

Les interactions entre souvenir et peur de chuter chez la personne âgée institutionnalisée. Étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs

The interactions between remembrance and fear of falling in elderly people in nursing homes: a qualitative study based on semi-structured interviews

Tom Decorce¹ (PT, MSc), Yann Strauss² (PT, PhD)

Mains Libres 2022; 4: 209-216 | DOI: 10.55498/MAINSLIBRES.2022.10.4.209

Les auteurs déclarent n'avoir eu aucun financement ni conflit d'intérêt lors de la réalisation de cette étude. La recherche ne répondant pas à la définition de la loi Jardé sur les Recherches Impliquant la Personne Humaine (RIPH), il n'y a pas eu d'enregistrement ni de comité d'éthique. Un des chercheurs s'est assuré du caractère non invasif, de la non-perte de chance, la signature d'un consentement des patients ne présentant pas de troubles neurocognitifs majeurs et la conformité au MR-004.

Article reçu le 13 mai 2022,
accepté le 28 octobre 2022.

MOTS CLÉS
vieillesse / peur / chute / mémoire / souvenir

KEY WORDS
aging / fear / fall / memory / remembrance

RÉSUMÉ

Contexte: La chute chez la personne âgée (PA) est un phénomène majeur ayant des conséquences physiques, psychologiques et sociales pour le patient mais également un impact sur les coûts de santé. Les PA ayant chuté peuvent avoir plus ou moins de souvenirs de cet événement et développent fréquemment une peur de chuter. Cependant peu d'études se sont intéressées à leur interaction.

Objectif: Le but de cette étude est d'investiguer les souvenirs, la peur de chuter et leur lien chez la PA institutionnalisée ayant chuté.

Méthode: Des entretiens semi-directifs en face à face ont été réalisés. Le recrutement s'est fait auprès de patients présentant une peur de chuter (Fall Efficacy Scale-International > 20), sans troubles neurocognitifs majeurs (Montreal Cognitive Assessment > 10). Cinq patients issus du même établissement ont été recrutés.

Résultats: L'analyse des entretiens a permis d'identifier que la chute était une situation surprenante et angoissante particulièrement liée à l'attente des secours. Elle entraîne notamment des douleurs physiques, des changements de comportements et de l'image de soi. Il est également apparu que la chute pouvait présenter un aspect positif avec une augmentation de l'attention et une meilleure analyse de l'environnement. Les souvenirs pouvaient être plus ou moins présents en lien avec la valence émotionnelle en rapport avec le concept de trouble de stress post traumatique.

Conclusion: Les souvenirs semblaient donc avoir un rôle dans la peur de chuter. La prise en charge de patients chuteurs doit en conséquence mettre l'accent sur l'aspect psychologique tant que physique par une approche humaine et empathique.

ABSTRACT

Context: Falls are a serious risk among elderly people, with physical, psychological, and social consequences for the patient and potentially increased costs of health care. Someone who has fallen may have many or few memories of the event, and many develop a fear of falling. Only a few studies have investigated the interaction between memory and fear, however.

Objective: This study aimed to investigate memories, fear of falling, and the link between them among elderly people in nursing homes.

Method: We carried out semi-structured face-to-face interviews. We recruited patients with a fear of falling (a score >20 on the Fall Efficacy Scale-International) and without major neurocognitive disorders (a score >10 on the Montreal Cognitive Assessment). Five patients from the same nursing home were recruited.

Results: The analysis of the interview data identified that a fall was a distressing and shocking situation, particularly due to the time spent waiting for help. Falls cause physical pain and changes in behavior and self-image. It also appeared that falls could present a positive aspect, however, with more attention and a better analysis of the environment. Memories of falls could be more or less present, and the emotional aspect seems to be predominantly related to the concept of post-traumatic stress disorder.

Conclusion: Memories seemed to play a role in the fear of falling. The management of patients who fall should therefore emphasize the psychological as well as the physical aspect through a human and empathetic approach.

¹ MKDE libéral à Rennes (France) et intervenant à l'ENKRE (Saint-Maurice), France,

² Responsable pédagogique à l'ENKRE (Saint-Maurice), France et Dufkp université Paris Saclay, France

INTRODUCTION

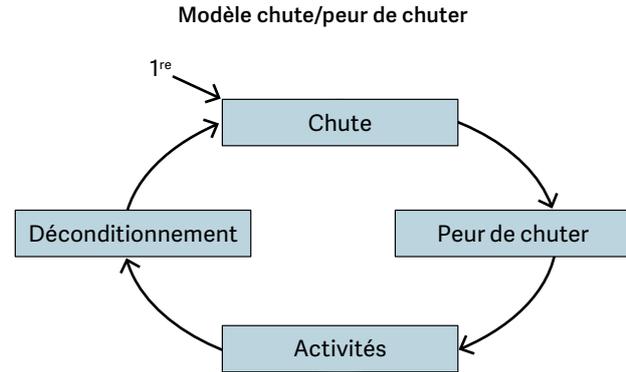
Au 1^{er} janvier 2020, la France comptait 67,063 millions d'habitants dont 20,5% étaient des personnes d'au moins 65 ans. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)⁽¹⁾ prévoit pour 2040 que les personnes de plus de 65 ans représenteraient plus d'un quart de la population. Cette augmentation concernerait majoritairement les personnes de plus de 75 ans soit des personnes qui présentent un risque élevé de chute⁽¹⁾.

En France, environ 450000 personnes de plus de 65 ans chutent chaque année⁽²⁾. Leur fréquence augmente avec l'avancée en âge : 1/3 des plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans font au moins une chute par an. En Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les chutes sont encore plus fréquentes qu'à domicile et constitue l'évènement indésirable le plus rapporté⁽³⁾. D'après l'OMS, la chute se définit comme : « un évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment »⁽⁴⁾. Cette définition en oublie presque que la chute est une expérience subjective marquant la vie de la PA. La chute comprend les émotions, états mentaux et de cognition, l'importance du regard des autres, l'intrication sociale de la chute ainsi que la douleur physique ressentie. La PA ayant chuté se retrouve souvent en état de choc et esseulée. Les émotions ressenties au moment de la chute sont intenses et s'ajoutent au sentiment de gêne ou de honte, le regard des autres étant souvent difficile à affronter⁽⁵⁾. Les chutes se compliquent fréquemment par des hospitalisations et une perte d'indépendance. Il faut donc bien comprendre que chez les PA la chute n'est pas un évènement anodin. La recherche de Fromage (2005) sur la représentation de Soi chez les sujets âgés chuteurs et non chuteurs, a étudié et comparé le discours de ces deux populations mettant en évidence un schisme psychologique entre les deux⁽⁵⁾. Les sujets chuteurs sont moins loquaces, leur discours est centré sur leurs problèmes de santé sans perspectives d'amélioration contrairement aux non-chuteurs qui relativisent leurs problèmes.

La peur de chuter correspond donc à la crainte de se retrouver dans la situation précédemment décrite. Elle peut être présente que l'individu ait chuté ou non⁽⁶⁾. Des études ont montré que cette appréhension va au-delà de la peur de se faire mal. Elle implique également la peur de la perte d'indépendance et d'identité en raison des conséquences liées à la chute. La peur de tomber chez le sujet âgé est un des facteurs qui augmente le risque de chute avec un risque d'entrée dans un cercle vicieux bien décrit dans la littérature et présenté dans la Figure 1⁽⁷⁾. Elle a donc une signification existentielle et correspond à une prise de conscience brutale que la personne se trouve alors à un moment décisif de son parcours de vie et à un tournant qui marque le début d'un déclin physique inéluctable. La peur de chuter n'est donc pas la simple appréhension de revivre un évènement négatif, mais implique la prise de conscience d'un changement biopsychosocial. La peur de chuter peut-être évaluée par le questionnaire Falls Efficacy Scale-International (FES-I)^(8,9).

Après une chute, l'individu se souvient plus ou moins de ce qu'il a vécu. C'est ici à ce stade que la notion de mémoire apparaît. Elle se définit comme un processus biologique

Figure 1



permettant de stocker et de restituer des informations⁽¹⁰⁾. Souvent réduite à la capacité de se rappeler, c'est en réalité une fonction cognitive essentielle, particulièrement touchée chez les sujets âgés. En vieillissant, il est fréquent que des Troubles Neuro Cognitifs (TNC) apparaissent. Les PA nécessitent plus d'efforts pour réaliser les activités de la vie quotidienne, voire le développement d'une dépendance⁽¹¹⁾. Avec l'avancée en âge, un déclin progressif de l'ensemble des fonctions cognitives dont la mémoire peut être observé⁽¹²⁾. L'état cognitif peut être évalué par différents test cognitifs comme le Montreal Cognitive Assessment (MoCA)⁽¹³⁾. Il n'existe pas une seule mémoire mais plusieurs types⁽¹⁰⁾. La mémoire autobiographique se définit comme « un système mnésique servant à encoder, stocker à très long terme et récupérer un ensemble de représentations dont le soi est le sujet central »⁽¹⁴⁾. Elle permet l'accumulation de souvenirs depuis le plus jeune âge et c'est elle qui est impliquée lorsque nous demandons au patient : « Comment êtes-vous tombé ? ».

Les souvenirs sont une construction dynamique d'éléments sémantiques (ex : sujet de conversation) et contextuels (ex : ton de la voix) et non une simple information stockée à l'image d'un disque dur. Ils ne sont pas fixes mais reconstruits en permanence, ne conservant que peu d'éléments originaux⁽¹⁰⁾. La répétition de versions légèrement différentes du souvenir l'altère de façon inconsciente⁽¹⁵⁾. Cependant il faut admettre que ce qu'une personne nous dit au moment où des questions lui sont posées correspond à sa vérité. De façon très générale, il est admis qu'une situation émotionnelle même modérée entraîne une meilleure mémorisation qu'une situation neutre, car les émotions ont souvent un effet motivateur sur les activités cognitives. Plus un souvenir est traumatique, négatif et plus sa consistance et son exactitude sont conservées avec le temps⁽¹⁶⁾. Il semblerait que la surprise associée aux émotions augmente la vigilance ainsi que l'attention au moment de l'évènement permettant une meilleure conservation de ce dernier, en relation avec une activation progressive de l'amygdale et de l'hippocampe. En revanche, si l'intensité émotionnelle devient trop forte la consolidation du souvenir est perturbée en raison d'une inhibition des deux structures évoquées précédemment comme c'est le cas dans le syndrome de Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT)⁽¹⁶⁾.

Le risque de chute fait partie intégrante de la vie de la PA et augmente leur fréquence⁽¹¹⁾. Ces chutes ont des conséquences sur le plan physique, psychologique et social des séniors, avec un risque de perte d'autonomie pouvant aller

jusqu'au décès. La chute a un fort impact sur les coûts de santé et la qualité de vie des PA. C'est l'une des causes majeures d'institutionnalisation et d'accident dans les EHPAD. C'est dans ce contexte que cette étude s'est intéressée aux souvenirs de la chute chez la PA, l'installation de la peur de chuter ainsi que ses conséquences et l'interaction qui peuvent exister entre souvenir et peur. L'hypothèse était que les souvenirs de la chute augmentaient la peur de chuter. L'objectif était de définir s'il existe un lien entre le souvenir et la peur de chuter et de comprendre comment ces deux éléments pouvaient interagir.

MÉTHODE

Population

Cette étude s'est intéressée aux PA de plus de 65 ans, ayant fait au moins une chute après cet âge et présentant une peur de chuter, sans TNC majeur et résidant en EHPAD. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1	
Critères d'inclusion et d'exclusion	
Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 65 ans • Résident en EHPAD • Au moins une chute après 65 ans (vérification dossier et/ou équipe soignante) 	<ul style="list-style-type: none"> • < 10 au MoCA. • < 20 au FES-I • Chute entre l'inclusion et le passage des entretiens • Décès

Outils d'évaluation

Le MoCA est un questionnaire sur 30 points qui évalue l'état cognitif du patient par l'intermédiaire de plusieurs tâches. Entre 25 et 30 points, la personne est considérée comme n'ayant pas d'atteinte cognitive et pour les scores inférieurs à 10 l'atteinte cognitive est sévère⁽¹³⁾.

Le questionnaire FES-I^(8,9), validé en français⁽¹⁷⁾ a pour objectif d'évaluer la peur de chuter. Dans sa version normale il est composé de 16 questions. Pour chacune d'elle le patient doit choisir une réponse parmi quatre propositions valant chacune de 1 à 4 points. L'ensemble des réponses sont ensuite additionnées pour donner un score sur 64. Ce résultat permet de classer le patient dans un des trois groupes suivants: [de 16 à 19 points] faiblement inquiet de chuter; [de 20 à 27 points] modérément inquiet de chuter; [de 28 à 64 points] grande inquiétude de chuter⁽¹⁸⁾. Lors de cette étude, les feuilles des tests MoCA et FES-I ainsi qu'un questionnaire patient ont été utilisées au cours de la phase d'inclusion.

Un guide d'entretien, a été réalisé afin de cibler les thèmes qui devaient être étudiés. Il présentait d'un côté les items

recherchés par l'enquêteur et de l'autre les questions posées lors de l'entretien. Après sa rédaction il a été soumis pour modification à un panel d'experts. Les items de chacun des trois thèmes développés lors des entretiens sont présentés dans le Tableau 2. L'ensemble des questions en caractères gras ont été posées. Il y avait également des relances que l'enquêteur pouvait utiliser ou non. L'enquêteur pouvait également poser des questions qui ne se trouvaient pas dans le guide lors de l'entretien.

Réalisation des entretiens

Après information (sur l'enregistrement, l'utilisation et l'anonymisation des données ainsi que la possibilité de faire une pause pendant l'entretien et de se retirer à tout moment de l'étude pour le participant) et signature d'une feuille de consentement, des entretiens semi-directifs en face à face ont été réalisés par le kinésithérapeute responsable de l'étude. Des enregistrements audios des séances ont été réalisés ainsi que des notes de la communication non verbale ou autre information qui paraissait importante à l'enquêteur. L'entretien a débuté en demandant au participant de raconter ses souvenirs concernant sa dernière chute puis le kinésithérapeute a poursuivi l'entretien en suivant le guide. A la fin de chaque entretien l'enquêteur remerciait le participant pour le temps qu'il avait accordé à l'étude et la richesse des données qu'il avait pu fournir. L'enquêteur demandait également au participant s'il avait tout dit et s'il ne voulait pas ajouter autre chose⁽¹⁹⁾.

Traitement des données

Dans un premier temps, les propos du participant et de l'enquêteur ont été retranscrits sur un fichier Word mot à mot et en intégrant la communication non verbale (sourire, rire, pleurs...) ainsi que les émotions qui s'en dégageaient: les pauses, répétitions etc.^(20, 21). Seules les informations compromettant l'anonymat du participant ont été modifiées. Seules les histoires de vie singulières des participants les rendent identifiables. Pour l'analyse des retranscriptions, la méthode de Martine Lani-Bayle a été utilisée, soit surligner le texte avec trois couleurs correspondant à trois niveaux de discours⁽²²⁾:

- **F1**: les faits
- **F2**: les émotions
- **F3**: la réflexion

Un seul codeur s'est chargé de relire l'ensemble des paroles en surlignant chaque phrase de l'interviewé avec une couleur associée à la catégorie à laquelle elle appartient comme décrit précédemment⁽²³⁾. Par la suite, des tableaux pour chaque participant ont été réalisés avec, dans une colonne, les verbatims du participant et de l'autre les interprétations faites par l'enquêteur. Cela a permis de déterminer des thèmes principaux et secondaires cette fois communs à l'ensemble des participants afin d'organiser les résultats.

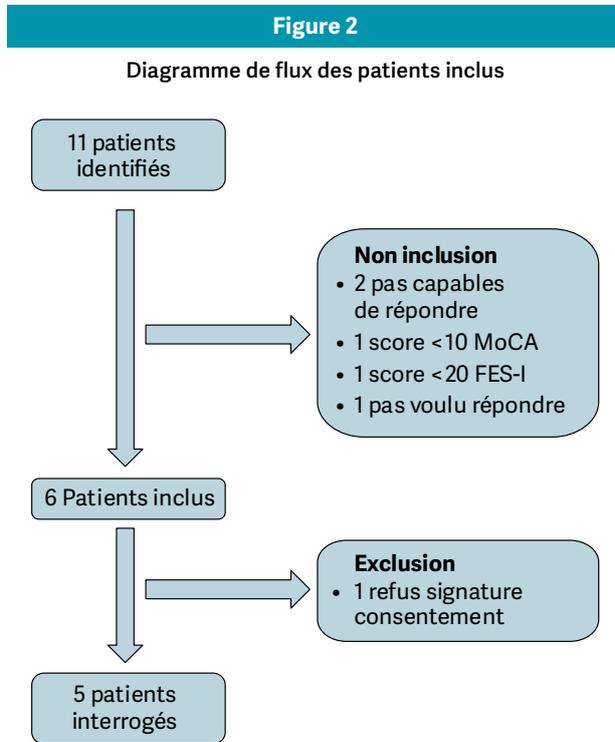
Tableau 2

Guide d'entretien

Thème 1: Les souvenirs de la chute	
Items	Questions/Relances
<ul style="list-style-type: none"> Contexte Émotions (positives/négatives; forte/faibles) Localisation Temporalité 	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous me raconter comment vous êtes tombé la dernière fois? Pouvez-vous préciser le contexte, où, quand ça s'est passé? D'autres détails vous ont-ils marqués?
<ul style="list-style-type: none"> ± de détails Maintien Récurrence des pensées 	<ul style="list-style-type: none"> Comment évolue ce souvenir avec le temps? Pensez-vous encore souvent à cela? Régulier/souvent ou Rare/épisodique Quels sont les éléments qui vous reviennent le plus souvent?
<ul style="list-style-type: none"> Flash Perturbation de sa vie quotidienne Représentations Reviviscence 	<ul style="list-style-type: none"> Aujourd'hui quel rôle joue ce souvenir dans votre vie de tous les jours? Comment intervient-il dans votre vie? Pouvez-vous me donner des exemples de votre vie quotidienne?
<ul style="list-style-type: none"> Qualité Evolution par rapport à avant Confiance 	<ul style="list-style-type: none"> Comment qualifieriez-vous votre mémoire aujourd'hui? Comment évolue-t-elle ces derniers temps? Quelle confiance accordez-vous à votre mémoire aujourd'hui?
Thème 2: La peur de chuter	
Items	Questions/Relances
<ul style="list-style-type: none"> Présente avant/après chute Facteurs majeurs de l'apparition 	<ul style="list-style-type: none"> Selon vous, comment est apparue votre peur de chuter? Est-elle apparue avant ou après la chute?
<ul style="list-style-type: none"> Peur > ou < avec le temps Facteurs influençant la peur 	<ul style="list-style-type: none"> Comment cette peur a-t-elle évoluée avec le temps? Quels sont selon vous les facteurs qui ont fait augmenter/diminuer votre peur?
<ul style="list-style-type: none"> Image de Soi Douleurs Activités/rôle social Humeur 	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous me décrire le changement de votre état physique, psychologique ou social entre avant et après l'apparition de cette peur.
<ul style="list-style-type: none"> Changements d'habitudes Incapacités Moral Syndrome post-chute 	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les impacts de cette peur sur votre vie quotidienne? Pouvez-vous me donner des exemples concrets de votre vie quotidienne?
<ul style="list-style-type: none"> Interaction → Oui/Non Peur influence souvenir et/ou inversement Émotions Cercle vicieux 	<ul style="list-style-type: none"> Quelle place prennent vos souvenirs dans votre peur de chuter? En sont-ils la cause encore aujourd'hui?
Thème 3: Ouverture réflexive	
Items	Questions/Relances
<ul style="list-style-type: none"> Souvenir de la dernière chute Peur Émotions Refus 	<p>Si on imagine que là je vous demande de vous déplacer dans un couloir sans rambarde avec beaucoup d'obstacles, de personnes autour etc. À quoi pensez-vous?</p>

RÉSULTATS

Au cours de cette étude, Cinq personnes provenant d'un EHPAD situé en Seine-Saint-Denis (F) ont pu être inclus et participer à cette étude comme expliqué Figure 2. Les données morphométriques des participants sont présentées dans le Tableau 3.



L'évènement chute

Pour l'ensemble des résidents interrogés, la chute était une surprise. Elle survenait à un moment où la personne ne s'y attendait pas « Bah oui j'ai dit " qu'est-ce qui m'arrive ? " » comme le dit la participante 2. Cette surprise pouvait créer une incompréhension de l'évènement poussant la PA à se demander ce qu'il s'était passé et s'il n'y avait pas quelque chose de plus grave ayant provoqué la chute. « Je me dis est-ce que c'est que j'ai fait un une attaque » énoncé par le participant 5. Le manque de souvenirs précis et l'incompréhension de l'évènement pouvait pousser la PA à se poser des questions sur son état de santé. En plus de la surprise, la chute était un évènement très angoissant pour la majorité des patients. Tout d'abord, les PA se sentaient souvent démunies, elles n'avaient pas d'autres choix que d'attendre

les secours, comme le dit le participant 1 en accord avec les autres participants: « Je pouvais pas faire grand-chose, je pouvais pas bouger ». Un autre facteur important était l'angoisse liée à la potentielle aggravation de la situation déjà précaire dans laquelle ils se trouvaient. Cette angoisse était amplifiée par l'impossibilité d'agir sur sa propre situation. C'était en lien avec l'un des facteurs qui semble le plus marquer l'évènement de la chute: l'attente de l'aide. Pour l'ensemble des patients, l'attente était interminable. Lors de l'attente, le participant 4 exprimait un sentiment d'urgence: « Pourvu qu'elles reviennent bientôt ! ». L'évènement pouvait être plus ou moins empreint d'émotion en fonction des patients. Les participants 3 et 4 exprimaient moins d'émotion par rapport à cet évènement que les autres. La troisième participante semblait particulièrement détachée de cet évènement puisque qu'elle l'avait vécu « comme une chute ». Cela contrastait avec les récits des participants 1, 2 et 5, beaucoup plus personnels et remplis d'émotions.

Les changements liés à la chute

Après une chute, la PA se retrouvait confrontée aux limites de son corps vieillissant. Le participant 4 était un bon exemple car il était tombé de nombreuses fois et s'était déconditionné au fur et à mesure. Au moment de l'interview, il passait ses journées dans son fauteuil roulant dont il était prisonnier. Ce que vivait ce patient était partagé sous certains aspects avec les autres participants: la chute les rendait dépendants et leur faisait perdre une partie de leur autonomie, de leur liberté, « avant je pouvais aller faire pipi tout seul, mettre mon pantalon tout seul, retirer ma chemise tout seul mais c'est des fois pas le cas ». Un aspect fréquemment retrouvé était la rupture de l'image de soi. Lorsque la PA comparait sa vie actuelle à celle avant la chute, c'était un choc. La participante 2 semblait différencier la personne qu'elle était juste après la chute et celle qu'elle était au moment de l'interview, après sa rééducation. De plus elle était assez virulente vis-à-vis de la personne qu'elle était en nous disant: « j'aime pas le reflet de ce que j'avais avant », la notion de « fardeau » apparaissait, car la PA avait peur de devenir un poids pour son entourage en lien avec sa dépendance.

Deux phrases concernant les conséquences de la chute ont été particulièrement intéressantes. La première a été prononcée par le premier participant: « je suis plus en sûreté maintenant que je suis tombé » et la seconde par la deuxième participante: « Bah je me sens plus... Oui je me sens plus forte ». La chute était également capable de renforcer la PA. Ceci s'expliquait, selon les patients, par la mise en place de nouvelles stratégies pour éviter la chute et d'une attention accrue. La chute était prise comme une mise en garde, la PA apprenait de ses erreurs et faisait plus attention.

Tableau 3

Données morphométriques des participants

Participant-e-s	Âge	Score MoCA (0-30)	Score FES-I (16-64)	Nombre estimé de chutes	Temps dans l'établissement
1	77	19	27	8	< 1 an
2	82	17	25	2-5	1-2 ans
3	92	18	24	1	6 ans
4	91	14	44	5-10	4 ans
5	92	18	48	1	2,5 ans

Les souvenirs de la chute

Dans l'ensemble, le contexte de la chute était plutôt bien décrit même si les participants n'arrivaient pas toujours à expliquer pourquoi ils étaient tombés. Ils ont été émotionnellement très marqués par cet évènement ce qui transparaissait dans leur récit. Seule la participante 3 n'avait donné que peu de détails et n'avait pas réellement cité d'évènement précis mais plus fait une synthèse de l'ensemble de ses chutes. Dans son discours il n'y avait que très peu d'émotion, elle semblait très détachée de ces évènements. Le fait que la chute ne marque que peu la PA notamment sur le plan émotionnel semble ne laisser que des souvenirs superficiels de l'évènement. Les souvenirs sont en lien avec des notions déjà évoquées concernant les conséquences de la chute. La méfiance et l'attention développées après un tel accident reposaient notamment sur les souvenirs. Après la chute le participant 1 utilisait ses yeux comme un radar pour identifier son environnement et grâce aux souvenirs il identifiait les éléments qui pouvaient causer une chute. Ceci était également vécu par la deuxième participante: «*Bah de regarder bien les choses en face pour voir s'il y a pas quelque chose qui traîne pour me faire tomber, ça c'est sûr*». À l'inverse, la troisième participante n'ayant que peu de souvenirs de ses chutes, n'y faisait pas attention. Ces témoignages opposés mettent en évidence un potentiel lien entre les souvenirs et la peur de chuter dans un sens et dans l'autre (peu de souvenir/peu de peur et plus de souvenirs/plus de peur). Il y a un emploi des souvenirs pour maintenir les activités chez les participants qui en avaient.

La peur au quotidien

De façon générale, la peur apparaissait ou du moins s'installait réellement dans la vie de la PA après la chute. Seule la participante 5 était déjà très anxieuse vis-à-vis de la chute avant de tomber. Cela était lié au fait que sa mère l'ait toujours mise en garde et que cette dernière soit décédée des suites d'une chute. La peur n'était pas constante chez les participants 3 et 4. Cependant ces deux patients s'exposaient très peu au risque de chute. Le participant 4 restait tout le temps dans son fauteuil, la participante 3 ne se déplaçait que très peu et n'exprimait pas une grande peur dans l'interview. À l'inverse, chez la participante 5 la peur était omniprésente dans ses déplacements: «*quand je bouge, chaque fois que je bouge, bah je vais aux toilettes je vais par là je vais par là j'ai toujours peur de tomber toujours*». La peur poussait donc la PA à moins s'exposer au risque de chute. Pour cela elle limitait ses déplacements et donc ses activités. Cette peur pouvait être modulée, réduite lorsque la PA se tenait ou utilisait son déambulateur lors de ses déplacements. D'autres éléments ont pu être identifiés au cours des entretiens comme des modérateurs de cette peur. La présence de personne de confiance permettait de la diminuer. Dans le cas du premier participant, certaines activités n'étaient réalisées qu'avec la présence d'autrui. Au cours des entretiens une mise en situation a été réalisée pendant laquelle le patient devait s'imaginer dans une situation à risque de chute et décrire ce qu'il pourrait ressentir. Un dernier modérateur de la peur, apparu lors de cette partie de l'entretien, avait pu être identifié: l'urgence de porter secours à quelqu'un. La participante 5 allait même jusqu'à dire qu'avec l'urgence elle pensait qu'elle ne ressentirait pas de peur: «*Je sais pas si je ressentirais la peur non je ne crois pas*». Au cours des entretiens, certains patients n'ont pas forcément voulu utiliser le mot peur ou minimiser l'impact pourtant majeur qu'elle pouvait avoir sur leurs vies.

DISCUSSION

Interprétation des résultats

Au cours de ces entretiens, il a été observé que la chute vécue par la PA est un évènement complexe. La chute se vit, se ressent, elle est teintée d'émotions, de surprise et souvent d'angoisse et de douleur. Les données recueillies concernant la chute sont bien associées à celles obtenues par Piot-Ziegler et al en 2007⁽²⁴⁾. L'incapacité de comprendre la cause de la chute est fréquemment retrouvée ce qui atteint la confiance en soi et remet en cause l'état de santé de la PA. Elle doit être comprise par l'impact physique, mais également psychologique au moment de la chute et surtout par ses conséquences sur la vie du patient. De nombreuses études ont pu montrer les conséquences de la chute sur le quotidien des PA^(5,24,25). Il est fréquemment retrouvé dans la littérature un certain schéma/cercle vicieux des conséquences de la chute^(5,24,25) comme présenté dans la Figure 1. Il est connu qu'un haut niveau d'activité est corrélié négativement avec la dépression, l'anxiété, la peur de chuter et la restriction d'activité^(26,27). Les professionnels de santé devraient à tout prix maintenir l'activité chez les PA en général et plus particulièrement chez les patients chuteurs. Cela pourrait notamment passer par l'utilisation des stratégies d'attention développées par les patients comme retrouvées dans cette étude.

Les données recueillies dans cette étude étaient largement en accord avec le schéma présenté dans la Figure 1. Cependant une notion très importante est absente, c'est la notion d'apprentissage. En effet, il avait été assez surprenant que certains des résidents aient confié être plus en sécurité après leur chute. Ce sentiment est lié à l'ensemble des stratégies mise en place de façon autonome et plus ou moins consciente afin de diminuer le risque de tomber à nouveau. Ces adaptations sont majoritairement une augmentation de l'attention et de la lenteur⁽²⁴⁾. De plus, ces résultats contrastent avec ceux de l'étude de Fromage de 2005 qui comparait le discours (très dépréciatif) de patients chuteurs par rapport à ceux qui n'avaient pas expérimenté la chute⁽⁵⁾.

L'étude de Eustache et al., 2017, caractérisait le TSPT par la manifestation de 4 symptômes essentiels (le syndrome de répétition, le syndrome d'évitement, l'altération négative de la cognition et de l'humeur et l'hyperactivité neurovégétative) qui ont pu être retrouvés au cours des entretiens⁽¹⁶⁾. Il est à noter qu'ils ont été peu retrouvés chez la participante 3 qui ne décrit que peu de souvenir, d'émotions et de peur. Il est donc possible que plus une chute s'inscrit dans le cadre du syndrome de TSPT, plus la PA est marquée émotionnellement, ses souvenirs s'ancraient profondément et la peur de chuter se développant plus intensément. L'analyse des différents entretiens a conforté l'hypothèse que les souvenirs étaient impliqués dans la peur de chuter en lien avec le TSPT. A noter que la première hypothèse qui a associé les conséquences de la chute au TSPT date de 2009, formulée par Chung et al. D'autres études ultérieures se sont intéressées à la possibilité de développer un TSPT à la suite d'une chute dans la population gériatrique. L'étude de Bloch et al., 2014 sur l'anxiété et le risque de développer un TSPT à la suite d'une chute chez des patients âgés de plus de 75 ans a révélé que ce syndrome se développait dans 26% des cas⁽²⁸⁾. Malgré un faible échantillon, cela indique que les conséquences de la chute peuvent être un TSPT complet ou partiel.

Limites et perspectives d'amélioration

La taille de l'échantillon est un élément majeur lors d'une étude, mais en recherche qualitative le phénomène de saturation qui en découle (c'est-à-dire que les entretiens supplémentaires n'apportent pas de nouveaux éléments) est plus important. Le nombre de sujets recrutés est relativement faible mais il semble que la saturation soit proche puisque lors du dernier entretien les nouvelles données apportées n'étaient pas significatives. Quelques nouveaux entretiens auraient pu être intéressants afin de s'assurer de l'atteinte du phénomène de saturation. Au sein de notre échantillon nous avons pu observer une importante hétérogénéité au niveau des capacités de déambulation ce qui a impacté les réponses des résidents. Pour les futures études, il pourrait être intéressant de rediscuter des critères d'inclusion et d'exclusion afin d'avoir une cohorte plus homogène tout en conservant de la diversité nécessaire à ce type de recherche. Des limites quant à l'utilisation du FES-I ont également pu être identifiées. En effet, ce questionnaire se base sur des activités de la vie quotidienne qui ne sont, dans la majorité des cas, plus effectuées par les résidents. Ceci pose donc la question de la représentativité de ces résultats. De plus, lors de l'étude il n'a pas été demandé expressément, ni récolté d'informations sur l'ancienneté de la dernière chute. Sachant que la peur de chuter diminue linéairement avec le temps⁽²⁶⁾ et que les souvenirs deviennent moins précis à mesure que l'évènement s'éloigne du présent⁽¹⁵⁾, il est logique qu'une personne qui a chuté il y a un an ait moins de souvenirs et de peur qu'une personne qui a chuté deux semaines auparavant. De même être témoin de la chute d'une personne pourrait influencer la peur d'un participant. Le guide d'entretien est l'un des éléments centraux de l'entretien semi-directif, sa pertinence conditionne la qualité finale de l'étude. Même si les questions ont été laissées les plus ouvertes possibles, certaines questions comme : « Aujourd'hui quel rôle joue ce souvenir dans votre vie de tous les jours ? » semblent trop orientées vers ce que l'étude voulait prouver.

CONCLUSION

Les chutes chez les PA touchent donc l'ensemble de leur vie c'est pourquoi l'intégralité des conséquences physiques, psychologiques et sociales doivent être prises en compte. La peur de chuter peut être présente avant la chute mais également apparaître ou être amplifiée par une chute. Les souvenirs par le prisme des émotions semblaient être un facteur majeur dans l'installation de cette peur mais également dans les modifications de comportement. Il est apparu que le syndrome TSPT était un facteur important dans l'explication de ce lien qu'il serait bon d'étudier dans de futurs travaux. Les conséquences psychologiques et le risque pour les patients chuteurs d'entrer dans un cercle vicieux impliquent une pratique humaine, empathique, basée sur le maintien de la qualité de vie, de l'autonomie et des activités des PA. Une approche par l'histoire de vie récente et le dialogue permettrait de travailler la mémoire, mais aussi sur les émotions, notamment en dédramatisant l'évènement. Notions qui seraient à développer dans de prochaines études.

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

- La prise en charge de la chute nécessiterait une prise en charge des conséquences physiques mais également psychologiques et sociales.
- La présence d'un trouble de stress post traumatique semblerait être un facteur explicatif des conséquences des chutes
- Une approche par le dialogue semblerait tout aussi pertinente et complémentaire que les thérapeutiques physiques

Contact

Tom Decorce : tom.decorce@gmail.com

Yann Strauss : y.strauss.enkre@gmail.com

Références

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Thelot B, Lasbeur L, Pedrono G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Numéro thématique. Vieillesse et fragilité : approches de santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/la-surveillance-epidemiologique-des-chutes-chez-les-personnes-agees-numero-thematique-vieillesse-et-fragilite-approches-de-sante-publique>
3. Podvin-Deleplanque J, Dreuil D, Huvent D, Puisieux F. Prévention des chutes en EHPAD. La Revue de Gériatrie. 2015;8.
4. OMS. Les chutes (2021) [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
5. Fromage B. Représentation de soi chez des sujets âgés chuteurs et non chuteurs. L'Encéphale. 2005;31(5):601-8.
6. Lee TH, Kim W. Is fear of falling and the associated restrictions in daily activity related to depressive symptoms in older adults? Psychogeriatrics. 2021;21(3):304-10.
7. Najafi Ghezlicheh T, Ariapour S, Jafari Oori M. Epidemiology and Relationship of Fall and Fear of Falling in the Elderly Residing at Kamrani Nursing Home, Tehran, Iran. Iranian Journal of Ageing. 10 2016;10(4):152-61.
8. Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen G, Piot-Ziegler C, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). Age Ageing. 2005;34(6):614-9.
9. Delbaere K, Close JCT, Taylor M, Wesson J, Lord SR. Validation of the Iconographical Falls Efficacy Scale in cognitively impaired older people. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68(9):1098-102.
10. Fortin-Girard A. Évaluation de l'effet de faux souvenirs en vieillissement normal : validation de scores composites des fonctions temporelle médiane et frontale et contribution aux hypothèses théoriques. 2015. Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12360>
11. Patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2906096/fr/patients-presentant-un-trouble-neurocognitif-associe-a-la-maladie-d-alzheimer-ou-a-une-maladie-apparentee
12. Salthouse TA. Trajectories of normal cognitive aging. Psychol Aging. 019;34(1):17-24.
13. Nasreddine ZS, Patel BB. Validation of Montreal Cognitive Assessment, MoCA, Alternate French Versions. Canadian Journal of Neurological Sciences. 2016;43(5):665-71.
14. Piolino P, Martinelli P, Viard A, Noulhiane M, Eustache F, Desgranges B. Physiopathologie de la mémoire autobiographique dans le vieillissement : distinction épisodique/sémantique, données cliniques et études en neuroimagerie. Biologie Aujourd'hui. 2010;204(3):251-251.
15. Guyard A, Piolino P. Les faux souvenirs : à la frontière du normal et du pathologique. Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement. 2006;

16. Eustache F, Guillery-Girard B, Dayan J. Les liens ténus et complexes entre mémoire et émotions. In *Analysis*. 2017;1(1):32-8.

17. Morgan MT, Friscia LA, Whitney SL, Furman JM, Sparto PJ. Reliability and validity of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I) in individuals with dizziness and imbalance. *Otol Neurotol*. 2013;34(6):1104-8.

18. Delbaere K, Close JCT, Mikolaizak AS, Sachdev PS, Brodaty H, Lord SR. The Falls Efficacy Scale International (FES-I). A comprehensive longitudinal validation study. *Age Ageing*. 2010;39(2):210-6.

19. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*. 2008;204(6):291-5.

20. McIntosh MJ, Morse JM. Situating and Constructing Diversity in Semi-Structured Interviews: Global Qualitative Nursing Research [Internet]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2333393615597674>

21. Whiting LS. Semi-structured interviews: guidance for novice researchers. *Nursing Standard*. 2008;22(23):35-40.

22. Lani-Bayle M. Mettre l'expérience en mots [Internet]. *Chronique Sociale*; 2019. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02272764>

23. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education*. 2006;40(4):314-21.

24. Piot-Ziegler C, Cattelod T, Delefosse MS. Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative. *Bulletin de psychologie*. 2007;Numéro 492(6):515-25.

25. Chen WC, Li YT, Tung TH, Chen C, Tsai CY. The relationship between falling and fear of falling among community-dwelling elderly. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(26):e26492.

26. Schoene D, Heller C, Aung YN, Sieber CC, Kemmler W, Freiberger E. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls? *Clin Interv Aging*. 2019;14:701-19.

27. Schoene D, Heller C, Aung YN, Sieber CC, Kemmler W, Freiberger E. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls? *Clin Interv Aging*. 2019;14:701-19.

28. Bloch F, Blandin M, Ranerison R, Claessens YE, Rigaud AS, Kemoun G. Anxiety after a fall in elderly subjects and subsequent risk of developing post traumatic stress disorder at two months. A pilot study. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(3):303-6.

Hes·so

Unil
UNIL | Université de Lausanne

Se former ensemble pour mieux collaborer !

Master HES-SO/UNIL en Sciences de la santé

Orientations

- Ergothérapie
- Nutrition et diététique
- Physiothérapie
- Sage-femme
- Technique en radiologie médicale



Ouverture des inscriptions
Décembre 2022



hes-so.ch/mscsa