liées au maintien de la personne au sol et à son incapacité à bouger (38) (comme l'hypothermie, la déshydratation)...

La chute est mortelle pour 9 300 personnes par an en France (1), soit environ la moitié des accidents de la vie courante (38). Elle peut aussi entraîner une fracture du fémur qui nécessite une hospitalisation, une immobilisation de la personne et de ce fait une diminution de ses activités, et souvent une adaptation du domicile pour le retour est nécessaire (39). Selon Santé Publique France la fracture du fémur concerne 76 000 personnes par an (1) soit environ 15% des chutes. D'autres fractures peuvent se former au niveau du poignet ou des vertèbres entraînant également une immobilisation. De plus, suite à une hospitalisation, la personne âgée peut développer une dépendance iatrogène dans ses activités quotidiennes (habillage, toilette) ce qui peut diminuer son autonomie. (40)

Dans près de 80% des chutes, il n'y a pas de conséquences immédiates de type fractures, hématomes... (38). Cependant la personne âgée est vulnérable et à la suite de n'importe quelle chute, elle peut garder des séquelles traumatiques ou psychologiques. Une évaluation post-chute est bien souvent nécessaire.

Les conséquences psychologiques (perte de confiance, choc émotionnel, peur..) peuvent directement amener vers le syndrome post-chute (41). Ce syndrome (de désadaptation psychomotrice brutal, avec une composante motrice et une composante psychologique) est observé chez la personne âgée, pour un chuteur sur 5 (42).

Une première chute va entraîner une anxiété et une crainte de rechuter pour la personne âgée, elle va alors diminuer ses activités. La personne développe une sidération, un oubli des automatismes acquis, ce qui entraîne une perte des réactions d'adaptation posturale, un déséquilibre, une diminution voir une perte des réactions parachutes, avec une difficulté à se maintenir en orthostatisme. Certains patients pouvant aller jusqu'à la peur de la verticalité, ils sont dits stasobasophobiques. Ce syndrome peut aboutir à des répercussions graves sur la santé, il est essentiel d'éviter l'entrée dans un cercle vicieux de chute. Il faut noter que ce syndrome est réversible à condition d'une prise en charge précoce (10).

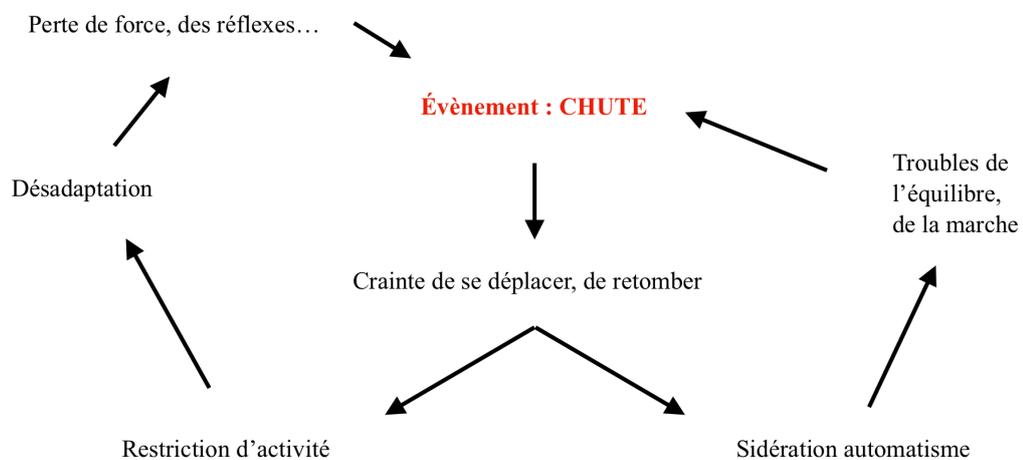


Figure 2 : Illustration du syndrome post-chute

Le patient ayant développé ce syndrome de désadaptation psychomotrice va être en rétropulsion en position assise mais également lors du passage assis-debout. La rétropulsion correspond au « *dejettement du tronc en arrière en position assise, il est accompagné d'une perte de la projection antérieure et d'une position des pieds en avant lors du passage assis-debout* » (43).

Un patient en rétropulsion a une peur de se pencher en avant, il a peur du vide. Lors de la rééducation il faut être très sécuritaire avec lui et très progressif, (il ne faut pas le tirer vers l'avant tant qu'il n'est pas prêt, car son corps va s'y opposer, c'est l'hypertonie oppositionnelle.)

I.3. La prévention

I.3.1. Définition de la prévention

Selon la HAS « *La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités; sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistage), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.* » (44)

Ces 3 types de préventions peuvent être déclinées pour la personne âgée :

La prévention primaire serait d'identifier les personnes à risque de chutes et d'aborder le sujet avec elles, avant même la première chute.

La prévention secondaire serait la mise en place d'ateliers de prévention le plus rapidement chez des patients présentant des facteurs de risque (vus précédemment), après une ou plusieurs chutes.

La prévention tertiaire pour des personnes âgées ayant déjà chuté dans un but de prévenir les prochaines chutes et de redonner de la confiance et de l'autonomie à la personne, et réduire les incapacités liées aux chutes.

I.3.2. Place du Masseur Kinésithérapeute (MK) dans les textes de loi

Le kinésithérapeute a une place importante et légitime dans la prévention et dans l'éducation pour la santé:

- Article 13 du décret de compétence : « *Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le MK participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.* » Pour les chutes et le syndrome post-chute, on est plutôt dans de la prévention tertiaire. (45)

- Décret 2004-502 du 29 juillet 2004 dont les termes sont :

« ...prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. » (46)

Le masseur-kinésithérapeute peut effectuer des actions de prévention sans ordonnance du médecin. Elles peuvent être primaires, secondaires ou tertiaires.

I.3.3. Les différentes recommandations et plans de santé publique

En France, face aux problématiques de vieillissement de la population, divers plans nationaux, programmes et des recommandations sont publiés pour la prévention et le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Certains de ces textes concernent le champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes.

Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, les chutes sont évitables, les programmes de prévention sont efficaces. Selon l'étude Ossébo de prévention des chutes, un entraînement progressif de l'équilibre sur une durée de deux ans aurait un impact positif sur la qualité de vie et sur la diminution des chutes traumatiques (47). Cette étude Ossébo a la spécificité de se focaliser sur des personnes de plus de 75 ans vivant à domicile. L'étude a été ciblée sur cette tranche d'âge, des études chez les 65 ans avaient déjà été réalisées et avaient portées leurs conclusions positives sur l'état des patients .

En 2010, Santé Publique France dans son enquête Baromètre santé, qui est une enquête téléphonique, a consacré une partie de son enquête à la santé des personnes âgées.

En 2009, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (31), pour l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées sujettes à des chutes répétées. On peut citer plusieurs recommandations : « Lors d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre, il est recommandé de prescrire des séances de

kinésithérapie » ou encore « *la stimulation des afférences sensorielles ou l'apprentissage du relevé du sol, peuvent être aussi proposés.* ». La place du masseur-kinésithérapeute dans la problématique de chute chez la personne âgée est importante et reconnue dans les différents textes.

Dans ses recommandations de 2005 (48), la HAS recommande, en prenant en charge une personne âgée de rechercher une chute antérieure pour repérer le risque. Il convient ensuite de rechercher les facteurs de risque lors du premier bilan puis de mettre en place des interventions de prévention comme : la rééducation de la force musculaire, de l'équilibre ou encore des conseils variés sur l'environnement, l'alimentation.

En 2005, la HAS a également publié des recommandations pour la pratique clinique. « *Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile* » (49) . Les différents traitements / axes recommandés après une évaluation du risque sont :

- L'état orthopédique
- La force musculaire
- Les transferts
- L'équilibration
- La marche
- Le relever de sol
- L'antalgie
- L'éducation du patient et de son entourage
- L'aménagement du domicile

Au delà de ces recommandations, des plans de santé nationaux sont mis en place, dont le plan « bien vieillir » de 2007-2009 (50), s'adressant aux personnes de 50 à 75 ans. Ce plan veut proposer le chemin à suivre pour un vieillissement réussi de manière individuelle et dans les relations sociales. Il est décliné en 3 actions : une alimentation correcte, l'exercice physique et le lien social.

La stratégie nationale de santé 2018 - 2022, publiée par le ministère des solidarités et de la santé, accorde un item au maintien de l'autonomie de la personne âgée, et l'importance de cette autonomie pour vieillir en bonne santé.

Pour la mise en place de ces stratégies de nombreuses aides financières sont débloquées (51). De l'argent est également alloué aux EHPAD, elles recevront 360 millions d'euros supplémentaires de 2019 à 2021 pour recruter des personnels soignants.

I.3.4. Regroupement de kinésithérapeutes dit « préventeurs »

Dans plusieurs régions de France, que ce soit la Bretagne (Kiné Ouest Prevention) (52), l'Ile de France (Agi-équilibre) (53) différentes associations proposent des ateliers de prévention de chutes chez les séniors.

Le réseau Kiné France Prevention a mis en place le programme Equibr'Age dans une vingtaine de départements depuis 1996. Ce programme est repris par les associations adhérentes dans les départements. En Bretagne le programme EquilibreBreizh reprend ces actions depuis 1999 (54) (55). Ces ateliers regroupent une douzaine de personnes âgées de 75 ans en moyenne, cumulant souvent plusieurs facteurs de risque de chutes. Ce programme Equibr'Age cible les personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile, et a pour but de maintenir l'autonomie des personnes. Cette séquence d'ateliers se déroule sur 3 mois, entre 8 et 15 séances, comprenant des exercices d'équilibre et de renforcement musculaire, l'apprentissage du relevé de sol ainsi que des conseils dispensés aux participants.

Des programmes similaires existent dans d'autres pays. Comme le programme PIED (Programme Intégré d'Equilibre Dynamique) au Québec qui a pour but de prévenir les chutes et fractures chez les personnes âgées. Ce programme comprend des exercices de groupes, des exercices à domicile et des moments d'informations sur plusieurs thèmes (les chaussures, l'ostéoporose...). (56)

Depuis quelques décennies, les programmes et ateliers de prévention se multiplient, ces ateliers sont souvent réalisés en groupes.

I.3.5. Les autres professionnels pour la prévention des chutes

Autour des personnes âgées gravitent de nombreux intervenants comme les kinésithérapeutes, médecins, infirmiers, aides soignants et aides à domicile. Cette coopération entre les professionnels est de plus en plus visible par l'implantation de maisons de santé qui regroupent ces professions au sein d'un même bâtiment. Un des buts étant de lutter contre les déserts médicaux et de proposer une offre de soins pour tous.

Depuis plusieurs années l'Activité Physique Adapté (APA) se développe et elle peut participer au maintien au domicile des personnes et à la réduction du risque de chute. Cette APA peut être dispensée par les masseurs kinésithérapeutes mais également par des Enseignants APA. Un des organismes nationaux qui dispense ces ateliers individuels ou collectifs, à domicile ou en EHPAD est l'organisme « siel bleu » qui a participé à l'étude Ossébo vu précédemment (47).

On retrouve aussi au sein des hôpitaux ou des centres de rééducation de plus en plus d'enseignants APA afin de répondre aux besoins grandissant de la population.

II - Démarche réflexive

En France, des recommandations sur la chute et sur la vulnérabilité de la personne âgée existent, et des axes de prévention ont été développés.

La question qui se pose alors est :

Les recommandations et les programmes de prévention existants sont-ils mis en place sur le terrain et permettent-ils de diminuer les conséquences du vieillissement en particulier le risque de chute et ainsi d'améliorer les déplacements des personnes âgées ?

Afin de répondre à cette problématique, plusieurs hypothèses peuvent être énoncées :

- Les masseurs kinésithérapeutes ont connaissance des programmes et des différentes recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) et s'en inspirent.
- Une non-homogénéisation de cette prévention sur le territoire est décelable, notamment dans les petites villes où on peut déceler un manque de prévention.
- Ces programmes permettent un ralentissement de la perte d'autonomie chez la personne âgée plus efficace à domicile qu'en institution.

III - Méthode de recherche

III.1. Choix de la méthode

L'objectif de ce mémoire est de mettre en évidence un lien entre les programmes de prévention recommandés par la HAS (Haute Autorité Santé) et le maintien de l'autonomie, en bonne santé, à domicile des personnes âgées notamment sur le nombre de chutes et sur l'assurance dans ses déplacements. Ces programmes de prévention incluant : des ateliers d'équilibre, des exercices de marche, du renforcement global, des conseils et de l'Activité Physique (yoga, tai-chi-équilibre..). L'autre objectif de ce mémoire est de mettre en évidence d'éventuelles différences entre la prise en charge à domicile et en EHPAD des personnes âgées et en fonction du milieu d'exercice (rural, urbain).

En vue de répondre à la problématique et l'objectif de recherche, la diffusion d'un questionnaire a été retenue. Le questionnaire permet de sonder davantage de personnes et de recueillir des données statistiques, il demande cependant un grand nombre de réponses pour que les résultats aient une valeur significative.

Selon le Professeur Vilatte (57), le questionnaire est une méthode collective. C'est une méthode de recherche quantitative ou qualitative, permettant de recueillir un nombre important de réponses. C'est une méthode rapide et simple, sans fortes contraintes pour le répondant. En moyenne le questionnaire doit durer 10 minutes maximum et le répondant le remplit selon ses disponibilités sur une période de temps définie.

Toutefois, un des inconvénients du questionnaire pourrait être un nombre de réponses non suffisant pour avoir une étude statistiquement significative et un nombre de réponses partielles non négligeables. Pour palier à ce frein, il est important de multiplier les moyens de diffusion et d'effectuer des relances régulières auprès de la population cible.

La construction d'un questionnaire comprend plusieurs étapes (58) :

- La rédaction des hypothèses
- La définition de l'échantillon
- La définition du mode de diffusion du questionnaire
- L'établissement des informations personnelles
- L'élaboration du questionnaire
- Le test du questionnaire

Il faut aussi réfléchir à l'analyse des réponses, que chaque question posée puisse apporter un élément de réponse qui sera utilisable.

III.2. La population cible

Une fois la problématique, les hypothèses et le choix de la méthode définis, la population cible a été choisie.

La population cible de ce questionnaire est la suivante : « les masseurs kinésithérapeutes libéraux du Finistère ». Voulant entre autre mettre en évidence d'éventuelles différences de prise en charge entre les personnes âgées à domicile et ceux séjournants en EHPAD, les libéraux sont les masseurs-kinésithérapeutes ayant le plus de probabilités de côtoyer et soigner les deux et ainsi d'apporter des réponses sur les différences entre les deux prises en charge.

De manière à ce que ce questionnaire soit représentatif et ciblé à l'échelle locale il a été décidé de le limiter aux praticiens du Finistère.

Finalement, du fait des critères choisis, sont exclus du questionnaire les masseurs kinésithérapeutes n'ayant pas d'activité libérale ou ne pratiquant pas sur le territoire Finistérien. Les kinésithérapeutes ayant une activité mixte (salariale et libérale) sont inclus dans ce questionnaire.

III.3. Elaboration du questionnaire

III.3.1. Construction du questionnaire : logiciel utilisé

Afin d'élaborer le questionnaire, il a fallu décider de la plateforme qui allait être utilisée. L'utilisation de Lime-Survey (59), logiciel de sondage professionnel a été retenu. Ce logiciel a comme avantage de débiter une analyse statistique très épurée et simple des résultats. De plus les résultats peuvent être exportés et par la suite analysés sur un document Excel pour mettre en évidence des corrélations ou pour analyser les questions plus ouvertes.

C'est un logiciel payant, mis à disposition par l'Université de Bretagne Occidentale, c'est l'une des raisons du choix de ce logiciel.

De plus, il est complet : on peut y poser des questions « oui/non » des questions à choix multiples ou unique, des menus défilants. Beaucoup de possibilités pour la rédaction des questions. On peut aussi y insérer un message d'accueil personnalisé et un message de fin, ainsi qu'une anonymisation des réponses, point essentiel car certaines des questions portent sur le savoir des masseurs-kinésithérapeutes, le non-jugement devant être garanti.

Un autre paramètre sur le logiciel Lime-Survey est le mode d'affichage des questions, soit une par une, soit par groupe, soit toutes en même temps. Ici la présentation par groupe semblait la mieux adaptée au questionnaire car les groupes de questions traitaient d'hypothèses différentes. Pour que le sondé ait une vision globale du nombre de questions, une barre de progression est visible en haut du questionnaire et indique combien de pages il reste à traiter.

Généralement, pour un questionnaire, il faut éviter les questions ouvertes, de manière à ce que le répondant le termine, et pour simplifier le travail d'analyse des réponses qui risquerait d'être trop compliqué et chronophage. Il a été choisi de faire au maximum des questions à choix multiples assez complètes avec la possibilité de répondre « autre » permettant ainsi au répondant de proposer une autre alternative non pensée lors de la rédaction du questionnaire et d'ainsi limiter les biais de rédaction.

III.3.2. Rédaction des questions

En évitant les questions complexes et trop ouvertes, le questionnaire est resté neutre, simple, et compréhensible.

Un fil directeur est suivi avec des scénarios différents (fonctionnalité incluse dans le logiciel Lime-Survey) en fonction des réponses. Globalement les questions où le répondant répond « oui » sont suivies de 1 à 2 questions à choix multiples pour compléter la réponse. L'ordre des questions est important à définir avant d'entrer les questions dans le logiciel. Ainsi la rédaction « écrite », sur document word du questionnaire s'est déroulée entre Aout 2020 et Octobre 2020.

Le questionnaire comprend 4 pages distinctes : chacune d'entre elles traitant d'un thème différent.

- la première sur les caractéristiques générales du thérapeute (5 questions obligatoires) : comprenant son sexe, l'année d'obtention de diplôme, son environnement. Cette partie permet d'avoir une idée du profil des répondants et de répondre à l'hypothèse sur la « non-homogénéisation » des professionnels et de l'offre de soins.

- la seconde sur la prévention et les actions mises en place par le kinésithérapeute (5 questions obligatoires). Au sein de cette page de questions, deux axes sont développés : savoir si le répondant a fait une formation sur la prévention des chutes ou s'il en a l'intention, et sur la mise en place des recommandations de la HAS publiées en 2005 et 2009 sur le terrain.

- la troisième page est plutôt subjective sur l'avis des kinésithérapeutes sur l'efficacité de leur prise en charge et sur le ressenti des patients, à domicile et en institution. (7 questions obligatoires)

- et la dernière page avec les remerciements et d'éventuelles remarques de la part des kinésithérapeutes (une question ouverte : non obligatoire), ainsi que 2 liens avec les recommandations de la HAS sur la prise en charge de la personne âgée chuteuse.

Soit un total de 18 questions avec des sous-questions, la durée globale du questionnaire étant estimée à 5-7 minutes.

III.4. La diffusion

III.4.1. La diffusion : « test »

Après avoir réalisé le questionnaire sur document type Word, il a été relu et validé par mon directeur de mémoire, deux kinésithérapeutes libéraux et plusieurs étudiants de la promotion. Cette relecture a permis de valider sa compréhension, son bon déroulé, vérifier sa durée (inférieure à 5 / 7 minutes), et y apporter quelques modifications (ajouter quelques choix de réponses dans les questions à choix multiples et l'utilisation d'échelles de 0 à 10).

Le questionnaire a ensuite été programmé sur le logiciel Lime-Survey le 26 octobre, il est resté inactif quelques semaines pour qu'il soit testé en ligne par mon directeur de mémoire et certains kinésithérapeutes libéraux.

III.4.2. La diffusion réelle

Le questionnaire a été activé sur la plateforme LimeSurvey et un lien a été généré le 17 novembre 2020. Au cours des mois de novembre 2020 à janvier 2021, des cabinets libéraux dont le numéro est disponible dans l'annuaire ont été appelés afin de présenter l'enquête et obtenir une adresse mail pour les kinésithérapeutes souhaitant y participer.

Le lien a été envoyé aux adresses mails obtenues par appels téléphoniques ainsi que sur des groupes privés Facebook : « kiné du finistère » et « Breizh Kiné », le premier groupe compte 147 adhérents, le second compte plus de 1700 adhérents. Néanmoins, sur ces deux groupes, on retrouve beaucoup d'étudiants et sur le second des kinésithérapeutes ne pouvant pas répondre au questionnaire (hors Finistère). Il a donc été difficile de prévoir le nombre de réponses potentielles.

Le questionnaire est resté actif et les réponses enregistrées entre le 17 novembre 2020 et le 30 janvier 2021, soit 2 mois et demi.

III.5. Méthode d'analyse, d'exploitation de données

L'extraction des données brutes du questionnaire s'est faite par le logiciel Lime-Survey. Ces données ont ensuite été analysées sur un document pour mettre en place des corrélations et une analyse croisée de certaines réponses. L'analyse des questions ouvertes et des propositions « autres » du questionnaire a été traitée sur un document avec la création de groupes de réponses. L'ensemble des résultats a ensuite pu être comparé aux données de la littérature actuelle. Les résultats et l'analyse seront présentés sous forme de graphiques afin d'obtenir une lecture plus aisée. (60)

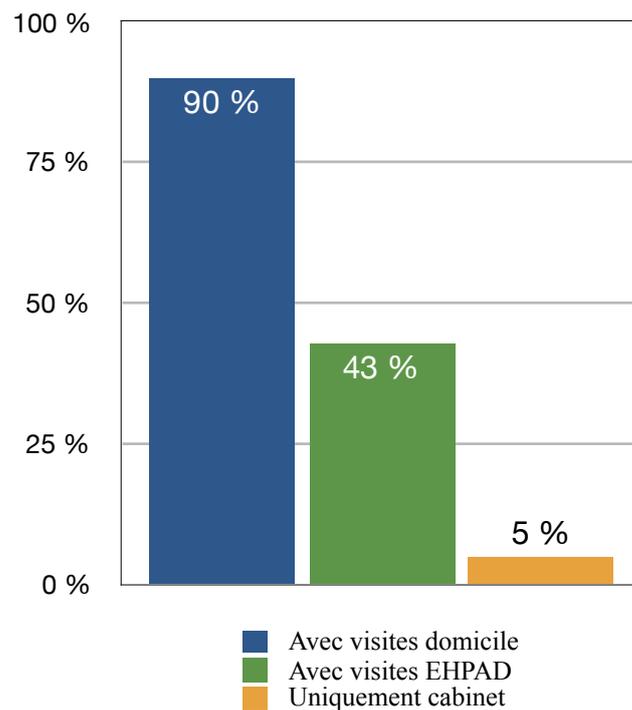
IV - Recueil de données

Au total, 122 masseurs-kinésithérapeutes ont répondu au questionnaire. Sur les 122 réponses, il y avait 99 réponses complètes et 23 incomplètes. Pour le recueil des données et l'analyse des résultats, seules les 99 réponses complètes ont été prises en compte dans les statistiques.

IV.1. Informations générales de la population

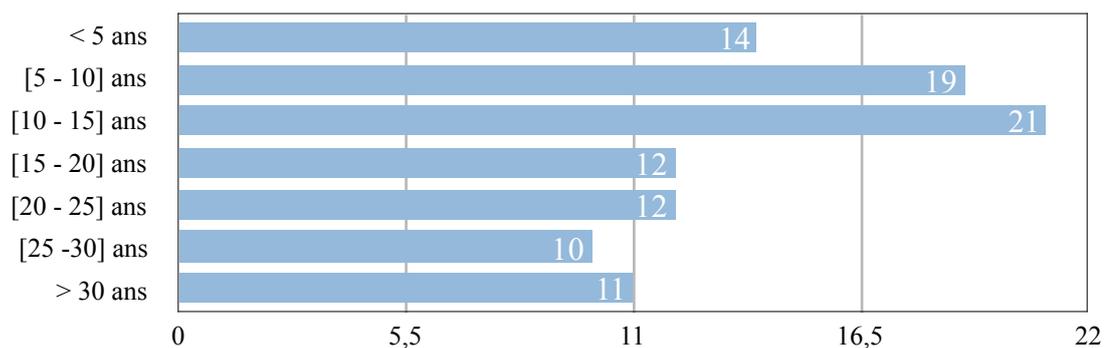
Parmi les 99 répondants, on retrouve une part plus importante de femmes : 61% contre 39% d'hommes. 95 kinésithérapeutes ont une activité libérale et 4 ont une activité mixte (libérale et salariale).

Figure 3 : Q2 : Modalités d'exercice



De ces deux modes d'exercice, 90% des kinésithérapeutes ont répondu effectuer des visites au domicile des patients et 43% des visites en EHPAD. 5% ont répondu qu'ils consultaient uniquement au cabinet.

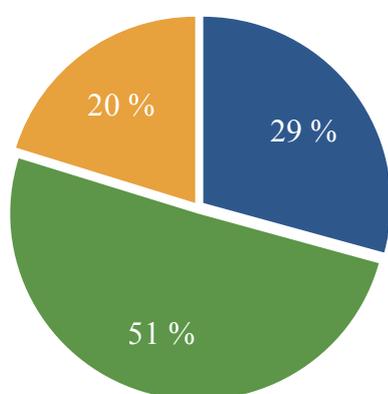
Figure 4 : Q3 : Années d'expérience



Concernant l'expérience des masseurs-kinésithérapeutes, la question se portait sur l'année d'obtention du diplôme, et sur le calcul du nombre d'années réalisées en exercice depuis le diplôme. La médiane d'obtention du diplôme des répondants est 2006. La moitié des répondants ont ainsi plus de 15 années d'expérience et l'autre moitié moins de 15 années.

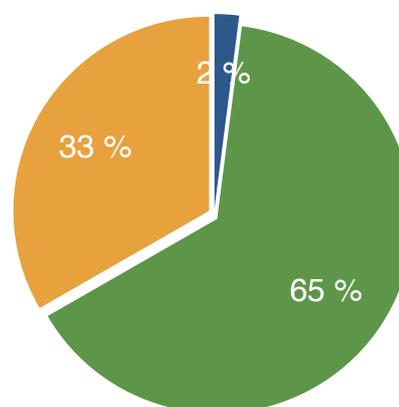
L'ensemble des tranches d'âge est représenté dans ce questionnaire de manière assez homogène, de peu expérimenté (1 année) à très expérimenté (39 années).

Figure 5 : Q4 : Nombre de cabinet(s) dans la ville d'exercice ?



- Un seul cabinet
- Entre 2 et 5 cabinets
- Plus de 5 cabinets

Figure 6 : Q5 : Tranche majoritaire d'âge de la patientèle.



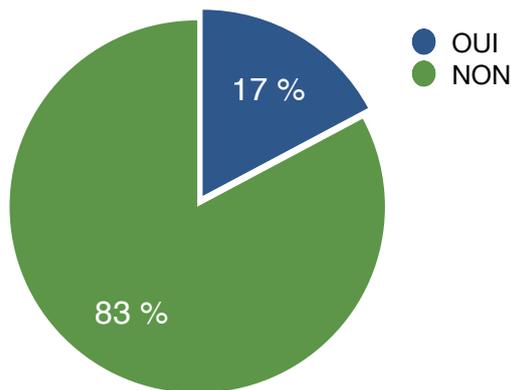
- Moins de 15 ans
- Entre 15 et 60 ans
- Plus de 60 ans

Pour plus de la moitié des sondés (51%), leur lieu d'exercice se situe dans une ville qui comprend entre 2 et 5 cabinets. 20% exercent dans une ville de plus de 5 cabinets et 29% dans une ville avec un seul cabinet. Un tiers des répondants prennent majoritairement en charge des personnes âgées.

IV.2. La prévention : formation et mise en place

17% des répondants ont effectué une formation concernant la prévention des chutes de la personne âgée.

Figure 7 : Q6 : Formation sur la chute ?



Les formations citées étaient : les ateliers Equibr'age pour 5 répondants, dispensés par Kiné Ouest Prévention. On retrouve également les formations dispensées par le CEKCB (Cercle d'Etude Kinésithérapie Centre Bretagne) de Pontivy pour 3 kinésithérapeutes ainsi qu'une formation QI GONG sur l'autonomisation posturale pour un kinésithérapeute.

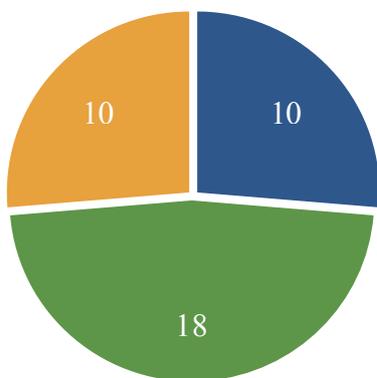


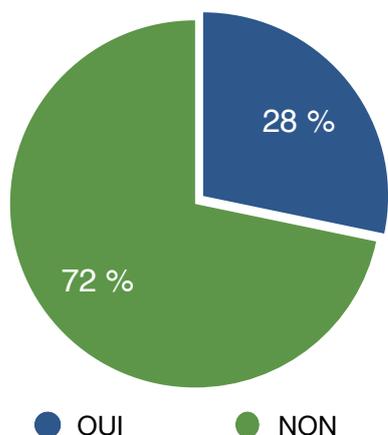
Figure 8 : Q8 : Pour quelles raisons n'envisagez-vous pas d'effectuer une formation complémentaire sur la chute de la personne âgée ?

● Manque d'intérêt
● Autres formations prioritaires
● Se sent apte à prendre en charge une personne âgée

Concernant ceux n'ayant pas réalisé de formation sur la prévention des chutes, 26% des répondants envisageaient d'en faire une, et 74% n'en ont pas l'intention. Les raisons pour ne pas faire de formation complémentaire ont été classées en 3 groupes avec les 38 réponses données par les répondants :

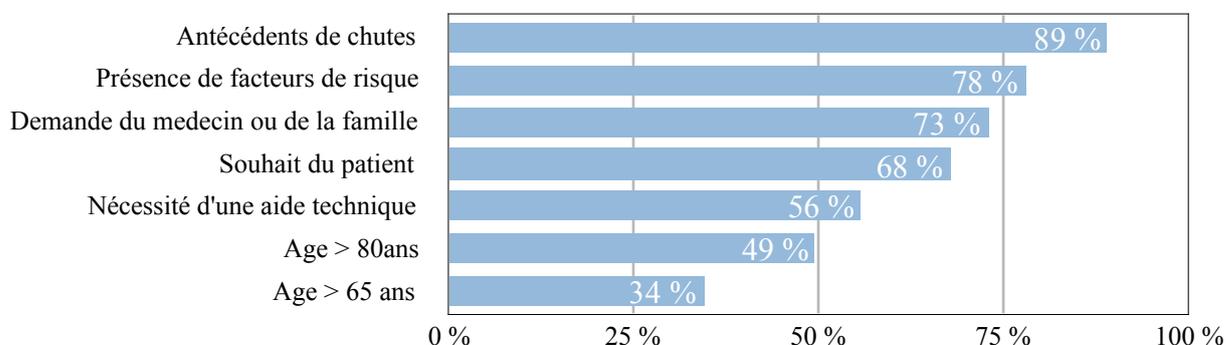
- Le manque d'intérêt pour le sujet : pour 10 répondants
- D'autres formations priorisées par le kinésithérapeute : pour 18 répondants
- Le kinésithérapeute se sent déjà apte à prendre bien en charge une personne âgée de part son expérience ou sa formation initiale : pour 10 répondants

Figure 9 : Q8 : Avez-vous connaissance des recommandations de la HAS ?



28% des masseurs-kinésithérapeutes interrogés rapportent avoir connaissance des recommandations de la HAS concernant la chute de la personne âgée. 72% n'en ont pas connaissance. Parmi les kinésithérapeutes les ayant consultées, ils considèrent s'en inspirer et les utiliser dans leur pratique à 6-7 / 10 (1 : pas du tout 10 : totalement).

Figure 10 : Q9 : Dans quelles situations abordez vous la chute ?



La majeure partie des répondants (89%) a répondu qu'ils abordaient le sujet de la chute dès lors que le patient ou son entourage rapporte une chute antérieure.

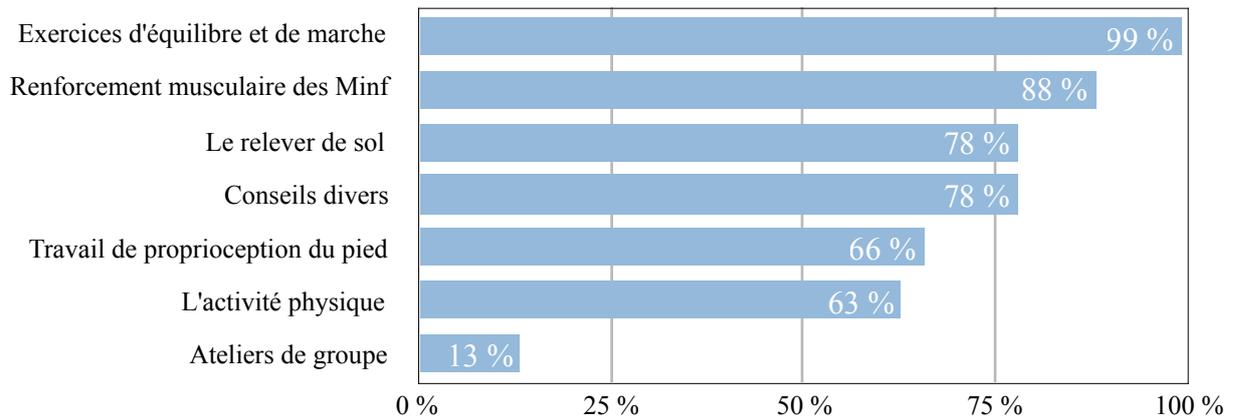
Concernant l'âge, il ne semble pas être une raison suffisante pour discuter du sujet de la chute, 49% des répondants le font si le patient a plus de 80 ans, et 34% s'il a plus de 65ans. Il faut aussi noter que 56% des répondants abordent la chute si le patient doit par la suite utiliser une aide technique (cannes, déambulateur...).

Presque 80% abordent la chute après avoir détecté des facteurs de risque.

L'entourage du patient est pris en compte par les kinésithérapeutes, 73% des répondants abordent le thème de la chute en cas d'une demande du médecin ou de la famille et 68% si le patient souhaite en parler.

Enfin, de la proposition « autre » plusieurs kinésithérapeutes abordent le sujet suite aux tests réalisés qui sont prédictifs de chute (tinetti, TUG..).

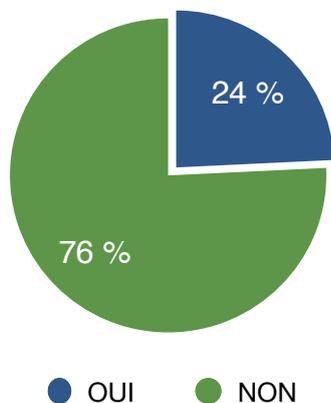
Figure 11 : Q10 : Que mettez-vous en place pour prévenir la chute ?



La quasi-totalité des répondants mettent en place des exercices d'équilibre et de marche (99%) et du renforcement musculaire global des membres inférieurs (88%) avec leurs patients. Près de 80% apprennent le relevé de sol et donnent des conseils divers à leurs patients (sur l'alimentation, l'aménagement du domicile, utilisation des aides techniques, le chaussage..). 66% ont répondu travailler sur la sensibilité et la proprioception du pied avec leurs patients et 63% ont répondu qu'ils mettaient en place de l'activité physique avec leurs patients (marche, vélo...).

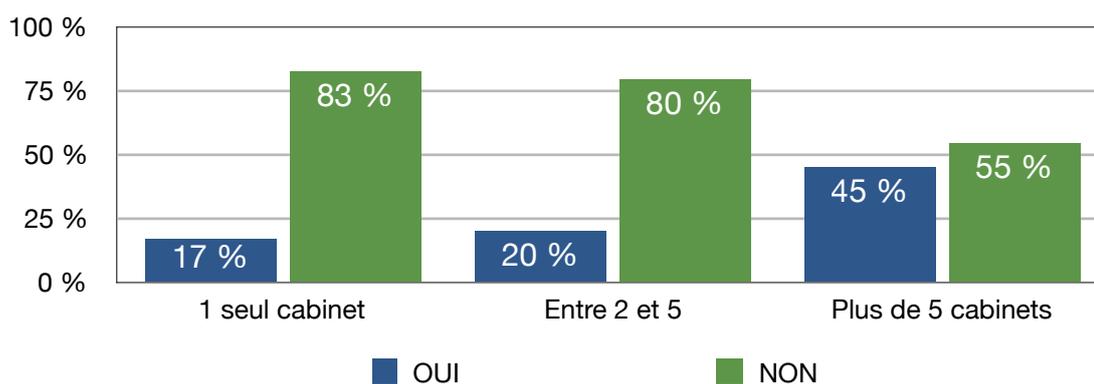
Pour les répondants mettant en place des ateliers de groupes (13%), l'âge moyen des personnes bénéficiant de ces ateliers (yoga - tai-chi - Pilates) est de 72 ans.

Figure 12 : Q12 : Arrivez-vous à mettre en place de la prévention avec tous les patients qui en auraient besoin ?



Plus des trois quarts des kinésithérapeutes interrogés n'arrivent pas à mettre en place de la prévention avec l'ensemble des patients qu'ils ont identifiés pouvant en avoir besoin.

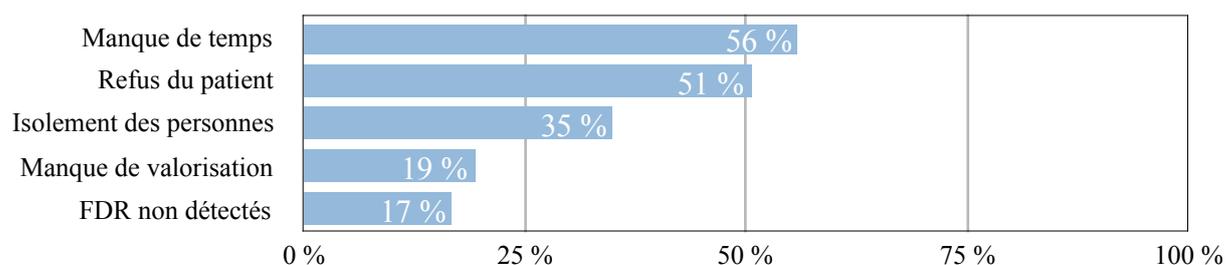
Figure 13 : Q12 : Arrivez-vous à mettre en place de la prévention avec tous les patients le nécessitant en fonction du nombre de cabinet par ville :



Pour le résultat ci dessus, un tri croisé a été effectué mettant en lien le nombre de cabinets dans la ville où exerce le kinésithérapeute et la possibilité ou non de faire de la prévention avec tous les patients.

Les kinésithérapeutes travaillant dans des villes de plus de 5 cabinets arrivent à faire de la prévention avec 45% des patients en ayant besoin, ce qui est au dessus de la moyenne (24%, cf figure 10). Dans les villes plutôt « rurales » où un seul cabinet de kinésithérapie est installé, plus de 80% des répondants soulignent qu'ils n'arrivent pas à faire de la prévention avec tous leurs patients le nécessitant.

Figure 14 : Q13 : Pourquoi vous est-il difficile de faire de la prévention avec tous les patients ?



Ce manque de prévention avec tous les patients s'expliquerait par plusieurs raisons : des causes propres aux kinésithérapeutes (manque de temps 56%, manque de valorisation 19%), des raisons propres aux patients (refus 51% et isolement 35%). Et des causes mixtes (facteurs de risque non détectés 17%). De la proposition « autre » du questionnaire, viennent s'ajouter : l'entourage du patient et la présence de troubles cognitifs qui ne permettent pas un apprentissage pour 10% des réponses.

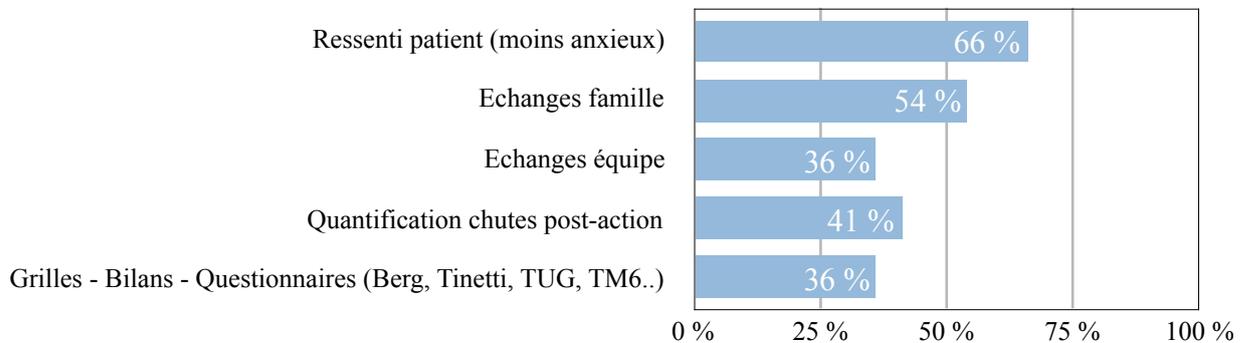
IV.3. Effets de la prévention et ressenti des patients

Des 99 masseurs kinésithérapeutes ayant répondu complètement au questionnaire, 7 effectuent des ateliers de prévention des chutes avec leurs patients, et ils estiment que ces ateliers ont une efficacité de 7-8 / 10 pour éviter une chute ou une récurrence. (1 = peu efficace et 10 = très efficace).

Lorsqu'il est demandé à l'ensemble des masseurs kinésithérapeutes (effectuant ou non des ateliers) à combien ils estiment l'efficacité de leurs séances pour le maintien de l'autonomie de la personne âgée à domicile, ils répondent en moyenne 6-7 / 10. (1 = peu efficace et 10 = très efficace).

D'une manière subjective, les masseurs kinésithérapeutes estiment que les séances de prévention des chutes ont un effet positif sur leurs patients, d'autant plus quand elles sont réalisées en groupes au travers d'ateliers de prévention.

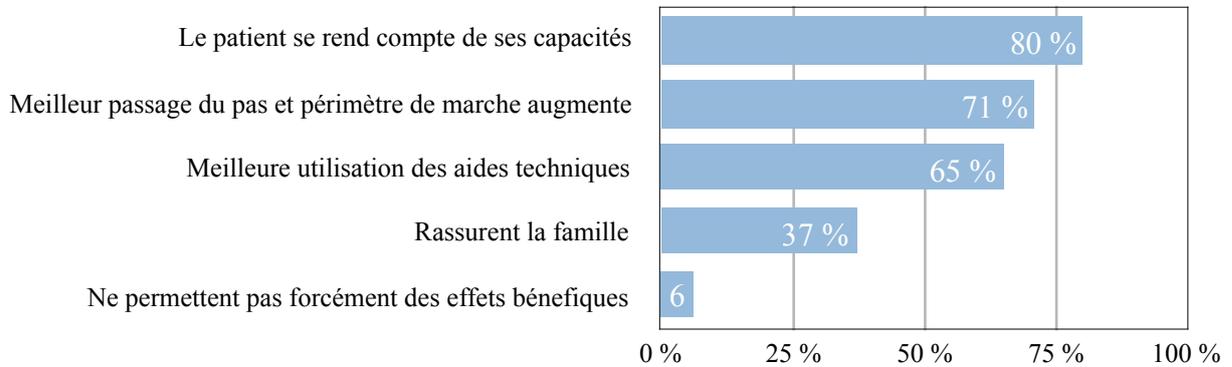
Figure 15 : Q14 : Comment objectivez-vous les effets des séances sur les personnes âgées ?



Pour l'évaluation des séances, les masseurs kinésithérapeutes adoptent plusieurs méthodes. Majoritairement, pour 66%, ils se fient aux sensations du patient et aux impressions de sa famille (54%) et des autres professionnels (36%). C'est donc ici une évaluation subjective des effets.

41% des répondants évaluent leurs séances en fonction du nombre de chutes post-action, et 36% utilisent des outils standardisés objectifs comme le test de tinetti, de Berg, le Timed Up and Go test ou encore le test de marche de 6 minutes.

Figure 16 : Q15 : En quoi ces ateliers et programmes permettent-ils un gain de confiance, une assurance dans les déplacements des patients ?



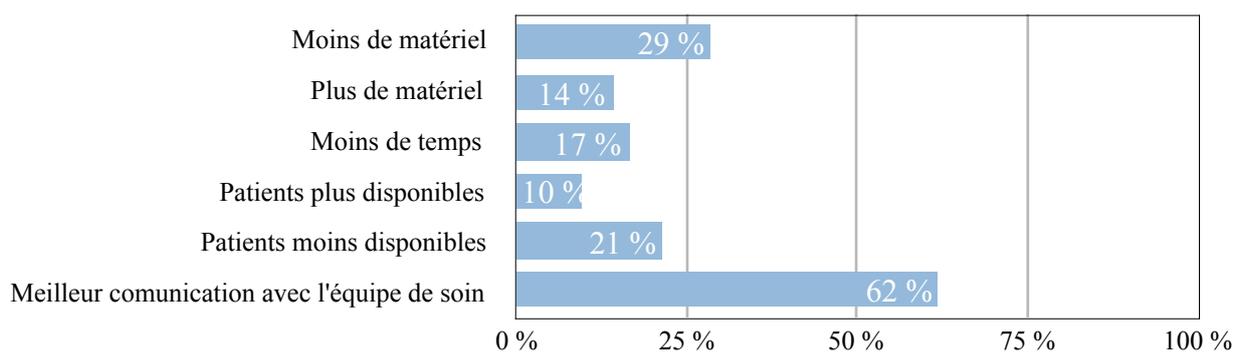
Les effets des programmes et des ateliers qui ressortent sont pour 80% l'aptitude du patient à se rendre compte de ses capacités, d'avoir une marche plus sécuritaire (71%) et une meilleure utilisation des aides techniques (65%). Ces séances rassurent également les familles pour 37% des répondants. Mais 6% des répondants répondent que les séances ne permettent pas forcément un gain de confiance pour les déplacements de la personne âgée.

D'autres réponses à cette question sont : de nouvelles habitudes par le biais de la répétition, une amélioration du moral du patient ou encore la possibilité d'effectuer un bilan plus précis des points à travailler par la suite.

IV.4. L'activité en EHPAD

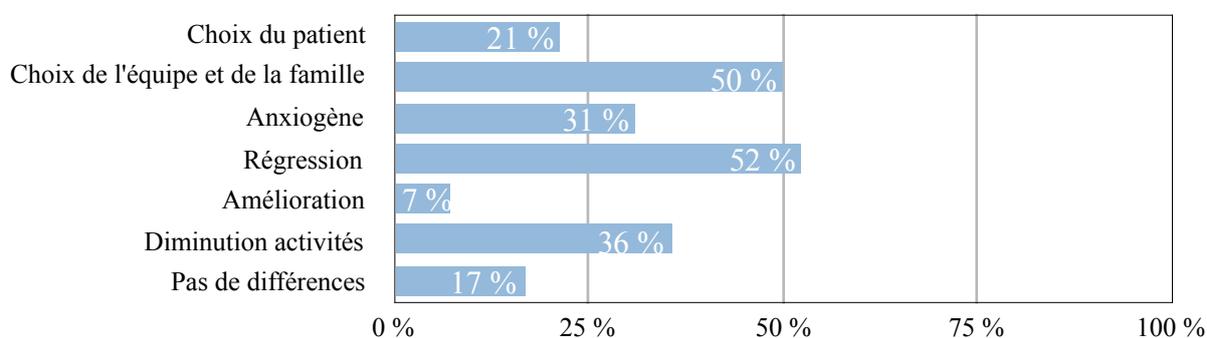
43 répondants ont une activité en EHPAD. Parmi eux, 41 ont déjà pris un patient en soin en EHPAD après l'avoir suivi à domicile ou au cabinet. Quatre kinésithérapeutes réalisent des ateliers de prévention entre les résidents et trois trouvent que les ateliers sont plus faciles à mettre en place en institution par rapport au cabinet.

Figure 17 : Q16 : Quels changements l'institutionnalisation implique dans votre pratique ?



Le majeur changement souligné entre une prise en charge en cabinet/domicile ou en EHPAD est le lien privilégié avec l'équipe de soin qui facilite la communication pour 62% des répondants. Concernant la disponibilité des patients ou le matériel, on ne note pas de changements significatifs bien que la tendance soit tout de même une moins bonne disponibilité des patients (21%) et un manque de matériel (29%) en EHPAD.

Figure 18 : Q17 : Comment le patient a vécu cette institutionnalisation ?



Concernant le vécu de l'institutionnalisation par le patient, pour 50% des répondants c'est un choix de l'équipe et de la famille et pour 21% que c'est un souhait du patient.

Plus de 50% des sondés estiment que l'état du patient se dégrade avec une diminution des activités pour 36%. On note tout de même que pour 17% des sondés il n'y a pas de différence entre le vécu à domicile et à l'EHPAD pour le patient et 7% répondent que le patient s'améliore une fois institutionnalisé. Il est aussi à noter que plusieurs sondés soulèvent le fait que chaque patient peut avoir une réaction propre et variable. Et que l'état peut évoluer au sein de l'EHPAD avec un temps d'adaptation plus ou moins long.

IV.5. Liens entre masseurs-kinésithérapeutes et aidants

Figure 19 : Q18 : Etes vous en relation avec les aidants des personnes âgées ?

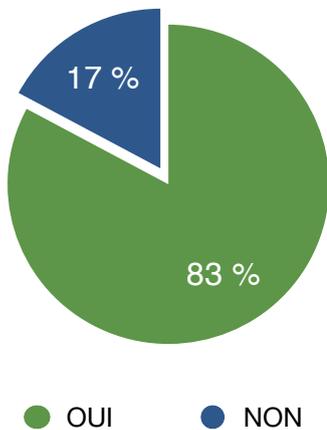
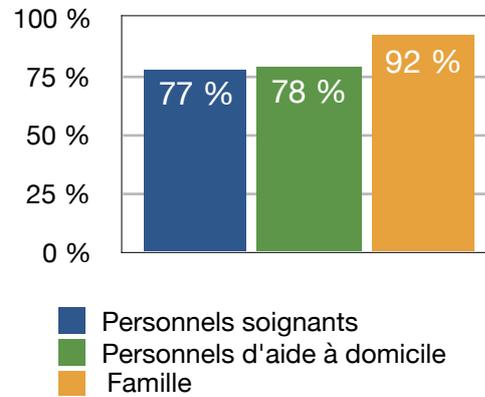
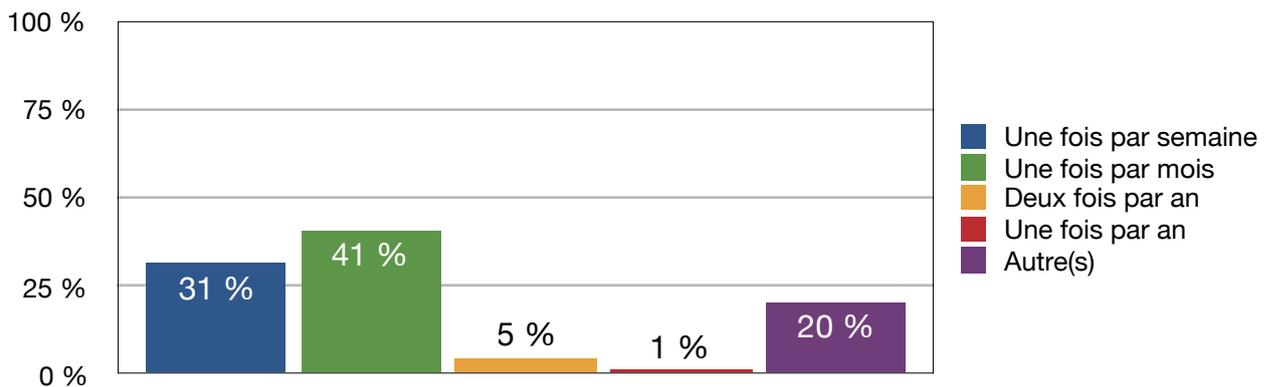


Figure 20 : Q19 : avec quels aidants ?



Plus de 80% des soignants sont en relation avec les aidants des personnes âgées (famille, personnels soignants et aides à domicile). Comme vu aux figures 10, 15 et 16, ils communiquent pour la planification ainsi que l'évaluation des séances ou l'état des patients.

Figure 21 : Q20 : A quelle fréquence êtes vous en relation avec les aidants ?



Parmi ces 83% plus de 70% d'entre eux sont en contact au moins une fois par mois avec les aidants. Des propositions « autres » revient la réponse variable et propre aux besoins.

V - Discussion

V.1. Confrontation des résultats avec les hypothèses

Des résultats du questionnaire, plusieurs faits marquants ressortent : sur la population répondante, sur les recommandations et la prévention, sur le vécu en EHPAD et les liens avec les aidants.

V.1.1. Sur la population répondante

Pour commencer, dans le Finistère, d'après les données de l'ordre des kinésithérapeutes du Finistère (CDO29), on retrouve 48,5 % d'hommes et 51,5 % de femmes qui exercent en libéral. Dans ce questionnaire, on comptabilise 61% de femmes et 39% d'hommes, un ratio féminin supérieur à la population locale mais tout de même fidèle.

Toujours d'après les données du CDO29, l'âge moyen des kinésithérapeutes est de 42 ans dans le Finistère. Si l'on considère que les diplômés commencent leur exercice en moyenne vers 22 - 23 ans (1 année de concours et 3 - 4 années d'école après le bac), l'expérience moyenne serait alors de 20 ans. Dans ce questionnaire la médiane d'expérience est de 15 années, la tranche d'âge la plus représentée est de [5 - 15] années d'expériences soit [27 - 37] ans. Dans ce questionnaire la moyenne d'âge est donc inférieure à celle de l'ensemble des kinésithérapeutes du Finistère. Cependant d'après les données de l'ordre national (cf figure 22), les tranches d'âge les plus représentées sont [30 - 39] ans ce qui correspond aux résultats du questionnaire.

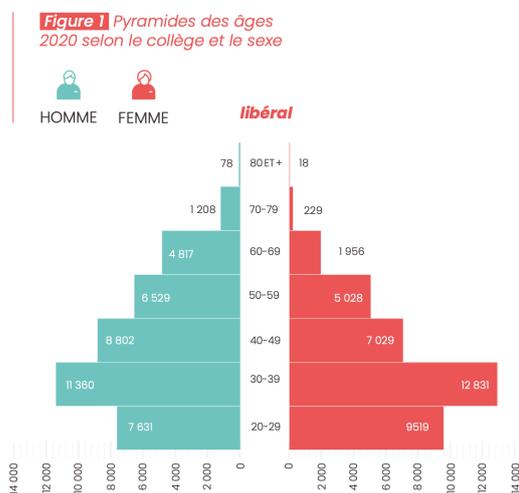


Figure 22 : D'après le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeute (61) : Pyramides des âges des masseurs kinésithérapeutes libéraux Français.

Ce résultat, de réponses de diplômés jeunes, peut s'expliquer par plusieurs raisons : la sollicitation de groupes sur les réseaux sociaux qui ciblent cette population, le fait de faire un questionnaire en ligne qui demande un accès à internet et une connaissance de l'informatique ce qui peut être un frein aux kinésithérapeutes en fin d'exercice.

V.1.2. Sur les recommandations de la HAS

Plus de 70 % des kinésithérapeutes de l'enquête répondent ne pas connaître les recommandations de la HAS. Ce résultat peut s'expliquer par plusieurs raisons : le mode de diffusion des recommandations, la longueur des recommandations, le manque de temps des kinésithérapeutes pour les consulter qui ont bien souvent un planning chargé. Une autre raison pourrait être le manque d'intérêt pour le sujet.

Des 28% des répondants ayant connaissance des recommandations, ils les utilisent dans leur pratique à 6-7/10 soit à 65%. Au total, à peine 20% des kinésithérapeutes répondants rapportent utiliser les recommandations totalement dans leur pratique. Ce qui est peu pour des recommandations de la HAS.

Malgré la faible « connaissance » de ces recommandations, il semblerait que les kinésithérapeutes mettent en place les axes de prévention préconisés sur le terrain. D'après la HAS, dans des recommandations de 2005 (48) portant sur « prévention des chutes de la personne âgée », il est nécessaire d'aborder la prévention de la chute dans les cas suivants :

- en cas d'antécédents de chute, c'est le repérage du risque
- en cas de présence de facteurs de risque
- si l'âge est supérieur à 80 ans
- si l'utilisation d'une aide technique est nécessaire.

Les kinésithérapeutes répondants le font à respectivement 89 %, 78 %, 49 % et 56 %.

Comme dit précédemment, plus de la moitié des plus de 85 ans chutent dans l'année en France. Dans ce questionnaire, seule la moitié (49%) des kinésithérapeutes abordent le sujet de la chute avec les personnes de plus de 80 ans. Ce qui signifie aussi que pour 50 % des répondants l'âge n'est pas une raison suffisante pour aborder le sujet. Comme vu précédemment l'âge est un facteur de risque de chute indépendant.

De nouveau d'après la HAS (48), il est recommandé de mettre en place un programme de rééducation qui peut inclure :

- de la rééducation de la force musculaire des muscles moteurs
- de la rééducation de l'équilibre et de la marche
- et des conseils sur l'utilisation de matériel.

Ce qui est mis en place par les kinésithérapeutes respectivement à 88 %, 99 % et 78 %.

Tous ces pourcentages de réponses des kinésithérapeutes au questionnaire sont bien au dessus des 28 % concernant la connaissance ou non des recommandations.

Ici ce qui ressort de ces réponses concernant les recommandations est le fait que les kinésithérapeutes mettent en place les recommandations de la HAS surtout pour les actions, le contenu de la rééducation à mettre en place (renforcement, équilibre..). Mais le repérage de la personne ayant besoin d'aborder le sujet, les facteurs de risque ne sont pas toujours repérés.

V.1.3. La prévention : mise en place

Toujours sur la population répondante, seulement 17% a effectué une formation sur la prévention des chutes. Et pour la plupart des kinésithérapeutes n'en ayant pas fait, ils n'en ont pas l'intention. Or avec plus de 9 000 décès par an liés à une chute accidentelle (1), pouvant être évitée, c'est un sujet de santé publique d'actualité. Les formations permettent de faire évoluer la pratique et peuvent donner des clés notamment sur comment faire de la prévention avec tous les patients en ayant besoin.

Un autre résultat de cette enquête est le fait que 76% des kinésithérapeutes ne peuvent pas faire de la prévention chez tous les patients en ayant besoin. Diverses raisons à cette « non prévention » : le temps, le refus des patients, l'isolement, le manque de valorisation.

Enfin, un autre fait parlant est la « non homogénéisation » de la prévention. Dans les grandes villes (de plus de 5 cabinets), il semblerait que cette prévention soit moins « manquante » que dans les petites villes. Ce qui peut s'expliquer par le fait que beaucoup de prises en charge pour chute de personnes âgées se font au domicile du patient. Il est plus contraignant pour le praticien de se déplacer à domicile quand il faut faire plusieurs kilomètres entre chaque maison. Cet éloignement peut expliquer le taux de 60% des kinésithérapeutes qui estiment ne pas avoir le temps à accorder pour réaliser de la prévention avec tous leurs patients. Ce manque de temps va aussi avec l'isolement des patients qui est présent pour 35% des répondants.

Du fait que les kinésithérapeutes ne peuvent pas à eux seuls réaliser de la prévention avec tous leurs patients, la participation et la collaboration avec d'autres professionnels et organismes comme les enseignements APA, peut être intéressante et mériterait à se développer dans le futur. Cette remarque de collaboration avec les enseignants APA étant revenue à plusieurs reprises dans la partie D du questionnaire concernant les « remarques particulières ».

V.1.4. Les effets de la prévention sur les personnes âgées

Suite aux séances à domicile et au cabinet, la majorité des répondants voient des progrès que ce soit sur le moral du patient (se rend compte de ses capacités) ou sur ses aptitudes (périmètre de marche augmenté..). Ces résultats plutôt positifs de la prévention sont intéressants et montrent l'intérêt de faire de la prévention avec tous les patients qui le nécessiteraient. Seulement 6% des répondants estiment que les ateliers et les séances ne permettent pas un gain de confiance et une assurance dans les déplacements des personnes âgées.

V.1.5. La prise en charge en EHPAD

43% des kinésithérapeutes répondants interviennent en EHPAD et la quasi totalité, (95%) d'entre eux ont déjà eu l'expérience de prendre en charge un patient institutionnalisé après l'avoir suivi à son domicile et a ainsi pu observer ses progrès, ses difficultés, son évolution.

Ce qui ressort des résultats est tout d'abord le fait que l'entrée dans un institut n'est pas forcément le choix du patient. La famille et l'équipe médicale ont un rôle important dans la décision. Comme vu précédemment, la transition entre domicile et EHPAD peut être anxiogène et c'est une étape à préparer en amont.

52% des répondants trouvent que l'état des patients se dégrade en EHPAD et 36% que les personnes âgées diminuent leurs activités une fois institutionnalisées. Il faut noter qu'en EHPAD, selon les données de la DRESS (24), près de 50 % des résidents sont GIR 1 ou 2, soit une dépendance totale ou sévère. Ces groupes GIR soulignent une perte très forte de l'autonomie, une dégradation de leur état de santé n'est pas aberrant. C'est le processus physiologique du vieillissement évoqué auparavant. D'autant que l'âge moyen d'entrée en EHPAD est autour de 84 ans et 3 mois soit proche de l'espérance de vie de l'INSEE qui est pour rappel 85,2 pour la femme et 79,4 pour l'homme (2). Ces résultats montrent l'intérêt de réaliser des interventions sur la chute en prévention primaire avant la première chute et bien avant 80 ans.

Une autre donnée intéressante de ce questionnaire est le fait que les kinésithérapeutes (3 sur 4) réalisant des ateliers de groupes en EHPAD et en cabinet, trouvent plus facile à organiser ces ateliers en EHPAD. Il est donc intéressant de proposer ces ateliers en EHPAD bien que ce soit souvent à un âge élevé, que ce soit pour maintenir les capacités des personnes ou pour permettre un lien social au sein de l'établissement.

Les activités de groupes en EHPAD (chant, cuisine, potager..) sont souvent des moments privilégiés et appréciés par les résidents, si ces moments peuvent être intégrés dans une optique de diminution des chutes ils ne seront que positifs.

C'est un axe qui peut être mis en place dans les institutions par des professionnels autres que les kinésithérapeutes, par des bénévoles, des APA, des animateurs..

V.1.6. Les liens aidants et équipe

Toujours selon les recommandations de la HAS (31), afin d'avoir une prise en charge de qualité, il faut informer et éduquer l'entourage des patients des démarches . La recommandation 20 étant : « R20. *L'éducation de la personne âgée faisant des chutes répétées et de ses aidants est nécessaire à la mise en œuvre de la prise en charge* ». Une coordination est aussi indispensable entre les différents intervenants. Pour les réponses au questionnaire, la grande partie (83 %) des répondants sont au contact des familles et soignants, ce qui correspond bien aux données de la HAS.

Pour terminer, ce dernier paragraphe va discuter de la validité ou de la non validité des hypothèses formulées auparavant pour répondre à la problématique qui était pour rappel : « Les recommandations et les programmes de prévention existants sont-ils mis en place sur le terrain et permettent-ils de diminuer les conséquences du vieillissement en particulier le risque de chute et ainsi d'améliorer les déplacements des personnes âgées ? »

La première hypothèse pour répondre à ce travail était que les masseurs kinésithérapeutes avaient connaissance des programmes et des différentes recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) et s'en inspiraient dans leur pratique. Cette hypothèse semble non valide. Les résultats montrent que sur le terrain globalement les kinésithérapeutes mettent en place les recommandations mais il semblerait qu'ils ne prennent pas forcément connaissance de ces recommandations sur les sites de santé publique. Le fait qu'ils mettent en place sur le terrain les recommandations de la HAS seraient plus de la logique de pratique ou des connaissances acquises lors de la formation initiale ou de leur vécu avec les patients, et, moins lié aux consultations des recommandations.

Le seconde hypothèse était une non-homogénéisation de la prévention sur le territoire. Les patients habitant dans des « petites » villes seraient moins bien suivis en terme de prévention que dans les plus grandes villes. Cette hypothèse est validée d'après les résultats de cette enquête. Même si on décèle un manque de prévention généralisé, ce manque est plus marqué dans les villes dotées d'un seul cabinet, qui bien souvent, ont en plus une patientèle étalée sur plusieurs communes alentours.

La dernière hypothèse était que les séances et programmes de prévention permettaient un ralentissement de la perte d'autonomie chez la personne âgée plus efficace à domicile qu'en institution. Cette hypothèse semble aussi validée, plus de la moitié des kinésithérapeutes notant que l'état des patients se dégrade en EHPAD. Au domicile ou au cabinet, ils ne sont que 6% à trouver que l'état des patients n'est pas amélioré avec les séances de prévention.

V.2. Confrontation avec la littérature actuelle

V.2.1. La prévention de la chute, les déserts médicaux et l'inter-professionalité

Les recommandations de la HAS (31) (48) sur la chute ne s'adressent pas seulement aux masseurs-kinésithérapeutes. Les cibles sont les professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides soignants, infirmiers..), l'entourage non professionnel (personnes âgées, familles, associations de patients) et les organismes (services de soins à domicile, comités locaux, caisse d'assurance maladie, responsables municipaux ou départementaux..). Ces multiples cibles montrent l'intérêt que porte la HAS pour l'inter-professionalité et la nécessité de travailler en équipe autour des personnes âgées.

Ensuite, les maisons de santé qui regroupent des professionnels de santé en soin primaires (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers) se développent. On retrouve 117 maisons de santé en Bretagne d'après les données de juin 2020 du Gouvernement dont 29 dans le Finistère (62). Ces maisons de santé ont pour objectif de lutter contre les déserts médicaux et venir en aide aux personnes isolées et lutter contre une « non homogénéisation » de l'offre de soin sur le territoire. Cependant, malgré la recherche de professionnels pour exercer dans ces maisons de santé, de nombreux postes restent vacants.

Afin de palier à ces déserts médicaux, des zonages sont régulièrement effectués, ces zonages de l'ARS [Annexe III], permettent de classer des territoires en « très sous-dotés » ou « sous-dotés ».

Des aides à l'installation dans les zones très sous-dotées et sous dotées en masseurs-kinésithérapeutes sont mises en place (63). Certains contrats d'aides à l'installation allant jusqu'à 50 000 €. Le fait que l'ARS mette en place cette cartographie montre qu'elle a conscience du manque d'offre de soin dans certains territoires et de cause à effet, le manque de prévention pour certains patients. Des prémices de solutions sont mis en place mais ils sont encore insuffisants pour palier pleinement aux manques ressentis sur le territoire.

Concernant l'interprofessionalité, le groupe associatif Siel Bleu, cité dans les résultats du questionnaire, qui regroupe au sein de ses sites divers professionnels (ergothérapeutes, APA, kinésithérapeutes, diététiciens..) met notamment en place des programmes de prévention des chutes axés sur l'activité physique (64). Ces séances ne sont pas forcément réalisées par des kinésithérapeutes. Sachant que l'activité physique a un impact positif sur la prévention des chutes, l'interdisciplinarité permet ici d'atteindre une plus grande partie de la population et de palier de ce fait au manque de prévention global sur notre territoire.

Au delà des recommandations communes et du développement de maisons de santé, des organismes de formation proposent des formations interdisciplinaires. C'est le cas de KinéOuestPrévention qui dispense une formation pour la prise en charge des personnes âgées en EHPAD mettant en évidence l'envie des professionnels de développer l'axe de prévention pour le maintien au domicile et la qualité de vie en institution. (65)

V.2.2. La transition domicile-Ehpad pour l'autonomie de la personne âgée.

Selon l'INSEE, en 2018, en France on compte environ 650 000 places réparties dans les EHPAD, EHPA et USLD et comme dit précédemment, compte également presque 14 millions de personnes de plus de 65 ans . Un grand nombre de « personnes âgées » vivent à leur domicile, des aides comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), un soutien comme le portage du repas pouvant être assuré par les ADMR, des ateliers de prévention pour maintenir le lien social sont possibles et mis en place.

Mais parfois le maintien à domicile n'est plus possible pour diverses raisons : Trop de risques, logements non adaptés, aides non suffisantes. L'entrée en EHPAD est un processus où il faut préparer la personne âgée.

En 2014 on retrouve 722 000 bénéficiaires de l'APA à domicile et 511 000 en institution (66). Les APA à domicile sont certes plus élevées en nombre et en proportion, elles représentent 59% des APA totales en 2016. Mais la différence est le niveau de GIR, à domicile seulement 19% sont GIR très dépendant (1 et 2) contre 59% des APA allouées en EHPAD (67). Ces chiffres démontrent qu'en EHPAD l'autonomie de la personne âgée est précaire et la transition domicile - EHPAD est rarement source de gain d'autonomie. Mais elle peut tout de même l'être, ou du moins ne pas être un déclin de l'autonomie, dans certains cas, lorsque le patient décide d'entrer en EHPAD plus tôt afin de s'habituer à son nouveau environnement et de créer ses repères tant qu'il a encore des capacités d'adaptation.

L'ANESM (l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux) publie régulièrement des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'une d'entre elles est « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD) ». Celle ci décline l'importance de prendre en compte les besoins des personnes âgées avant leur arrivée dans l'EHPAD, et permet d'occulter les bons « gestes » afin de faciliter la transition domicile-EHPAD et la conservation de l'autonomie de la personne âgée au sein de l'établissement. (68)

V.2.3. Les effets positifs de la prévention dans la littérature

Dans une revue de la littérature réalisée entre 2018 et 2019, Catherine Sherington et ses collaborateurs ont pu mettre en évidence l'efficacité d'ateliers pour prévenir les chutes chez les personnes âgées. L'analyse a été réalisée avec des patients (plus de 23000) ayant en moyenne 76 ans. La conclusion de l'étude était une diminution de 23% de chutes dans le groupe intervention (avec exercices fonctionnels, tai-chi, danse...) par rapport au groupe témoin (sans entraînement). (69)

D'autres revues de littérature comme celle de Gillespie LD (70) ou de Cadore EL (20) ont été publiées dans les dernières décennies. Celle de Gillespie en 2003 montre que des programmes axés sur l'équilibre, la marche et le renforcement musculaire permet de prévenir les chutes. De même Cadore en 2013, dans sa revue qui incluait des patients entre 70 et 90 ans, a mis en évidence qu'un programme basé sur la force, l'endurance, l'équilibre semblerait être la meilleure stratégie pour limiter les chutes et permettre aux personnes âgées de maintenir leurs capacités sur le long terme. Cadore a inclus dans sa revue de littérature 3 études qui intégraient des exercices de tai-chi dans leur protocole.

L'étude Osebo (47), met en évidence l'efficacité des programmes centrés sur le renforcement musculaire et l'équilibre chez des patients âgés en moyenne de 80 ans.

L'ensemble de ces études et revues démontrent que la prévention des chutes sur fond d'exercices de renforcement, d'équilibre ou d'activité physique est efficace sur les personnes âgées voire très âgées. Des axes de prévention que l'on retrouve très fortement dans la pratique des masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu à l'enquête.

Comme le démontrent plusieurs auteurs dans leurs études (71) (72), l'activité physique, qu'elle soit pratiquée en groupe ou de manière individuelle permet d'améliorer l'état de forme des personnes âgées. L'Activité physique est mise en place pour 63% des répondants de l'enquête et 13% faisant des activités de groupe.

V.3. Critique et ouverture de l'étude

V.3.1. Biais de l'échantillon et de la population cible

Le biais principal à cette enquête est le nombre de participants par rapport à la population cible. L'échantillon initial (les masseurs kinésithérapeutes exerçant dans le Finistère) était de 1204 selon les données du CDO29. Pour avoir un intervalle de confiance à 95% et une marge d'erreur de 5%, comme l'on retrouve dans la majeure partie des études, il aurait fallu obtenir 292 réponses complètes. Plus la marge d'erreur est élevée, plus les résultats s'éloignent de la réalité.

A ce questionnaire, en obtenant 99 réponses totales, soit 34% de la population cible, la marge d'erreur est de 8,02%. Cette marge d'erreur a été obtenue via le site en ligne checkmarket. (73).

Après réflexion, la population cible aurait pu être étendue également aux kinésithérapeutes pleinement salariés dans les EHPAD. Ils sont certes peu nombreux mais leur opinion aurait pu être intéressante notamment sur la partie 3 du questionnaire qui voulait mettre en évidence les différences entre la prise en charge au domicile et en EHPAD.

Ce questionnaire était ici, pour les raisons vues auparavant, destiné uniquement aux kinésithérapeutes exerçant dans le Finistère. Un axe intéressant d'amélioration ou de poursuite de cette enquête serait de l'étendre au territoire Breton. Un nombre plus important de réponses pourrait être obtenu. Et le fait d'étendre ce questionnaire, pourrait attirer l'intérêt des professionnels sur le sujet qu'est la prévention de la chute et de ce fait contribuer à améliorer les pratiques professionnelles. Plus un sujet revient sur les réseaux, dans les conversations, plus il sera potentiellement étudié.

V.3.2. Biais de diffusion

Ce questionnaire n'a certainement pas pu être diffusé à l'ensemble de la population cible malgré les diverses méthodes de diffusion et les relances. Le choix du démarchage téléphonique demandait beaucoup de temps et d'investissement. Celui-ci fut cependant efficace pour obtenir les réponses de kinésithérapeutes n'étant pas forcément sur des groupes Facebook, où l'on retrouve surtout des jeunes et ainsi obtenir une répartition plus représentative de la population cible en terme d'expérience. Aussi, au cours des appels téléphoniques, les cabinets disposant de « secrétaire » étaient globalement plus répondant car une partie de leur temps administratif est déchargé. De plus certains cabinets avec des spécialités dans d'autres domaines ne souhaitait pas répondre sur le sujet.

Ensuite, la diffusion sur le groupe Facebook, « Breizh Kiné » qui comprend certes des kinésithérapeutes Finistériens rentrant dans la population cible de l'enquête, on retrouve aussi des Kinésithérapeutes de tout l'Ouest. Comment vérifier, être sûr que les répondants sont bien des kinésithérapeutes du Finistère ? Pour cette question, le bon sens des répondants est sollicité, supposant que seuls les kinésithérapeutes Finistériens aient répondu.

V.3.3. Biais de rédaction et de l'enquêteur

Ce questionnaire a été rédigé de la façon la plus neutre possible par plusieurs méthodes : la possibilité de répondre « autre » à presque chaque question, d'inclure dans les réponses de QCM des propositions « négative » et « positive » afin de ne pas influencer le répondant ou encore le fait d'anonymiser les réponses.

Bien que l'enquêteur ait voulu rester neutre, il se peut que du fait de son vécu, il ne le soit pas totalement. Pour palier à ce possible biais, le questionnaire a été relu à diverses reprises et par plusieurs catégories de personnes (Professionnels, Formateurs, Etudiants, Personnes sans lien avec la santé.).

Ensuite, le fait de mettre des QCMs avec les « bonnes réponses » des recommandations peut pousser les répondants à cocher la réponse car ils leur semblent logique qu'il faut le faire, sans pour autant l'appliquer sur le terrain.

Aussi, il se peut que certains sondés aient répondu aux questions en se référant à une seule expérience ou un seul patient, notamment sur la transition EHPAD, or chaque patient étant différent, chaque transition l'est aussi. La limite de généraliser une situation à l'ensemble des personnes peut rapidement être faite et difficile à analyser.

Enfin, après réflexion, une question sur la façon dont les kinésithérapeutes ont accès aux recommandations aurait pu être pertinente. Dans ce travail, il est supposé que les kinésithérapeutes en ont connaissances en se référant eux-même sur les sites de santé publique ou alors par le biais de formation. Une confirmation de cette hypothèse aurait pu être ajoutée.

V.3.4. Ouverture du travail

Ce travail d'initiation à la recherche a permis de réaliser un état des lieux sur les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes sur le terrain avec leurs patients âgées. Il en ressort un intérêt dans la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, sur le bien être des personnes âgées et sur leur autonomie.

Ce travail est une ébauche qui pourrait s'étendre à la population régionale et même nationale. L'intérêt de cette étude est de montrer que la prévention a ses avantages, qu'elle apporte de véritables effets positifs sur le bien-être des personnes, malgré quelques contraintes.

Une autre perspective de ce travail serait d'inclure des entretiens avec les masseurs-kinésithérapeutes qui mettent en place des ateliers de groupes avec leurs patients, afin d'avoir un retour plus détaillé, plus complet de leurs pratiques notamment sur l'activité de groupe qui a fait ses preuves dans la littérature.

Pour aller plus loin, recueillir directement le ressenti des patients et non par le relai des professionnels de santé pourrait être envisagé.

Pour finir, à titre personnel, ce travail m'a permis de conforter mon projet professionnel et mon souhait de consacrer une partie de ma pratique future aux soins des personnes âgées. Ayant travaillée de nombreuses fois avec des personnes âgées, que ce soit en stage, ou dans d'autres situations (travail saisonnier en maison de retraite, sphère privée), je trouve que le lien avec la personne âgée est unique et formateur. Je pense que nous avons beaucoup à apprendre de leurs expériences, de leur vécu. Travailler auprès de personnes âgées permet de développer de nouvelles compétences : la compassion, la communication, l'écoute, le respect d'autrui...

Conclusion

La chute de la personne âgée est un événement fréquent. C'est un processus multi-factoriel dont plusieurs facteurs de risque peuvent être modifiés et atténués notamment par un bon repérage de la personne « à risque de chuter ». La prise en charge par des masseurs-kinésithérapeutes en relation avec l'équipe soignante est essentielle afin de prévenir les chutes et leurs conséquences.

L'objectif de ce travail d'initiation de recherche était de dresser un état des lieux de la prise en charge préventive sur le territoire Finistérien, de mettre en évidence des effets positifs et montrer une différence domicile / EHPAD pour mettre en lumière l'intérêt d'une prise en charge le plus précocement possible. La problématique posée était : « Les recommandations et les programmes de prévention existants sont-ils mis en place sur le terrain et permettent-ils de diminuer les conséquences du vieillissement en particulier le risque de chute et ainsi d'améliorer les déplacements des personnes âgées ? »

Un questionnaire a été diffusé puis analysé. Nous notons une prévention non homogène sur le territoire, des axes de recommandations de la HAS pas spécialement consultés mais tout de même mis en place sur le terrain. Ce sondage a aussi permis d'identifier des freins à la prévention qui sont le temps, l'isolement des personnes et, le non repérage du risque de chuter. Aussi, encore peu de masseurs-kinésithérapeutes Finistériens arrivent à mettre en place des activités de groupes. A ces freins des leviers comme le développement du travail inter-disciplinaire demeurent essentiels.

Avec le vieillissement croissant de la population, les thématiques de « bien vieillir » et le thème de « la chute » devraient se multiplier dans les décennies futures. C'est un axe dont le masseur-kinésithérapeute doit se saisir.

Bibliographie

1. Santé Publique France. [page consultée le 19 février 2020]. (En ligne) <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/le-traumatisme/#tabs>
2. Espérance de vie en bonne santé – Indicateurs de richesse nationale | Insee [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778#consulter>
3. Les maisons de retraite [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/chiffres-statistiques.htm>
4. OMS 10 faits sur le vieillissement et la santé [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/>
5. Mourey F. Rééducation en gériatrie. EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation. janv 2009;5(1):1–10.
6. Bilan démographique 2020 - Insee Première - 1834 [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>
7. Bilan démographique 2019 en Bretagne : légère baisse des naissances et des décès - Insee Analyses Bretagne - 96 [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4776248>
8. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/personnes-agees-dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge>

9. de Jaeger C. Physiologie du vieillissement. EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation. janv 2011;7(2):1-8.
10. Hugo Bourdon Charles Lombard. Les nouveaux UE ECN en fiches : Gériatrie. VG édition. Vernazobres grego; 01/02/2017, 172p.
11. OMS Vieillissement et santé [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
12. Nutrition : pour bien vieillir, il faut adapter son alimentation à son âge [Internet]. Collectif de lutte contre la dénutrition. 2020 [cité 5 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.luttecontreladenutrition.fr/nutrition-pour-bien-vieillir-il-faut-adapter-son-alimentation-a-son-age>
13. Mourey F. Pied et vieillissement : effets sur l'équilibre statique et dynamique. 2020;10.
14. Alexandre J, Balian A, Bensoussan L, Chaïb A, Gridel G, Kinugawa K, et al. Troubles de la marche et de l'équilibre/Chutes chez le sujet âgé. In: Le tout en un révisions IFSI [Internet]. Elsevier; 2009 [cité 28 févr 2020]. p. 550-6. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294706332501992>
15. Cedrick T. Bonnet, Patrice R. Rougier. Approche biomécanique des mécanismes du contrôle postural. :10. Disponible sur : <https://www.proformed.fr/actualites/approche-biomecanique-des-mecanismes-du-contrôle-postural/>
16. BAZIN N. Syndrome de glissement : un équivalent dépressif? La revue de gériatrie. mai 2002;27(5):371-2.

17. Le syndrome de glissement chez les personnes âgées [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.retraiteplus.fr/sante/syndrome-glissement/est-que-syndrome-glissement-chez-les-personnes-agees>
18. Netgen. Syndrome de glissement [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-167/Syndrome-de-glissement>
19. Soins hospitaliers et personnes âgées - Gériatrie [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/soins-aux-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/soins-hospitaliers-et-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>
20. Cadore EL, Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, et al: Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Res* 16(2):105-114, 2013. doi:10.1089/rej.2012.1397
21. L'hébergement temporaire | Pour les personnes âgées | Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/solutions-daccueil-temporaire/lhebergement-temporaire-ce-quil-faut-savoir>
22. CNSA [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>
23. Pons X, Hermabessière S, Rolland Y. Évaluation du risque de chute et de fracture chez la personne âgée en institution. *Kinésithérapie, la Revue*. mars 2019;19(207):21–8.

24. L'hébergement des personnes âgées en établissement [Internet]. [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie_ehpa_08-2.pdf
25. Beyond 20/20 WDS - Rapports [Internet]. [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
26. Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-l-aide-apportee-resultats>
27. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) | service-public.fr [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
28. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | Pour les personnes âgées | Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
29. Article Annexe 2-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696537/
30. Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M, Vandervoort AA. Defining a Fall and Reasons for Falling: Comparisons Among the Views of Seniors, Health Care Providers, and the Research Literature. *The Gerontologist*. 1 juin 2006;46(3):367–76.

31. HAS. [page consultée le 17 février 2020]. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Recommandations avril 2009. (en ligne) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf
32. Gonthier R. Épidémiologie, morbidité, mortalité, coût pour la société et pour l'individu, principales causes de la chute. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. juin 2014;198(6):1025-39.
33. OMS Les chutes [page consultée le 19 février 2020]. (En ligne) <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
34. Résultats de la requête : Effectifs de décès [Internet]. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <http://cepidc-data.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>
35. Inserm. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=5>
36. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003;348:42-9.
37. WHO Global report on falls Prevention in older Age 2008 [page consultée le 17 février 2020] Disponible sur: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
38. Bloch F. Chute de la personne âgée. EMC - Traité de Médecine Akos 2015;10(3):1-5 [Article 3-1084]
39. Le quotidien après une fracture de l'extrémité supérieure du fémur [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/fracture-col-femur/preparer-sortie-hopital-vie-quotidien>

40. Hospitalisation des patients âgés – Prévenir la dépendance iatrogène [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974235/fr/hospitalisation-des-patients-ages-prevenir-la-dependance-iatrogene
41. Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. août 2015;15(88):188–90.
42. Netgen. Le syndrome post-chute : comment le reconnaître et le traiter [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-132/32651>
43. Manckoundia P, Mourey F, Tavernier-Vidal B, Pfitzenmeyer P. Syndrome de désadaptation psychomotrice. La Revue de Médecine Interne. févr 2007;28(2):79–85.
44. Prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
45. Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 oct 8, 1996.
46. Prévenir c'est guérir - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/prevention-ref310/prevenir-c-est-guerir>
47. Onaps. L'étude Ossébo de prévention des chutes : un partenariat réussi entre une équipe de chercheurs et le Groupe Associatif Siel Bleu. Un pour tous et tout ce qui bouge. Numéro 2, oct. 2018.

48. HAS. [page consultée le 17 février 2020]. Prévention des chutes accidentelle de la personne âgée. Recommandations novembre 2005 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
49. Recommandations pour la pratique clinique: Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile Avril 2005 [Internet]. [cité 14 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations.pdf>
50. Le plan national « bien vieillir »,Jean-Pierre Aquino, Dans *Gérontologie et société* 2008/2 (vol. 31 / n° 125), pages 39 à 52
51. Ministère des solidarités et de la santé [cité 27 févr 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi>
52. Kiné Ouest Prévention [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.kineouestprevention.com/kinesitherapeutes/>
53. Agi Equilibre [cité 24 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.agi-equilibre.fr>
54. Faure K. Un programme régional de prévention des chutes des personnes âgées en Bretagne : le programme Equilibreizh. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. févr 2013;13(73):4-9.
55. Jacky Robin. Importance de la dynamique de groupe dans les actions de prévention : des chutes des personnes âgées. *ProfessionKiné*. (36):62-6.

56. Trickey F, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Unité écologie humaine et sociale. Évaluation du Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Écologie humaine et sociale; 1999.
57. Vilatte J-C. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. 2007;56. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/1087684-Methodologie-de-l-enquete-par-questionnaire.html>
58. Le questionnaire : définition, étapes, conseils et exemples [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/questionnaire/>
59. Accueil - LimeSurvey - Easy online survey tool [Internet]. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.limesurvey.org/fr/>
60. Taubin A. Fiche n°4 : Analyse des réponses dans LimeSurvey. :4. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <https://blogs.lyceecfadumene.fr/informatique/files/2018/12/4-Analyse-LimeSurvey.pdf>
61. La démographie des kinésithérapeutes en 2020 [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2021 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2020/>
62. Les actions du Gouvernement - Résultats [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/resultats>

63. Aides à l'installation et au maintien de votre activité en zones déficitaires [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/vie-cabinet/aide-maintien/aides-installation-maintien-activite-zones-deficitaires>
64. Siel Bleu - Je découvre [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sielbleu.org/je-decouvre>
65. Formations [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.kineouestprevention.com/les-formations/>
66. Comment les aides aux personnes âgées en perte d'autonomie sont-elles financées ? [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/les-politiques-du-grand-age/comment-les-aides-aux-personnes-agees-en-perte-dautonomie-sont-elles-financees>
67. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937>
68. fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf
69. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 31 janv 2019;1:CD012424.

70. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD000340. doi: 10.1002/14651858.CD000340. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):CD000340. PMID: 14583918.

71. Penn I-W, Sung W-H, Lin C-H, Chuang E, Chuang T-Y, Lin P-H. Effects of individualized Tai-Chi on balance and lower-limb strength in older adults. *BMC Geriatr.* déc 2019;19(1):235.

72. Hosseini L, Kargozar E, Sharifi F, Negarandeh R, Memari A-H, Navab E. Tai Chi Chuan can improve balance and reduce fear of falling in community dwelling older adults: a randomized control trial. *J Exerc Rehabil.* 27 déc 2018;14(6):1024–31.

73. Calculateur de taille d'échantillon [Internet]. CheckMarket. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://fr.checkmarket.com/calculateur-taille-echantillon/>

Sommaire des annexes

| | |
|---|----|
| Annexe I : La grille AGGIR | I |
| Annexe II : Le questionnaire à destination des masseurs-kinésithérapeutes | II |
| Annexe III : Zonage de la région Bretagne par l'ARS | X |

Annexe II : Le questionnaire à destination des masseurs-kinésithérapeutes

Bonjour,

Actuellement Etudiante en 4ème année de Kinésithérapie à l'IFMK de Brest, je réalise mon mémoire sur la thématique de la personne âgée et de la prévention des chutes.

J'effectue une étude par questionnaire afin d'identifier les actions de prévention mises en place sur le terrain et leurs effets sur les **personnes âgées**.

Ce questionnaire est anonyme et s'adresse aux **masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Finistère**.

Je vous remercie par avance pour les réponses que vous pouvez m'apporter.

Solène KERNEIS

PARTIE A : Informations générales

A1- Vous êtes ?

Un homme

Une femme

A2- Quel est votre mode d'exercice ? :

Libéral :

uniquement au cabinet

avec visites à domicile

avec visites en EHPAD

Mixte :

avec visites à domicile

avec visites en EHPAD

service de gériatrie

A3- Quelle est votre année d'obtention de diplôme ?

... (entrée numérique)

A4 - Concernant la ville dans laquelle vous travaillez : combien de cabinets de masso-kinésithérapie peut-on dénombrer ?

- Un seul cabinet
- Entre 2 et 5 cabinets
- Plus de 5 cabinets

A5- Quelle est la tranche d'âge majoritaire de votre patientelle ?

- < 15ans
- [15-60]ans
- > 60ans
- Je ne prend pas en charge de personnes âgées (Milieu sportif, pédiatrie exclusive...)

PARTIE B : Concernant la prévention et les actions mises en place :

B1- Avez vous déjà effectué une formation complémentaire sur la prévention des chutes chez la personne âgée ?

- oui
 - Laquelle ?
- non
 - Envisagez-vous d'en effectuer une ?
 - oui
 - non

Si vous avez répondu « non » à la question précédente :

→ **Pourquoi ?**

B2 - Si vous avez répondu « oui » à la question précédente :

Arrivez-vous à l'appliquer sur le terrain ?

- oui en respectant strictement le programme proposé
- oui mais en utilisant partiellement le programme proposé
- non

B3 - Connaissez vous les recommandations de l'HAS sur la prévention de la chute de la personne âgée ?

oui

→ Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (totalement) : À combien estimez-vous les utiliser ?

non

B4- Dans quelles situations abordez vous le sujet de la chute et de sa prévention avec vos patients ?

- Souhait du patient
- Age > 65 ans (*OMS*)
- Age > 80 ans (*Population concernée ++ par la chute*)
- Demande du médecin ou de la famille
- Antécédents de chutes
- Présence de facteurs de risque
- Après une opération qui demande une aide technique (béquille..) chez sujet

> 60 ans

Autres

B5- Parmi les propositions suivantes : Quelles sont celles auxquelles vous avez recours pour prévenir la chute de la personne âgée ?

- Exercices d'équilibre et de marche
- Renforcement musculaire des Membres Inférieurs
- Le relever du sol
- Travail de proprioception du pied : stimulation des afférences sensorielles
- Conseils divers (alimentation, chaussons, apprentissage du matériel

(cannes)..)

- L'activité physique
- Ateliers en groupe (Yoga, Taï-chi, pilates..)

→ Quelle est l'âge des personnes en bénéficiant ?

...

- Autres

B6- Arrivez-vous à faire de la prévention avec tous les patients qui en auraient besoin ?

- Oui
- Non

→ Pourquoi ?

- Manque de temps
- Manque de valorisation
- Refus des patients
- Isolement des personnes âgées, loin du cabinet
- Facteurs de risque non détectés
- Autres

PARTIE C : Concernant le ressenti des patients et les effets de la prévention.

C1- Réalisez vous des ateliers de prévention des chutes ?

Oui

Non

10bis : Si vous avez répondu « oui », sur une échelle de 0 à 10 à combien estimez-vous l'efficacité de ces ateliers pour éviter une chute ou une récurrence ?

(de 0 : peu efficace à 10 : très efficace)

C2- Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez vous l'efficacité de vos séances (ateliers ou prise en charge « normale ») pour le maintien de l'autonomie à domicile des personnes âgées ?

(de 0 : peu efficace à 10 : très efficace)

C3-En quoi ces ateliers et programmes permettent-ils un gain de confiance, une assurance dans la marche des patients ?

Ne permettent pas forcément ces effets

Rassurent la famille

Le patient se rend compte de ses capacités

Meilleure utilisation des aides techniques

Meilleur passage de pas et périmètre de marche augmenté

Autres

C4- Comment objectivez vous les effets des programmes de prévention ?

Utilisation de grilles bilans et questionnaires (AGGIR, Tinetti, Berg, TUG, TM6, MMS...)

Patient moins anxieux

Réunion ou contact avec d'autres intervenants (médecin, infirmier, aide à domicile, aide soignant..)

Evaluation du nombre de chutes post-action

Dialogue avec les familles

Autres

C5- Si vous avez une activité à domicile et en EHPAD :

Réalisez vous des ateliers de prévention des chutes dans l'EHPAD entre les résidents ?

Oui

Non

C6-Vous est-il déjà arrivé de prendre en charge un patient à domicile puis en EHPAD à la suite d'une institutionnalisation ?

Oui

→ Quels changements cela implique dans votre pratique ?

Moins de matériel

Plus de matériel

Moins de temps

Plus de temps

Patients moins disponibles

Patients plus disponibles

Meilleure communication avec l'équipe de soin

- Ateliers de groupes plus facile à mettre en place
- Autres
- Non

C7- Si vous avez répondu « oui » à la question 17 :

Comment l'institutionnalisation a été vécu par le patient ?

- Choix de la part du patient, content
- Anxiogène
- Plutôt souhait de l'équipe et de la famille
- Régression du patient une fois institutionnalisés
- Amélioration des capacités
- Diminution des activités
- Pas de différence
- Autres

C8- Etes vous en relation avec les aidants des personnes âgées ?

Oui

→ Lesquels ?

- Personnel soignant
- Personnel d'aide à domicile
- Famille

→ A quelle fréquence ?

- 1 fois par semaine
- 1 fois par mois
- 1 fois tous les 6 mois
- 1 fois par an

Autres

Non

PARTIE D : FIN et REMERCIEMENTS

D1-Avez-vous des remarques particulières à m'apporter ?

...

Merci pour votre participation.

Voici les liens des différentes recommandations de l'HAS si vous êtes intéressé :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_personnes_agees_synthese.pdf

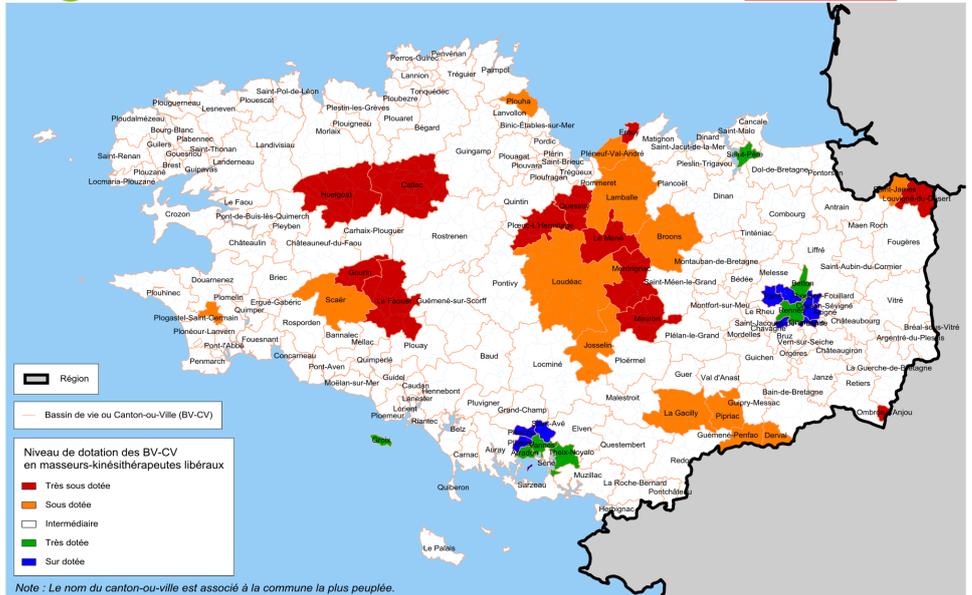
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf

Annexe III : Zonage de la région Bretagne par l'ARS



Zonage Masseur-kinésithérapeute - Août 2018

DOCUMENT DE TRAVAIL



Source : Assurance maladie (SNIIRAM 2016), Commune 1/01/2018, Bassin de vie 2012, Pseudo-canton 2016
 Réalisation ARS Bretagne, Août 2018
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique



NOM : KERNEIS
PRENOM : SOLENE

TITRE :

Chutes des personnes âgées : Etude qualitative des moyens de prévention mis en place par les masseurs-kinésithérapeutes Finistériens et effets à domicile et en institution.

INTRODUCTION : In France per year there are 450 000 falls resulting in 9300 deaths. Fall is a multifactorial pathology, physiotherapists with an adequate prevention can reduce their risk of occurring.

METHOD : The purpose of this study was to elaborate a situational analysis of the elderly prevention of falls on the field. An online questionnaire was used and only the private physiotherapists in the Finistere had access to the link. It was divided into two parts : recommandations and well being.

RESULTS : 99 replies were analyzed. 73% of the professionals were unable to provide a preventive action with all their patients. 17% have extended their practice with a formation and 26% were familiar with HAS recommandations. 83% were in contact with patients family and 80% of them founded positive effects of preventive care at home. More than half of the respondents estimated that patient health deteriorated after an institutionalization in nursing home.

DISCUSSION : Physiotherapists implements HAS recommandations but in an unhomogeneous way. They are aware of the benefits of prevention, which is more efficient before an institutionalization. Others professionals, such as a physical activity specialist can be integrated and it would be interesting to provide homogeneous prevention on the territory.

INTRODUCTION : La chute de la personne âgée est un problème de santé publique, on recense 450 000 chutes par an en France et elle entraîne 9300 décès par an et de nombreuses conséquences. La prévention peut limiter ces faits.

METHODE : Le but de ce travail était de faire un état des lieux des pratiques sur le territoire Finistérien en terme de moyens de prévention et sur les effets observés. Une étude qualitative par questionnaire a été menée auprès des kinésithérapeutes libéraux du Finistère.

RESULTATS : 99 réponses ont été enregistrées et ensuite analysées. 73% des répondants ne peuvent effectuer de la prévention avec toutes les personnes à risques de chutes. 17% ont effectués une formation et 26% se documentent sur les recommandations de la HAS. 83% sont en contact avec les familles. Des effets positifs de la prise en charge au domicile sont repérés pour 80%.

DISCUSSION : Les professionnels mettent en place les recommandations de la HAS de manière non homogène sur le territoire. La prévention est plus efficace avant l'entrée dans une institution. Il semble pertinent d'intégrer d'autres professionnels de santé dans la prévention de la chute chez la personne âgée.

KEYWORDS : Falls - Elderly - Prevention - Physiotherapist

MOTS CLES : Chutes - Personnes âgées - Prévention - Masseur-kinésithérapeute

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
22 avenue Camille Desmoulins
29238 BREST CEDEX 3
Travail écrit de fin d'étude 2017/2021