

ENTRE L'AMONT ET L'AVAL DE LA CHUTE DU SUJET ÂGÉ, UN RÉSEAU SANS FAILLES

1. QUELLES REPRÉSENTATIONS A T-ON DE LA CHUTE

7h30, les fenêtres ne se sont pas ouvertes ce matin. Personne ne semble bouger dans l'appartement d'en face. Chacun dans l'immeuble est occupé au train du quotidien, les uns partent au travail, les autres à l'école, les derniers restent chez eux... Personne n'entend le silence de la vieille dame d'en face. Elle, si vieille et si discrète, tout le monde est habitué à ne jamais l'entendre.

10h, l'aide familiale rentre dans l'immeuble pour préparer le repas de la vieille dame. Elle frappe à la porte, attend, frappe à nouveau au cas où elle n'aurait pas entendu...

Ce matin, personne ne répond !

Le silence se transforme en vide.

Qu'est il arrivé à la vieille dame qui répond pas ?

Depuis quand ? Où est elle ?...

Que de questions tissent l'angoisse de l'aide familiale recherchant dans son sac les clés de la vieille dame .

La porte s'ouvre, le silence est alors habité par la peur. Peur de la trouver morte, peur d'être arrivé trop tard, peur de ce que l'on va découvrir...

La vieille dame est couchée par terre au pied de son lit. Elle s'est traînée toute la nuit sur la descente de lit dans l'espoir de se relever, mais en vain.

1° tableau : LE TRAUMATISME de l'impuissance.

Face à cette souffrance, au plus vite : protéger, assister, secourir la vieille dame. Le médecin ne tarde pas à arriver, les pompiers emportent la vieille dame à l'hôpital. Des bilans sont réalisés. Elle est couchée dans la chambre qui vient de lui être attribuée.

2° tableau : la PASSIVITÉ du sujet âgé

Des soignants aux gestes rapides auront vite fait d'anticiper tous ses besoins. Tout sera pensé pour elle dans ce temps d'hospitalisation. Elle va se laisser porter et suivre la direction qui est pensée pour elle. Sa famille est rassurée, elle a confié la vieille dame à une équipe de professionnels qui vont savoir l'aider.

3° tableau : l'OBSERVATION clinique

La mesure des causes et des conséquences est la première manière de circonscrire la faiblesse. Des grilles "d'autonomie" sont dressées pour évaluer le degré de dépendance du sujet âgé, des examens cliniques scrutent de près toutes les fonctions physiologiques...

Mais quand pose-t-on la signification de cette chute ?

A quel moment s'assied t-on pour connaître en détail les circonstances de l'accident ?

Au moment où nous l'accueillons dans le service, comment donnons-nous à la vieille dame l'occasion de parler de son ressenti afin qu'elle puisse étayer un sentiment de sécurité grâce par la re-formulation et à la contenance de l'écoute? Que faisons-nous de ce qu'elle nous dit ?

Quelles causes évoque-t-elle à cet accident ?

Quelle représentation se fait-elle de son avenir après cela ?

2. LA SIGNIFICATION ET LA SYMBOLIQUE DE LA CHUTE

Lorsque nous nous donnons le temps d'entendre et d'écouter, nous pouvons reconnaître une signification à chaque chute :

- La chute peut être un APPEL face à une sensation d'ABANDON. Cet appel n'est pas lancé à n'importe quel moment, à n'importe qui...
- Face à la non acceptation de l'affaiblissement des capacités physiques et fonctionnelles, la chute peut signifier un REFUS de se voir ainsi. Ou bien, prenant des risques sans mesurer le danger le sujet se coupe de la perception de lui-même .
- Il peut se laisser "glisser" pour précipiter la fin dans une chute SUICIDE-GLISSEMENT.
- La chute peut être aussi ACCIDENTELLE, par un défaut de vigilance ou en raison de l' inadaptation de son environnement à l'évolution de sa dépendance.

• Enfin la chute peut provenir d'un sentiment d'angoisse, ou d'une situation de stress, la personne chute car elle est dominée par le STRESS et l'ÉMOTION.

Quelle que soit la signification, la problématique de la chute, elle répond toujours à une situation complexe, souvent multi-factorielle, demandant un accompagnement singulier et cohérent.

3. QUELLE ANALYSE FAISONS NOUS AU REGARD DE L'ACCOMPAGNEMENT DU CHUTEUR ÂGÉ

- En amont de la chute, nous devons considérer *comment prévenir et dépister les risques de chutes au domicile*. Actuellement des équipes pluridisciplinaires se constituent en réseau pour favoriser le maintien à domicile dans les meilleures conditions. Le contexte du domicile est le lieu idéal pour entretenir les potentialités psychomotrices du sujet âgé. Dans sa maison, la vieille dame connaît tout, chaque place a sa chose et chaque chose a son histoire. *Son environnement concourt à donner du sens pour construire une cohérence*, tissage que l'histoire a réalisé au cours du temps. Le contexte de vie est en cela "équilibrant".

- En aval de la chute, l'accident *évalué comme un "symptôme" - dont l'étymologie sun-ptosis ce qui tombe avec, avec quoi tombe la chute ?* L'hôpital l'autorise à se laisser "prendre en charge", à condition que celle-ci soit temporaire. Le risque d'une hospitalisation prolongée serait de renforcer la dépendance en augmentant le syndrome post-chute en ayant dé-contextualisé le sujet âgé de son environnement familial. A la peur du vide, se colle la peur de l'inconnu, de l'étranger, de l'inhabituel... L'inhibition psychomotrice peut alors devenir le moyen de protéger les réserves vitales, la régression devient alors un retour à la sécurité. La rétropulsion peut-être entendu au sens littéral du mot comme le signe d'un recul en arrière.

4. UNE ACTION EN RÉSEAU

La réhabilitation du chuteur âgé nous oblige à établir un réseau sans faille. Pour cela ce réseau doit être animé :

- d'une COHÉRENCE d' ACTION : non seulement tous les partenaires doivent entourer le sujet âgé dans la spécificité de leur fonction et de leur rôle, mais leur actions doivent être concertées dans un projet commun relié au projet de devenir exprimé par le sujet âgé.

- d'une CONTINUITÉ : pour que la chute ne devienne pas rupture, il faut que le lien "domicile -> hôpital" et "hôpital -> domicile" soit animé d'une concertation quotidienne. Cela va des habitudes - rythme de vie : activité-repos, aux habitudes alimentaires, sans oublier les habitudes vestimentaires...

Pour que cette continuité soit vivante, nous devons relier l'anamnèse (histoire de vie, histoire de la chute) aux outils (protocoles d'autonomisation) que le service propose à la famille ou à l'entourage pour qu'elle se prépare à assurer le relai à domicile.

5. QUELLES PROPOSITIONS

A - RESSERRER LES LIENS FAMILLE-ENTOURAGE <-> HÔPITAL par un accompagnement de l'entrée dans le service par un *livret d'accueil* indiquant les habitudes de l'institution, le réseau de partenaires qui vont entourer le sujet âgé durant son hospitalisation (soins, rééducation, coiffure, aumônerie, visiteurs de malades...) Les sorties à domicile le week-end, sont valorisées comme période d'essai avant la sortie définitive.

Le dossier soins, recueille : les habitudes de vie de la personne son degré d'autonomie antérieure à la chute, les échanges régulièrement instaurés avec l'entourage .

B - LA FORMATION DES ÉQUIPES SOIGNANTES ET DES FAMILLES aux "bons gestes" dans l'aide au chuteur âgé peut être réalisé par l'équipe rééducative aidé du médecin et du cadre infirmier.

C - UN PROTOCOLE D'INTERVENTION INFIRMIER auprès d'un chuteur est rédigé dans le service au regard de la problématique spécifique évaluée en équipe transdisciplinaire. L'application de ce protocole dans la continuité est la garantie de la "réussite" de l'accompagnement. Le sujet âgé est au centre de la dynamique interactive où chacun répond de manière spécifique.

D - DIFFÉRENCIATION et COMPLÉMENTARITÉ des rôles de chacun dans l'équipe.

La richesse d'une équipe gérontologique n'est pas dans son nombre mais dans la *pluralité définie* de ses modes d'intervention :

- L'équipe médicale a un rôle d'autorité et de guidance. Elle rassure le sujet âgé par la connaissance de l'origine des troubles et/ou des conséquences. Elle peut aider à anticiper un devenir par la projection des étapes à franchir pour l'atteindre (station assise, transferts, marche autonome, relevé du sol...)
- L'équipe soignante entoure et reconforte fidèlement dans le quotidien. La continuité entre les habitudes de vie dans l'amont de la chute et l'hospitalisation doit à ce niveau d'interaction, être la plus proche grâce à une évaluation ciblée sur la manière de vivre du sujet âgé.
- L'équipe de rééducation et d'accompagnement psychologique constitue une autre palette de moyens
 - l'ergothérapeute peut soutenir l'autonomisation dans les actes de la vie quotidienne en offrant un relai lors de la toilette, de l'installation au fauteuil, des gestes du quotidien...
 - le kinésithérapeute peut renforcer la maîtrise de l'équilibre et la restauration de la marche par la redynamisation de la verticalité dans les transferts, la marche, l'apprentissage du relevé du sol ...
 - le psychomotricien aide à lever les signes cliniques du syndrome post chute en travaillant sur la confiance, la réassurance, l'apaisement, la détente, la disponibilité... grâce à un travail sur le ressenti corporel en lien avec le vécu (émotion affects).
 - le psychologue aidera à dépasser le traumatisme de la chute par le travail de re-formulation qui aidera à construire des représentations émancipées du choc de l'accident.
- l'équipe de travailleurs sociaux réalise l'enquête sociale qui évaluera le contexte économique et matériel pour de bonnes conditions de retour à domicile.
- le cadre infirmier coordonne cet ensemble. La réunion hebdomadaire représente un point d'orgue où l'objectif thérapeutique est réévalué et ciblé à partir de l'observation transmise par chaque membre de l'équipe.

E - le PASSAGE de RELAI, la préparation du retour à domicile est un moment clé dans l'accompagnement.

La visite du domicile de l'ergothérapeute est à la fois préventive et thérapeutique. Elle anticipe les risques de chutes par l'évaluation de l'adaptation de l'environnement. D'autre part, cette visite autorise déjà le retour en donnant une sécurité à la famille et au sujet âgé par le "contrôle" d'un spécialiste.

La famille doit rencontrer le plus souvent possible l'équipe de rééducation pour évaluer les nouveaux possibles à la fin de l'hospitalisation et assurer l'apprentissage des "bons gestes". Des fiches techniques peuvent être données au sujet âgé comme rappel de l'apprentissage réalisé pendant l'hospitalisation.

6. ÉVALUATION : *Histoire de l'accompagnement de la vieille dame en psychomotricité.* Deux mois d'hospitalisation, dont 15 jours en traumatologie, ont suivi l'intervention chirurgicale à la suite de la fracture du col fémoral. La rééducation s'est prolongée en moyen séjour gériatrique. Tout se passait pour le mieux, quand un matin, la vieille dame est retombée mais cette fois, dans le service. Tout s'est alors arrêté dans un genou qui s'est enflammé de douleur, le moral s'est mis à décliner, l'espoir d'un retour à domicile s'est éteint pour elle dans cette hospitalisation devenue par cette re-chute un tunnel infranchissable.

Une demande d'accompagnement en psychomotricité est formulée.

La douleur si aiguë, empêche toute initiative de mouvement. Le bilan d'équilibre est totalement faussée par ces conditions douloureuses. Le temps est à l'inhibition : ne plus rien faire pour ne plus souffrir, ne plus rien tenter pour se-conserver.

Dans ces conditions le premier temps du suivi est consacré à un toucher haptomique de ce genou. Contenir la douleur en éveillant la sensation de bien être de cette zone par la chaleur, le contact, l'enveloppement... Il est surprenant de noter combien la chute peut établir des "failles" physiques dans le schéma corporel. Une région se désinvestit, tout se désorganise autour d'elle, l'ensemble défaille.

Le temps passé dans le toucher immobile, apaise, reconforte, reconnaît, entend la souffrance... A cette occasion la vieille dame raconte *que depuis un an "elle est tombée dans une chute de santé."* Cette jambe s'était bien remise d'un pontage artériel, il y a 8 ans, mais l'an dernier une parole médicale a

condamné ce genou droit. La prédiction se confirme comme une malédiction, la chute sur le genou devient la condamnation sans appel de retour à la maison.

Comment rétablir l'espoir, effacer la mémoire de la condamnation et de l'échec ? Elle ne supporte pas de se voir devenir dépendante, elle qui a fait face depuis la mort de son mari à 25 ans de solitude.

Elle parle de sa souffrance du regard qu'elle porte sur elle, elle qui était si forte, dynamique... elle ne s'accepte pas dans cet état, son image du corps est blessée par le miroir brisée de la dépendance.

Première tentative, nous allons prendre à témoin ceux qui la connaissent au mieux. Un rendez-vous est fixé avec sa famille, une date de sortie est programmée au bout du tunnel interminable. L'espoir revient, la famille témoigne et constate du possible.

Nous définissons ensemble (sujet âgé-équipe-famille) les objectifs minimums pour la sortie. Le travail d'équilibre statique est repris en psychomotricité pour renforcer la confiance dans les appuis. La kinésithérapeute continue à travailler sur la marche. Les rôles sont définis. La vieille dame se sent reconnue et entendue dans ses difficultés. Elle découvre son potentiel soutenu par le regard d'un vieil homme lui montrant comment se relever du sol après une chute. Il l'encourage en lui disant "de penser que si elle tombe elle doit imaginer que quelqu'un l'invite à danser." Alors, elle saura toujours retrouver comme lui, la force de se relever du sol.

Tous les deux ont été pris dans le tourbillon du doute après la chute.

Ce vieux républicain espagnol a puisé dans la *résilience* construite depuis l'âge de 20 ans, la force de s'extraire du sol malgré son amputation du bras et la fracture du col fémoral. Il est heureux de partager avec elle ce moment de solidarité et de compréhension. Ils ne se reverront peut-être jamais, mais chacun a encouragé l'autre.

Le regard a changé, la vieille dame emporte avec elle l'espoir encouragé par celui, qui comme elle, doit revivre tout seul.

Nous rencontrons la famille avant le départ. Une fiche avec les "bons geste" à poursuivre est confiée par la vieille dame à sa famille.

La chute n'est plus un déclin, elle a été un passage vers la reconnaissance des nouvelles potentialités. Lors de la dernière séance, elle évoque une dernière fois l'accident en en parlant au passé. Le traumatisme se loge maintenant dans le souvenir sur lequel s'appuie désormais l'histoire d'une reconstruction toujours en devenir.

À l'occasion de la chute, une nouvelle étape dans le vivant s'est franchie, car le mot VIEILLIR commence par le mot ... VIE.

Geneviève PONTON Psychomotricienne PAU

Intervention salon AUTONOMIC SUD Toulouse 10 Mai 2001

Bibliographie :

• Boris CERULNIK

"ce merveilleux malheur" Odile Jacob 1999 "les vilains petits canards" Odile Jacob 2001

• Franz WELDMAN "les cahiers d'haptonomie" • JACQUOT-STRUBEL-PÉLISSIER

"la chute de la personne âgée" Masson 1999