

EDUCATION THERAPEUTIQUE

LA CHUTE CHEZ LA PERSONNE AGEE

EXPERIENCE DE L'HOPITAL DE JOUR CORDIER



*Marie-Ange BLANCHON
Sylvie FAVIER
CHU de Saint-Etienne
Octobre 2015*

La *chute* est un minimum commun retrouvée lors de nombreuses pathologies chroniques gériatriques ; c'est aussi un des éléments du *syndrome de fragilité*.

Selon Clegg 2013

La chute doit être prise en charge rapidement :

De par sa fréquence

19 % chez les plus de 75 ans

25 % chez les plus de 85 ans

De par sa gravité

**1^{ère} cause de décès
accidentel après 65 ans**

Mortalité par chute (2008)

- 9412 décès = 59 % des causes connues de décès par AcVc :

Taux de mortalité standardisé à 11,3 / 100 000 personnes

- 4033 décès
chez les hommes

Taux de mortalité
standardisé à

13,6 / 100 000 personnes

- 5379 décès
chez les femmes

Taux de mortalité
standardisé à

9,6 / 100 000 personnes

Rapport hommes / femmes de mortalité

1,4

Mortalité par chute (2008)

- *Elle est croissante et exponentielle avec l'âge.*

Taux standardisé pour 100 000 personnes

< 44 ans	< 1,4
45 - 64 ans	4,6
65 - 74 ans	13,3
75 - 84 ans	63,3
85 ans et plus	369

*3 / 4 décès par chute surviennent
chez des sujets de 75 ans et plus*

***La chute doit être prise en
charge rapidement sachant
qu'elle va récidiver.***

Récidive de la chute

- *Après une 1^{ère} chute,* près de 50 % des sujets font une nouvelle chute au cours de l'année qui suit.

12 à 15 % des sujets de plus de 65 ans sont victimes de chutes répétées.

- *La chute récidivante ou récurrente :*

Prévalence chutes multiples :

65 - 74 ans : 7 - 9,5 %

75 - 84 ans : 10,5 - 14,3 %

> 85 ans : 13 - 23 %

= Véritable maladie chronique liée à l'âge

La chute doit être prise en charge rapidement :

De par ses conséquences 6 % de fractures graves (col)

**30 à 40 % de désadaptation
psychomotrice (syndrome
post-chute)**

**Restriction d'activités -
entrée en institution**

Pourcentages de chutes compliquées de fractures

Taux de fractures

Tinetti USA 1988

6 %

Nevitt USA 1989

3,1 %

Lipsitz USA 1991

3 %

O'Loughlin Canada 1993

2,5 %

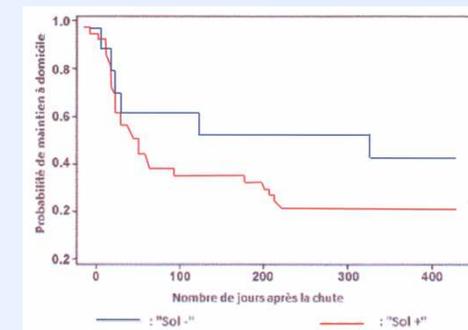
Fracture de l'extrémité supérieure du fémur : La complication grave de la chute

- **1,5 % des séjours en hospitalisation complète chez les plus de 55 ans:
soit 77 300 séjours en 2007
dont 60 % de fractures cervicales vraies**



Conséquences liées à l'immobilisation prolongée au sol

- Après 75 ans, 50 % des chuteurs sont incapables de se relever seul du sol
 - Risque d'hypothermie et de rhabdomyolyse
 - Risque de surinfection pulmonaire
- Témoin d'un état de fragilité préalable
 - Faiblesse musculaire, isolement à domicile, incapacité à gérer un événement stressant
- Probabilité élevée d'une entrée à moyen terme en institution



Tinetti 1993, Bergland 2005, Fleming 2008

Le syndrome post-chute ou syndrome de désadaptation psychomotrice

- = Décompensation des fonctions motrices représentées par la fonction posturale et la marche liée à un trouble de la programmation de posture et du mouvement
- Favorisé par des lésions sous-corticofrontales de la substance blanche (leucoaraïose) et des lacunes des noyaux gris centraux (effet du vieillissement + atteintes neurodégénératives)



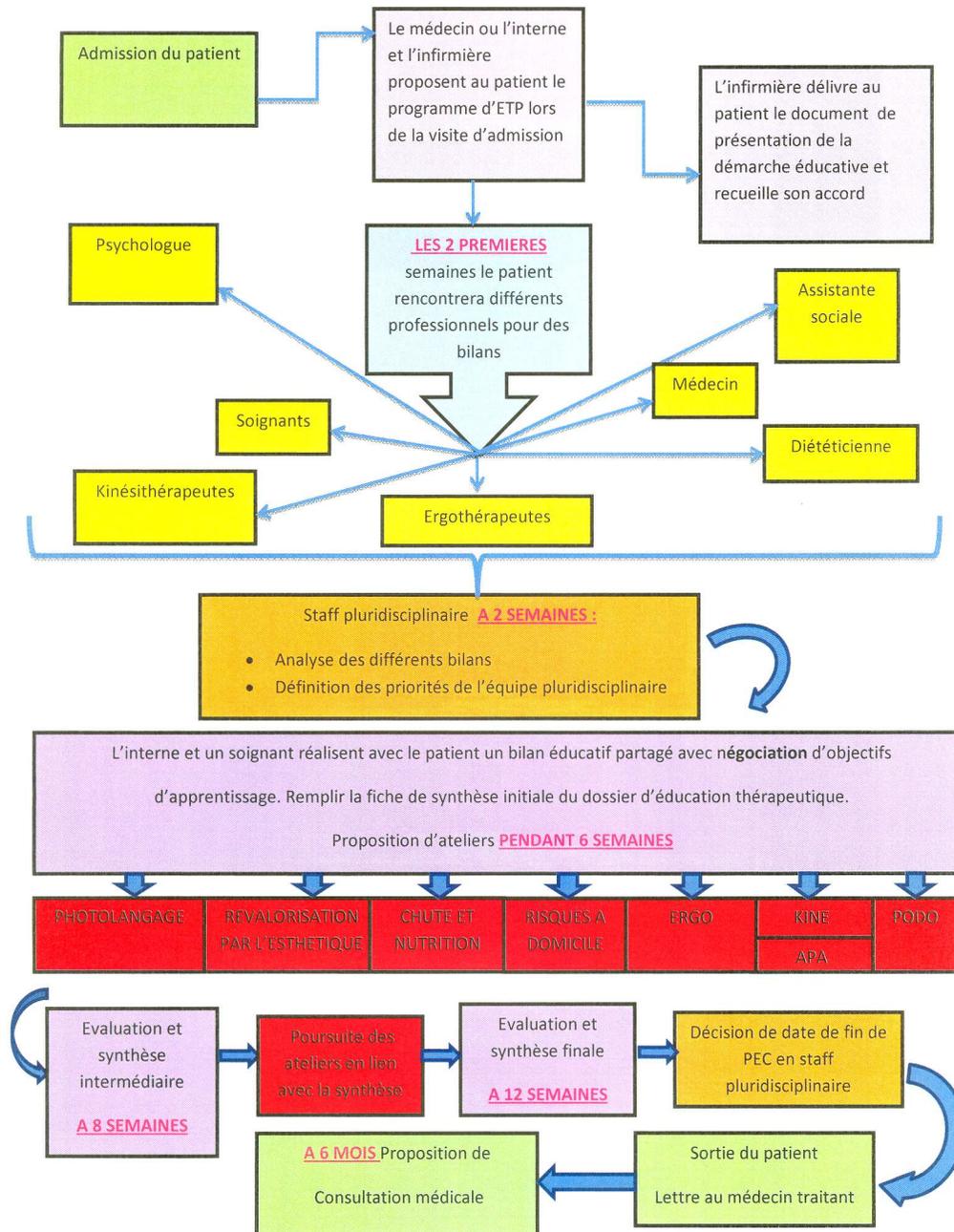
Hôpital de jour Cordier CHU de Saint-Etienne

- 15 places dont 10 places SSR et 5 places MPR neurologique
- Accueil à la journée, 2 jours par semaine
- Moyenne d'âge 85 ans, 2/3 de femmes, 1/3 d'hommes
- Age minimum : 75 ans
- Patients vivant à domicile
- Lien avec domicile (famille, professionnels) : **carnet de liaison**, consultations médicosociales, contacts téléphoniques

**Informé, sensibilisé le patient, son
entourage, son médecin à ce
problème, est une nécessité pour les
impliquer dans le *processus de soin*,
toujours en accord avec le patient.**



Proposition d'un *chemin thérapeutique*
au sein de l'hôpital de jour Cordier pour
une complémentarité dans l'observation,
l'évaluation et le consensus de soin.



Equipe pluridisciplinaire

- Equipe médicale, médecin gériatre et de médecine physique, médecins spécialistes
- Equipe soignante, IDE et aides soignants
- Equipe de rééducation, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicure - podologue, orthophoniste, éducateur physique
- Assistante sociale
- Psychologue, neuropsychologue
- Diététicienne
- Cadres de santé filière IDE et MK

Le recrutement

- **Consultation médecin pôle gériatrique,**
- **SSR et MPR gériatrique et adulte**
- **Médecin traitant généraliste, rhumatologue, ORL et neurologue**
- **Réseau stéphanois AMADIS**

Bilan médical d'évaluation

- **Anamnèse**
- **Interrogatoire**
- **Examen clinique**

- **Pour déterminer les facteurs de risque et leur prise en charge**
- **Echelle de la peur de chuter**
- **Echelle de qualité de vie**



0

1

2

3

4

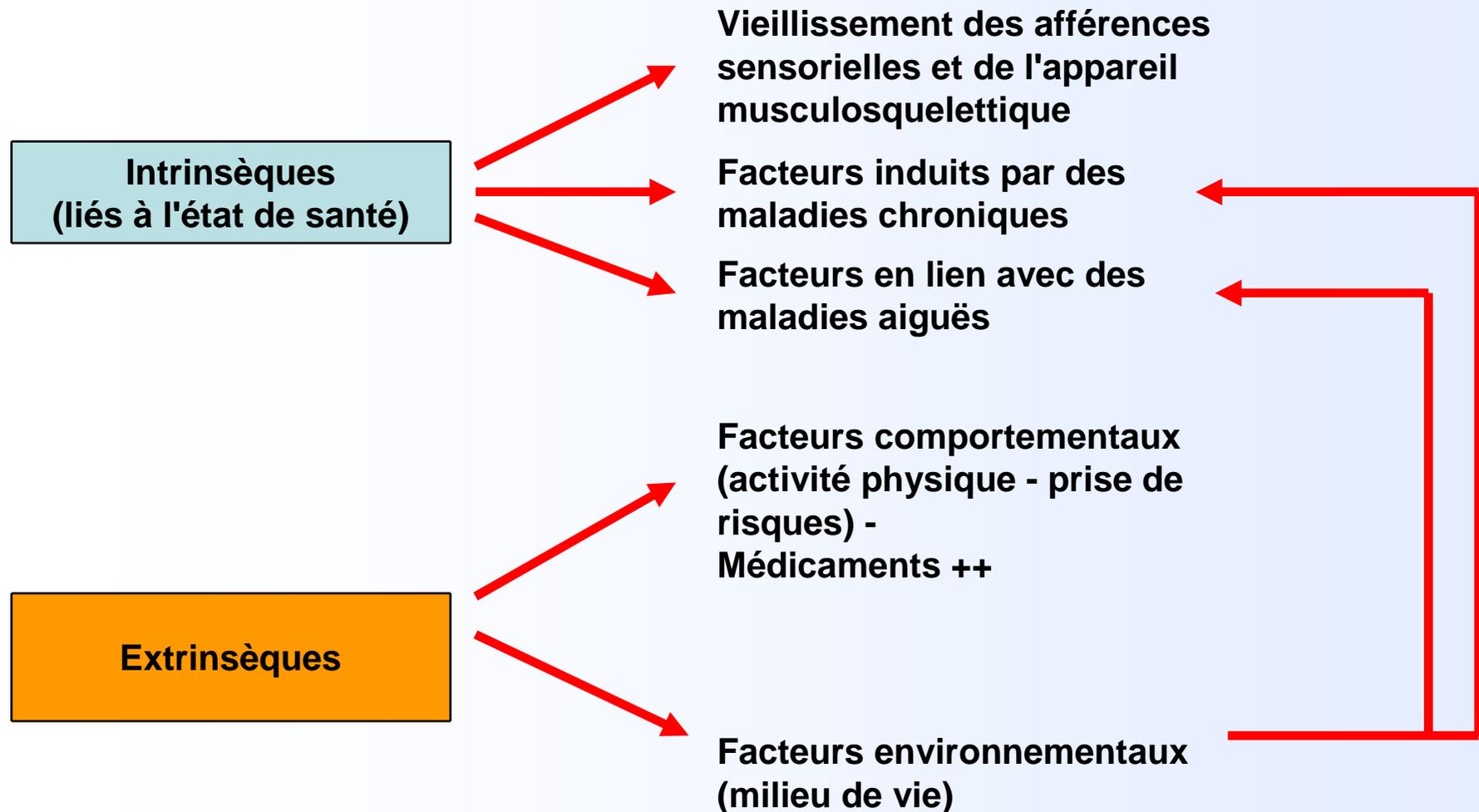
Critères de fragilité de la chute au grand âge

- **Age > 85 ans**
- **Isolement social et risque social (logement inadapté, confinement, maltraitance...), ADL, IADL**
- **Polypathologie invalidante (+ de 4 médicaments)**
- **Perte d'autonomie**
- **Chutes à répétition durant les 6 derniers mois, instabilité à la marche**

- 
- **Déficiences visuelle et/ou auditive mal compensée**
 - **Troubles urinaires**
 - **Dénutrition (MNA)**
 - **Fragilité cutanée**
 - **Troubles cognitifs et/ou dépression à évaluer (MMS, GDS)**

Mécanisme de la chute

Association et interaction de facteurs de risque (> 200 facteurs identifiés)



Lien entre faiblesse musculaire et chute

Méta analyse de Moreland et al JAGS 2004 ; 52 : 1121 - 29

- **Mesure dynamométrique de la force d'extension du genou - Mesure manuelle de la dorsiflexion de la cheville (normale - anormale)**
- **5 levers d'une chaise en 30 secondes (oui - non)**
- **Suivi supérieur ou égal à 1 an**

Si faiblesse musculaire des MI	OR	IC 95 %
1 chute	1,76	1,31 - 2,37
Chutes à répétition	3,06	1,86 - 5,04

3 paramètres de performances physiques permettent d'identifier la fragilité

■ *Vitesse de marche* (meilleur paramètre selon *Y Rolland*)

- Si < 1 mètre / sec -> ↗ mortalité et hospitalisation à 1 an [*Cesair JAGS 2005*]
- Si < 0,65 mètre / sec -> fragilité x 20
- Si < 0,6 mètre / sec sur 4 mètres => incapacité à réaliser 400 mètres de marche

■ *Force de préhension*

- Si < 25 kg -> fragilité x 6

■ *Se relever d'un siège*

- Si < 7 fois en 30 secondes -> fragilité x 24

Abellan Van Kan et al JNHA 2008

Diagnostic étiologique de la chute

Recherche de problème

- Cardiaque
- Neurologique
- Rhumatologique
- Cognitif

- Bilans ciblés, examens complémentaires

Diagnostic éducatif médical

Diagnostic éducatif médical

***Si MMS supérieur ou égal
à 20, consentement remis
au patient pour validation***

Prise en charge soignante de première intention

- Programmation de l'entrée par contact avec les aidants (proches ou professionnels)
- Accueil du patient (+/- accompagnant)
- Recueil d'informations sur le mode de vie et les intervenants à domicile ou contact
- Constitution du dossier de soins
- Consultation médecin / IDE commune
- Bilan d'entrée standardisé ou personnalisé
- Organisation du séjour en fonction de l'évaluation médicale et soignante
- Lien avec les autres intervenants hospitaliers suivant les besoins
- Désignation d'un soignant référent

Bilan soignant

- ***Observation*** sur plusieurs séances (hygiène, tenue vestimentaire...)
- ***Comportement*** au sein de l'unité (adaptation, aptitudes relationnelles, troubles cognitifs et/ou thymiques, indépendance fonctionnelle, alimentation, élimination, observance thérapeutique)

Bilan kinésithérapique

- **Constitution d'un dossier kinésithérapique**
- **Eventuellement contact avec le MK de ville**
- **Bilan standardisé ou personnalisé en relation avec la prescription**
- **Douleur**
- **TMM / TUG / TINETTI / Appui unipodal**
- **Relever du sol**
- **Observation de la marche et des ASM**
- **6 mètres de marche**
- **Bilans articulaire, musculaire ou autres en fonction des besoins**
- **Evaluation de l'utilisation des aides techniques**
- **Affectation d'un MK référent**

Repérer un risque de chute ?



Test unipodal < 5 sec.
(Se : 37 %, Sp : 76 %)



Timed up and go test
>29 sec
(Se : 87 %, Sp : 87 %)
En fait 12 à 14 sec normal



Poussée sternale :
Déséquilibre.
(Se : 38 %, Sp : 94 %)



Sensations de déséquilibres
YO et YF
(Se 17 %, Sp 97 %)



Stop walking when talking test
(Se : 48 %, Sp : 98 %)

Bilan ergothérapeutique

- **Prise en charge sur prescription médicale**
- **Constitution d'un dossier ergothérapeutique**
- **Référent ergothérapeute**
- **Evaluation thymique, loisirs et habitudes de vie**
- **AVQ (transferts, WC, habillage, charges...)**
- **Equilibre, double tâche, charge attentionnelle**
- **Praxies, gnosies, mémoire**
- **Contact avec les aidants**

Bilan neuropsychologique

- **Bilan des fonctions mnésiques et cognitives par une neuropsychologue**
- **Prise en charge individuelle par la psychologue**

Bilan nutritionnel

- **Observation de l'aide soignante lors des repas**
- **Intervention de la diététicienne**

Bilan podologique

- **Si prescription médicale**
- **Etat cutané**
- **Adaptation chaussage en lien avec les autres professionnels**
- **Confection éventuelle de compensations en lien avec les évaluations kinésithérapiques**

Evaluation sociale

L'assistante sociale effectue un diagnostic de la situation de vie, aide à trouver les aides humaines et le financement des aides techniques, en accord avec le patient et son entourage.

Si besoin, évaluation orthophonique

Si prescription médicale

- Langage
- Déglutition (tests et participation aux vidéodéglutitions)

- 
- **Réunions de concertation pluridisciplinaires hebdomadaires pour définir les objectifs, suivre l'évolution des patients et confronter les analyses pluriprofessionnelles**
 - **Un diagnostic éducatif partagé est proposé.**

Les ateliers proposés

- **En groupe ou en individuel suivant le besoin de chaque patient**
- **Ils sont définis à l'issue de la réunion de synthèse en accord avec le patient.**

Atelier Chute et Nutrition

- **4 séances**
- **Infirmière et/ou aide soignante**
- **Diététicienne**
- **Travail en groupe avec photos, documents**
- **Une question est posée à chaque étape.**

Atelier Chute et Médicaments

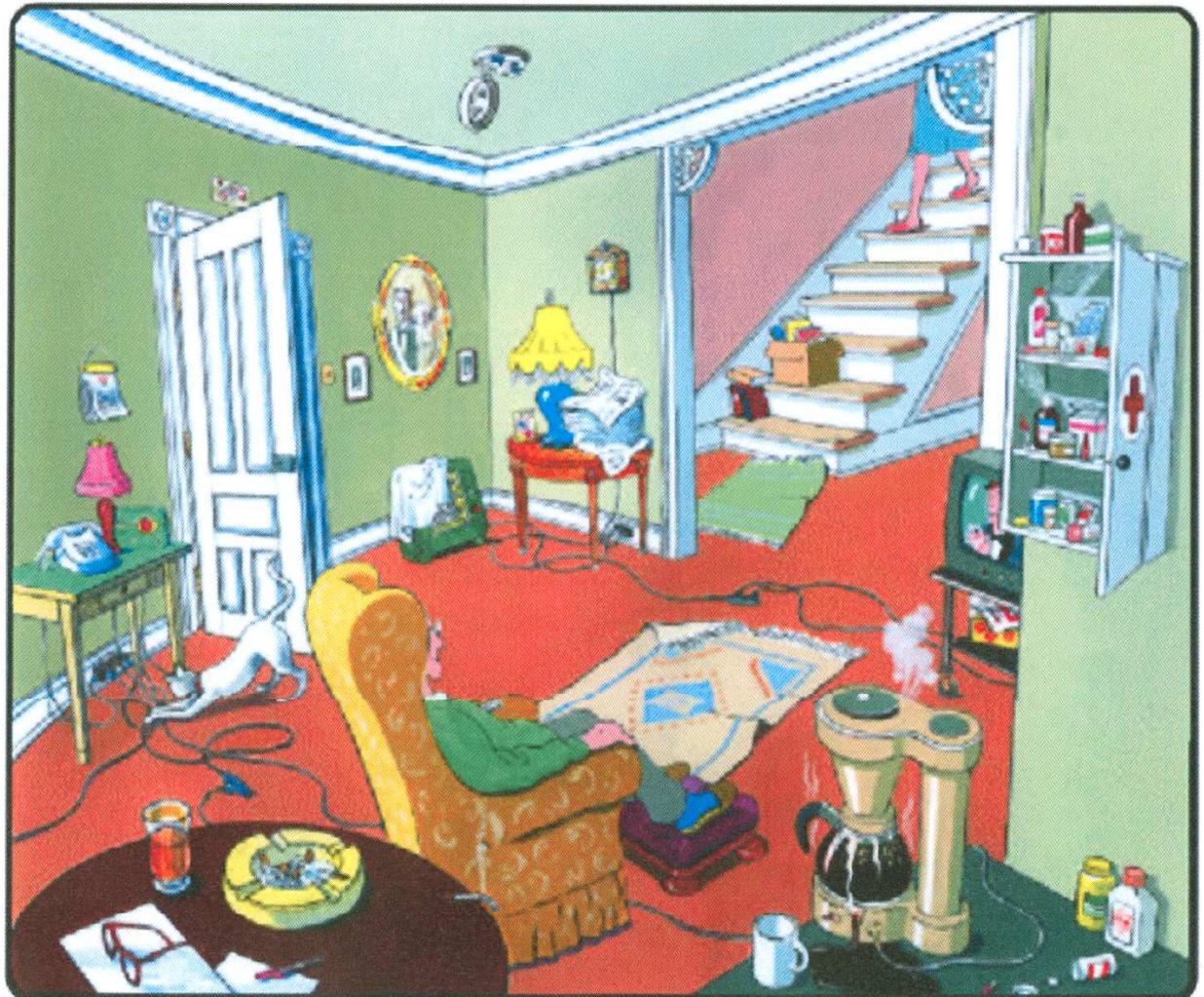
- **4 séances**
- **Interne et/ou médecin**
- **Infirmière**
- **+/- Pharmacien du CHU**

On part de l'ordonnance de chaque patient présent.

Atelier Risques à domicile

- **4 séances**
- **Infirmière ou aide soignante**
- **Ergothérapeute**
- **Prise en charge collective**
- **Méthode METAPLAN (impliquer les patients, favoriser l'échange et la prise de parole)**

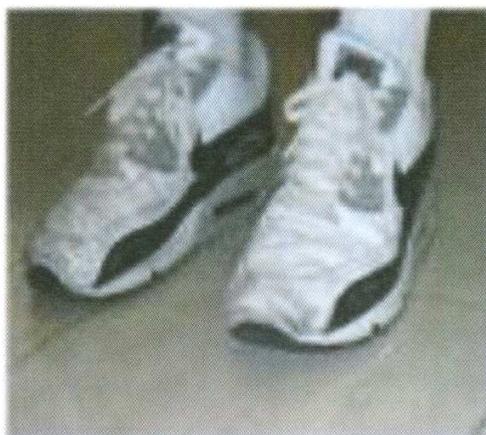
LE LIEU DE TOUS LES DANGERS



LES BONS CHAUSSAGES



Chaussures de ville à talons,
semelle anti-dérapant



Chaussures de sport



LES MAUVAIS CHAUSSAGES



Pieds nus



Chaussage ne prenant pas l'arrière pied (mules,
sabots ou contrefort arrière replié)



Atelier Sorties extérieures

- **4 séances**
- **Kinésithérapeute**
- **Ergothérapeute**
- **Prise en charge collective**
- **Aller au marché, prendre le tramway, parcours accidentés**

Marche en extérieur

Eviter les dangers



Prise en charge du vécu de la chute

- **Atelier : 10 séances**
- **Psychologue + soignant**
- **Importance de la prise en charge
du vécu de la chute**

Le photolangage

Dimension psychologique de la chute

Thèmes abordés

- **Attentes / au groupe ; représentation de l'équilibre, du vieillissement**
- **Bilan de vie, image du corps, points d'étayage internes, groupe familial et liens familiaux, représentations de l'avenir, du devenir**

Patients

- **Absence de troubles cognitifs majeurs (MMS moyen 26 / 30)**
- **Plusieurs chutes dans les 6 mois précédents**
- **En cours de bilan médical**
- **Volontariat, engagement de participation suite à la première séance**

Photolangage



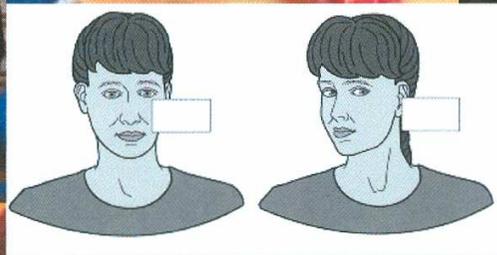
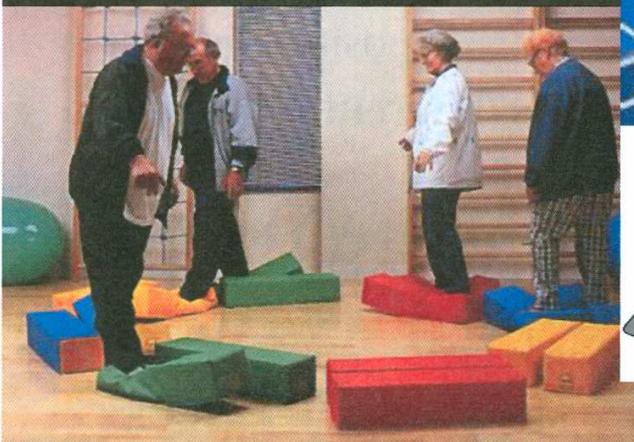
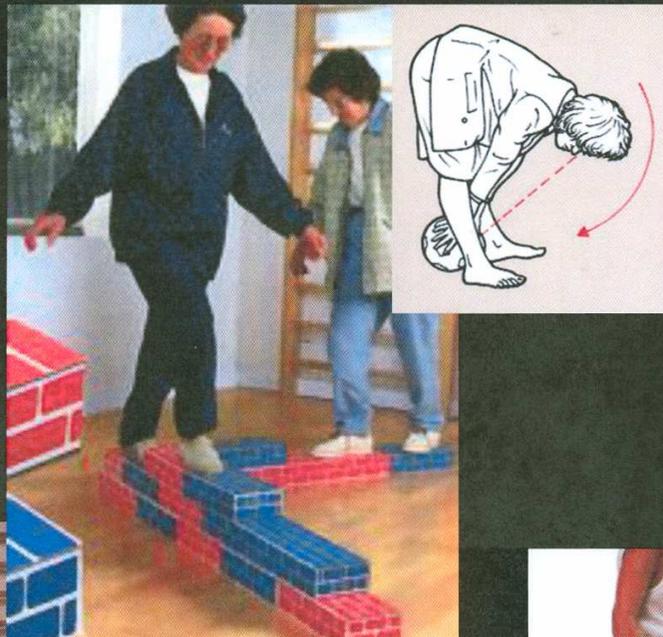
Vécu de la chute

- Utilisation du photolangage (médiation) pour traiter la dimension traumatique de la chute
- Ecouter, "re-narcissiser", créer des liens
- Dispositif d'écoute et de soutien groupal co-animé par une psychologue et un soignant
- Groupe ouvert de 6 à 8 patients en moyenne, sur plusieurs séances, respect de la confidentialité et du non jugement
- Progression propre au groupe, au fil des séances

Atelier Activités physiques

- **En groupe**
- **10 séances**
- **Avec moniteur d'éducation physique**
- **Un document d'auto-entretien est remis au patient pour poursuivre ses séances au domicile.**

Stimulations sensorielles



Prise en charge individuelle

- **En kinésithérapie**
- **En ergothérapie**

Kinésithérapie, remise en confiance, jeux, doubles tâches...



Passage assis - debout : lutte contre la rétropulsion



Kinésithérapie, remise en confiance, jeux, doubles tâches...

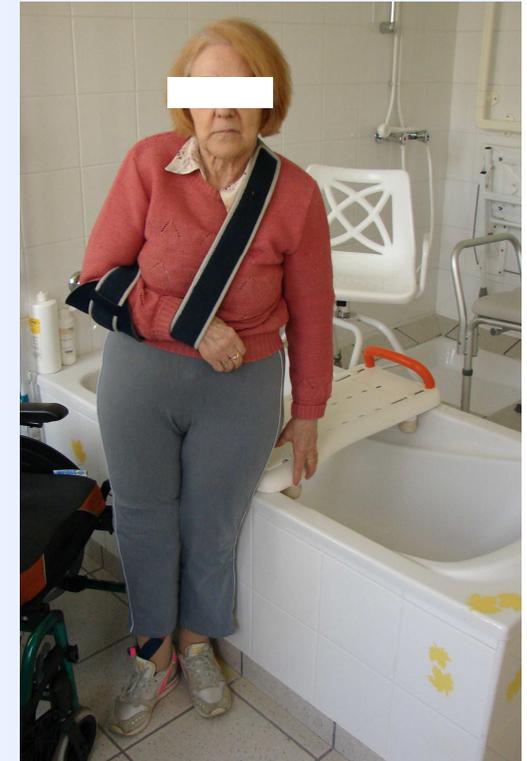


- Le réentraînement à l'effort est important ; il permet d'augmenter la VO2 max.
- Une augmentation de la VO2 max de 3 à 4 ml/kg/mn repousse de 5 ans la dépendance (*Shephard RJ 1991*).
- L'amélioration de la vitesse de marche et de la force motrice diminue les chutes et les conséquences de la fragilité.

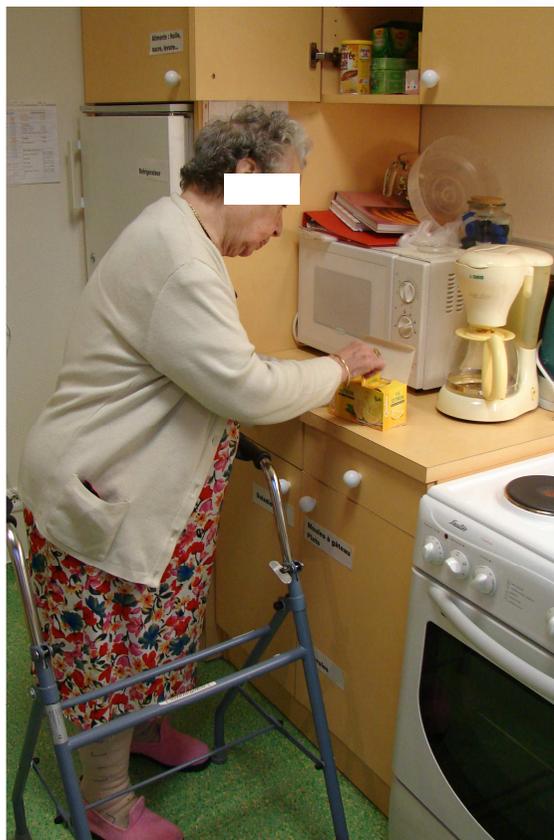
Prise en charge ergothérapique

- En fonction de l'évaluation et des besoins du patient
- Transferts +++ et adaptation
- Aides techniques (fct du patient et des aidants), collaboration inter pro
- Doubles tâches, travail attentionnel en situation
- Sorties extérieures (si besoin)
- **Visite à domicile**
- Explication aux aidants, nécessité d'alliance

Aides techniques, essais, personnalisation



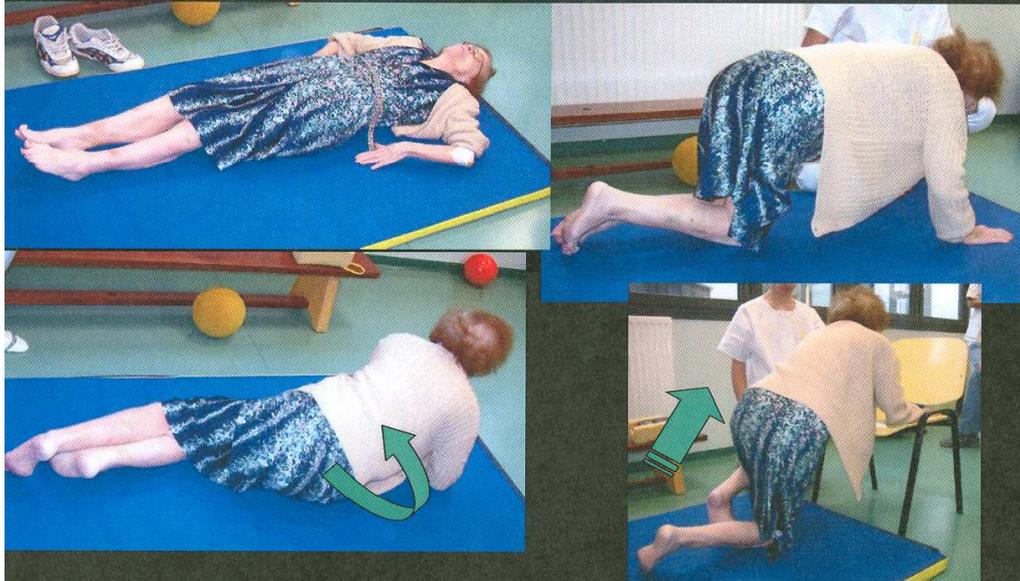
Aides techniques, essais, personnalisation



Atelier Relever du sol

- **En individuel**
- **Kinésithérapeute ou ergothérapeute**

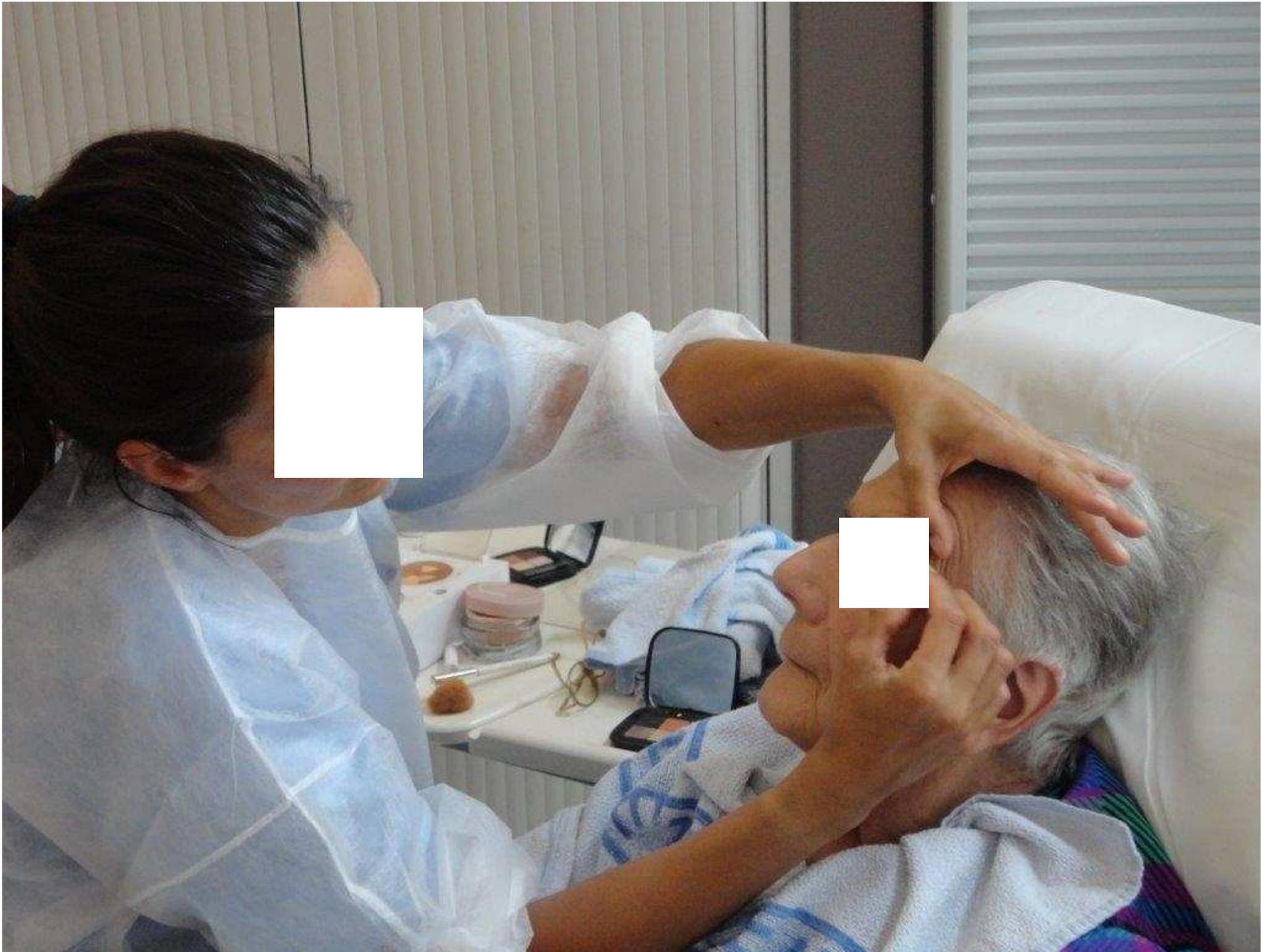
Relever du sol

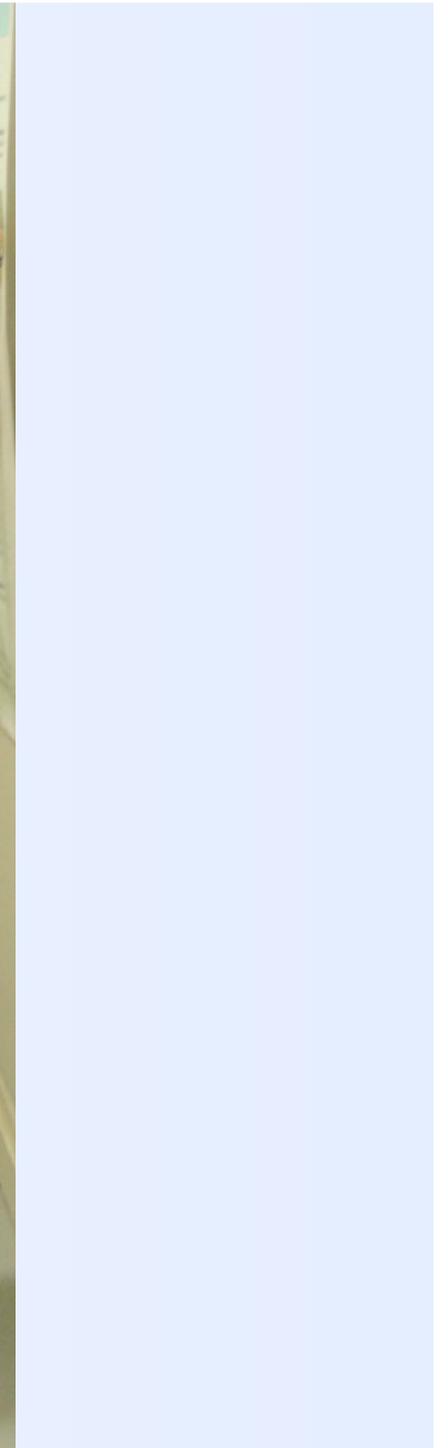


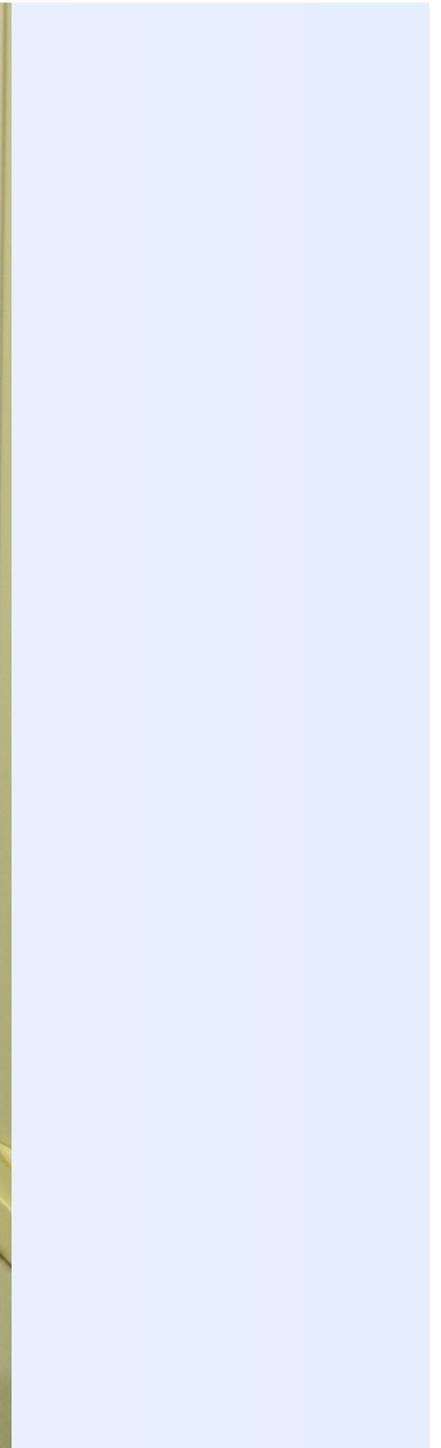
- **Hofmeyer, 2002**: entraînement régulier Résultats modestes mais ++++ diminuer l'angoisse d'être au sol et redonner confiance
- **Passeron, 2005** : amélioration sur deux séances
- **Bart, 2007** : travail en groupe +++, verbalisation, photolangage (CHU)
- **Rimaud, 2007** : 50 % de sujets âgés vivant en institution peuvent de relever, corrélation avec TUGT et AU, temps moyen 25 sec.
- **Lardon, 2007** : relation avec peur de chuter
- Brito, 2013 : souplesse nécessaire

Atelier Esthétique

- **Prise en charge individuelle**
- **Objectifs : revalorisation, confiance en soi**







Evaluations

- **Visite médicale intermédiaire à 6 semaines**
- **Visite médicale de sortie avec vérification des acquis et des changements d'habitudes de vie (nombre de chutes, vitesse de marche)**
- **Peur de la chute**
- **Qualité de vie**

Evaluations

- **Remplissage par le patient du dossier commun ETP**
- **Lettre au médecin traitant avec compte-rendu du séjour**

Evaluations chiffrées

- **50 patients par an sur une file active de 150 patients / année**
- **Thèse en cours pour apprécier l'impact du programme avec l'UTEP**

L'hôpital de jour permet une approche interdisciplinaire. C'est à la fois :

- **Un lieu d'observation**
- **Un lieu d'évaluation**
- **Un lieu de prise en charge approfondie**
- **Un lieu de relais avec l'extrahospitalier**
- **Un lieu où peut se dérouler une éducation thérapeutique**