


Chutes et sujet âgé et prévention SBG

19/04/2024

Prise en soins pluridisciplinaire des patients chuteurs ou à risque de chute en HDJ SMR:
Expérience de l'équipe du G.H.B.S. site Kerlivio Hennebont



Docteur GOLIAS-HUET Nadine , Gériatre
Tony DECAUX ,MKE
Jérôme LONG ,EAPA
Enora PAVIC ,Psychomotricienne
Sabine HAMANN ,Ergothérapeute

PLAN ANTI CHUTES

100 000 hospitalisations et plus de 10000 décès. Ces chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et marquent une rupture dans la vie des individus et une perte d'autonomie.

LES LEVIERS :

- SAVOIR REPÉRER LES RISQUES DE CHUTES ET ALERTER
- AMÉNAGER SON LOGEMENT POUR ÉVITER LES RISQUES DE CHUTES
- DES AIDES TECHNIQUES À LA MOBILITÉ FAITES POUR TOUS
- L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, MEILLEURE ARME ANTICHUTE
- LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS

HDJ SMR PAPD

Les chiffres :

Proposer des soins de **réadaptation multidisciplinaires** et **programmés** car le caractère multifactoriel de la chute du sujet âgé rend nécessaire une prise en charge sur le plan moteur, cognitif, environnemental, nutritionnel et social

Buts:

- **Prévenir** et/ou **réduire** les **conséquences** physiques, fonctionnelles, cognitives, psychologiques et sociales **des déficiences ou handicaps**
- **Donner ENVIE de bouger et donner du sens au mouvement** (“marcher pour aller où?”)
- Travailler sur les capacités restantes ou mieux **présentes**
- Constituer une **alternative à l’hospitalisation complète** en SMR et favoriser **le maintien à domicile** en proposant une offre de soins équivalente pour éviter l’aggravation de la dépendance.
- **Renforcer** au sein du territoire de proximité **la filière de soins gériatriques du GHBS**

Particularités HDJ SMR au sein de la filière gériatrique


L'HDJ SMR s'articule dans **le parcours des patients** avec les structures de la filière pouvant assurer une évaluation gériatrique standardisée et multidimensionnelle (EGS) :

- Urgences/service non gériatrique via l'équipe mobile gériatrique
- Unités de court séjour gériatriques—HDJ MCO-SMR PAPD et Polyvalent-EHPAD.

Modifications récentes: changement de pôle: gériatrique vers SMR

L'HDJ SMR PAPD propose :

- Une réadaptation motrice, sensorielle et psychomotrice ;
- Une prise en charge nutritionnelle ;
- Une réduction des facteurs de risques de chute environnementaux ;
- Une réévaluation et un réajustement des thérapeutiques des pathologies chroniques ;
- Une éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- Une information et un soutien aux aidants.



Essayer d'avoir une spécificité gériatrique
et non une adaptation de la rééducation

Travail sur les capacités présentes

Interdisciplinarité essentielle

SUR LE PLAN PRATIQUE

HDJ SMR PAPP dimensionné à **16 places**

- **Ouvert 4 jours par semaine** (sauf mercredi) 9h - 17h
- **8 patients par jour** répartis en deux groupes
- (2 passages par semaine par patient)

LU JE ou Ma VE

- 160 jours d'ouverture environ
- **80 - 100 patients par an**



Patient de plus de 75 ans avec fragilités gériatriques identifiées

SSR-MCO-HDJ-UMG-EHPAD-MT- cliniques orthop

Demande HDJ MCO

cs de préadmission

pec indiv ou plutôt en groupes

PEC en HDJ
SMR 2 séances par semaine sur 6 sem

2 visites médicales intermédiaire et finale

STAFF hebdomadaire

sortie et organisation d'un suivi en filière gériatrique

codage PMSI hebdomadaire et un courrier médical final



PROFIL DES PATIENTS

- Plus de 75 ans ;
- Fragilité locomotrice repérée;
- Capacité cognitive compatible avec réadaptation : par expérience MMSE sup à 20/30;
- Evaluation préalable en HDJ MCO (évaluation du PPS, évaluation globale et kiné obligatoire) ou en CS de préadmission;
- Critère d'exclusions:
 - GIR 1/ GIR 2;
 - Pathologie aigue en cours de décompensation;
 - Maintien à domicile complexe (orientation SMR).
- Préhabilitation des patients avant chirurgie prothétique ,en lien avec les cliniques du secteur.

Equipe de l'HDJ

• Médecin	0,2
• IDE	0,3/ 0,8 depuis changement de pôle
• Aide soignante	0,8
• Kiné	0,2 (projet 0,4 permettant Pec individuelle)
• EAPA	0,4
• Ergothérapeute	0,4
• Psychomotricien	0,4
• Dietéticienne	0,05
• Cadre pôle SMR	0,1
• Secrétaire	0,1

Le médecin:

- Assure l'évaluation initiale en HDJ MCO ou en Cs de préadmission ;
- propose en lien avec le kiné ,le PPS en HDJ SMR;
- fait une évaluation intermédiaire et finale avec courrier de synthèse;
- Assure le codage PMSI de l'activité;
- Coordonne les interventions -synthèse d'équipe 1x/sem;
- transmissions au médecin traitant et paramédicaux si nécessaire;
- travail en lien avec médecin rééducateur et possibilité d'avis spécialisé.



LA JOURNEE, sous la supervision de l'aide-soignante :

- 9h ,Temps d'accueil-collation si besoin
- premier atelier : KINE /EAPA ou Psychomotricité
- Pause collation
- Deuxième atelier : Psychomotricité ou Kiné/EAPA

- 12-14h REPAS, sieste ou non

- Troisième atelier : ergothérapie
- Quatrième atelier : posture thérapeutique IDE
- 16h préparation au retour , VSL
- 17h HDJ fermé

PLANNING JOURNÉE TYPE

		LUNDI		MARDI		MERCREDI	JEUDI		VENDREDI	
		GR1	GR2	GR3	GR4		GR1	GR2	GR3	GR4
SEMAINE 1	M1	PSYCHOMOT	APA/MK bilan	PSYCHOMOT	APA/MK		PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK
	M2	APA/MK bilan	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT		APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT
	AM1	ERGO		ERGO			ERGO		ERGO	
	AM2		ERGO		ERGO			ERGO		ERGO
SEMAINE 2	M1	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK		PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK
	M2	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT		APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT
	AM1	ERGO		ERGO			ERGO		ERGO	
	AM2		ERGO		ERGO			ERGO		ERGO
SEMAINE 3	M1	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK		PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK
	M2	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT		APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT
	AM1	ERGO		ERGO			ERGO		ERGO	
	AM2		ERGO		ERGO			ERGO		ERGO
SEMAINE 4	M1	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK		PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK bilan
	M2	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT		APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK bilan	PSYCHOMOT
	AM1	ERGO		ERGO			Visites à domicile		ERGO	
	AM2		ERGO		ERGO					ERGO
SEMAINE 5	M1	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK		PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK
	M2	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT		APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT
	AM1	Visites à domicile		ERGO			ERGO		Visites à domicile	
	AM2				ERGO			ERGO		
SEMAINE 6	M1	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK		PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK bilan
	M2	APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK	PSYCHOMOT		APA/MK	PSYCHOMOT	APA/MK bilan	PSYCHOMOT
	AM1	ERGO		Visites à domicile			ERGO		ERGO	
	AM2		ERGO					ERGO		ERGO

INTERVENTIONS APA / MK

- Groupes sont composés de 4 patients ;
- 2 séances d'1 h/semaine ;
- Structure de la séance :
 - Echauffement « Warm up »,
 - Corps de séance (équilibre, transfert, marche,...)
 - Retour au calme « Cool down »,
 - Relaxation,
 - Feed back,
 - Rappel des points importants.

OBJECTIFS

- Educatif ++
 - Expliquer les notions d'équilibre, de base de sustentation ;
 - Apprendre au sujet les comportements à adopter (transferts -> accouvoirs) ;
 - Alerter sur les risques de chutes (tapis, demi-tours,...) ;
 - Sensibiliser les patients isolés (ex : usage de la téléalarme) ;
 - Prise de conscience de leurs capacités (relever du sol, appui unipodal).

OBJECTIFS

➤ Physique / motricité

- Améliorer l'équilibre statique / dynamique / transferts / marche ;
- Maintenir ou améliorer leur amplitude articulaire, endurance et force ;
- Apprendre au sujet à réaliser correctement ses transferts ; à s'autonomiser avec leur aide technique ;
- Evaluer l'aide technique.

➤ Psychique

- Augmenter l'estime de soi .

Augmenter leur indépendance vis-à-vis des AVQ

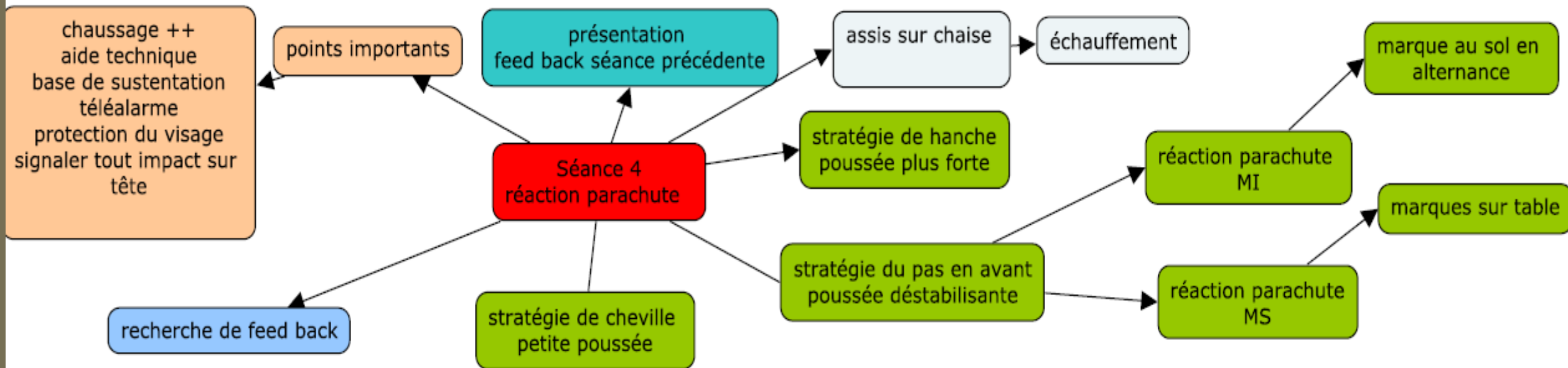
PRINCIPES

- Tenir compte de l'état général des patients et des pathologies associées (neurologiques, métaboliques, cardiaques ou pulmonaires) ;
- Demeurer très vigilant vis-à-vis des problèmes généraux de nutrition, d'hydratation, d'infection urinaire, d'hypotension, de dépression;
- Rester vigilant sur le chaussage du patient (chaussure de sport à velcro) ;
- Faire participer activement les patients lors des séances (socialement, physiquement) ;
- Insister sur les bienfaits d'un échauffement quotidien ;
- Leur demander de prêter une attention toute particulière à l'état des aides techniques ;
- Faire le lien entre le patient et le médecin (vis-à-vis de leur état général).

THEMES DES SEANCES

Séance	Thèmes de la séance
1	Equilibre assis
2	Equilibre debout
3	Transfert
4	Réaction parachutes
5	Marche et escaliers
6	Qualité de la marche
7	Parcours simple
8	Parcours complexe – Double tâche
9	Mise en situation à l'intérieur et l'extérieur
10	Relever du sol

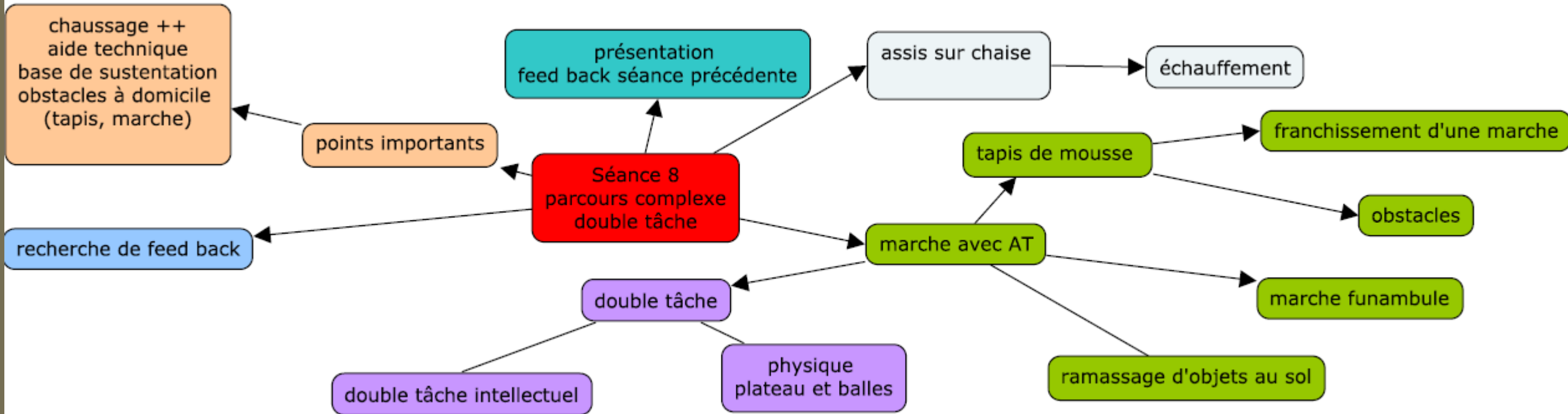
S4 REACTIONS PARACHUTES



S4 REACTIONS PARACHUTES



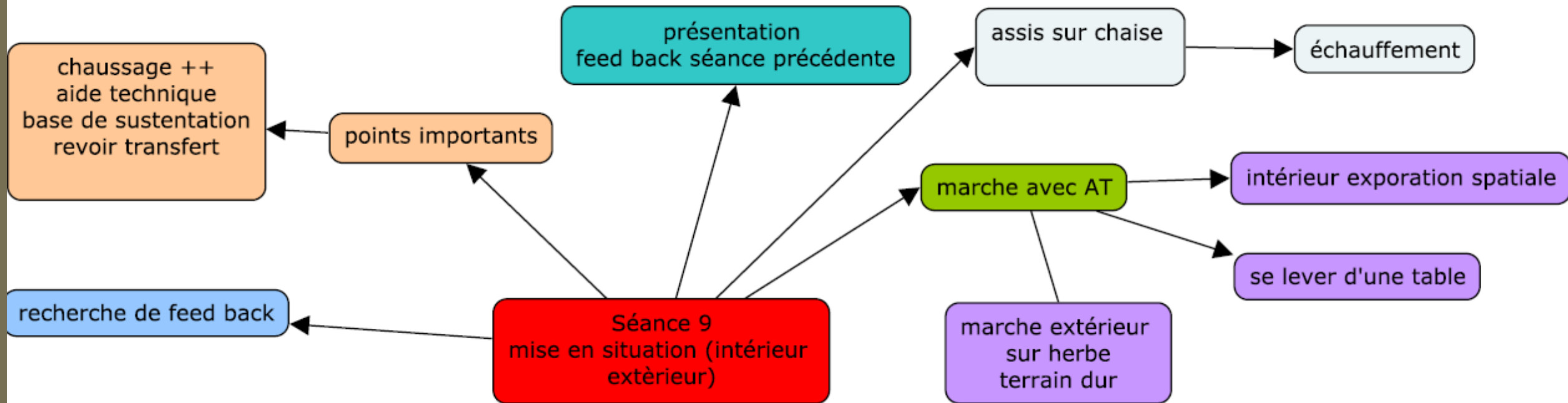
S8 PARCOURS COMPLEXE – DOUBLE TÂCHE



S8 PARCOURS COMPLEXE – DOUBLE TÂCHE



S9 MISE EN SITUATION INTERIEUR ET EXTERIEUR



S9 MISE EN SITUATION INTERIEUR ET EXTERIEUR



S11 & S12 BILAN

Lieu et mode de vie (célibataire/couple, logement/escaliers...) :

.....

.....

Aides techniques :

- Intérieur :
- Extérieur :

Activités et loisirs :

Antécédents :

.....

Présence d'un kiné à domicile :

Chute dans les 6 derniers mois :

Téléalarme :

DOULEUR :

Localisation :

.....

.....

Intensité : EN : EVA : EVS :

SENSIBILITE :

Superficielle (pic/touche) :

Profonde (test de l'hallux) :

FONCTIONNEL

Fonctionnel	Transferts		Marche	Escaliers	Relevé du sol	Test de la chaussure
	Assis/debout	Allongé/assis	Boiterie ?			
Oui						
Non						

S11 & S12 BILAN

EQUILIBRE STATIQUE								
Statique	Appui unipodal	Ramassage objet		Réactions parachutes		Réactions d'équilibration		Rétropulsion
	D..... / G.....	Au sol	En haut	MS	MI	Cheville	hanche	
Oui								
Non								

EQUILIBRE DYNAMIQUE				
Aide technique utilisée durant le bilan :				
Dynamique	Dissociation des ceintures	Terrain instable	Passage obstacle	Marche funambule
Oui				
Non				

BILAN MEMBRES INFERIEURS						
Articulaire	FLESSUM		Equin	Hallux valgus	Griffe des orteils	Inégalité des membres
	Hanches	Genoux				
OUI						
NON						
Musculaire : déficits musculaires constatés / signes neurologiques particuliers						

BILAN MEMBRES SUPERIEURS						
Articulaire	EPAULES				Mobilité coude	Pincés
	Mains-bouche	Mains-tête	Mains-nuque	Mains-dos		
OUI						
NON						
Musculaire : déficits musculaires constatés / signes neurologiques particuliers						

BILAN TRONC				
<input type="checkbox"/> cyphose	<input type="checkbox"/> scoliose	<input type="checkbox"/> bascule du bassin	<input type="checkbox"/> lordose	<input type="checkbox"/> raideur
Autres déficits articulaires ou musculaires :				

S11 & S12 BILAN

TESTS					
Test	TUG (normal < 20s)	Tinetti	10m de marche	Double tâche	
Scoresec/28m/s	Oui	
				Non	

SYNTHESE	
Comportement :	Chaussage adapté : Oui Non
Participation :	
Motivation pour l'HDJ :	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleurs : ➤ Tonicité : ➤ Transferts : ➤ Marche : 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Marche en double tâche : ➤ Escaliers : ➤ Equilibre statique : ➤ Equilibre dynamique : ➤ Relevé de sol : ➤ Signes neurologiques particuliers : ➤ Autres informations : 	
Changement d'aide technique :	

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE	
<ul style="list-style-type: none"> ○ SSR HDJ ○ Maison sport santé ○ Kiné libéral ○ Pas de prise en charge kiné nécessaire ○ Marche quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entretien articulaire et travail antalgique ○ Renforcement musculaire ○ Transferts ○ Lutte contre rétropulsion ○ Apprentissage du relevé du sol ○ Rééducation proprioceptive ○ Equilibre statique et dynamique ○ Atelier gymnique ○ Qualité de la marche et utilisation d'AT

Ateliers de psychomotricité

Les axes de travail en psychomotricité sont :

- **La verbalisation du vécu corporel**
- **La prise de conscience du corps**
- **La prise de conscience du mouvement**
- **La relaxation**
- **La redécouverte de l'axe du corps**
- **L'aisance dans l'espace et le passage assis-debout**

Ateliers de psychomotricité – Déroulé des séances



Ateliers en psychomotricité - Semaine 1

-Séance 1 : Échange autour de la chute

Comment êtes vous tombés ?

Qu'est-ce que vous avez ressenti ?

Quelles sont les conséquences de la chute ?

Quelles sont vos attentes de l'hôpital de jour ?

-Séance 2 : Bilan moteur initial

→ Dessin du bonhomme

→ EGP (Examen Géronto-Psychomoteur) - équilibre sur deux pieds / un pied / pointes des pieds

→ Marcher normalement - marcher rapidement - course



Ateliers en psychomotricité - Semaine 2

-Séance 3 : Sensibilité et appuis

Faire prendre conscience des sensations plantaires

- Balle à picots sous les pieds
- Jeu de passe avec la balle
- Toucher différentes textures avec les pieds :
Paille/ perles/ plumes/ tissus/ papier bulle/ riz



-Séance 4: Transferts assis/ debout

Prendre conscience de son corps et de la position de son corps

Travailler les transferts (assis/debout)

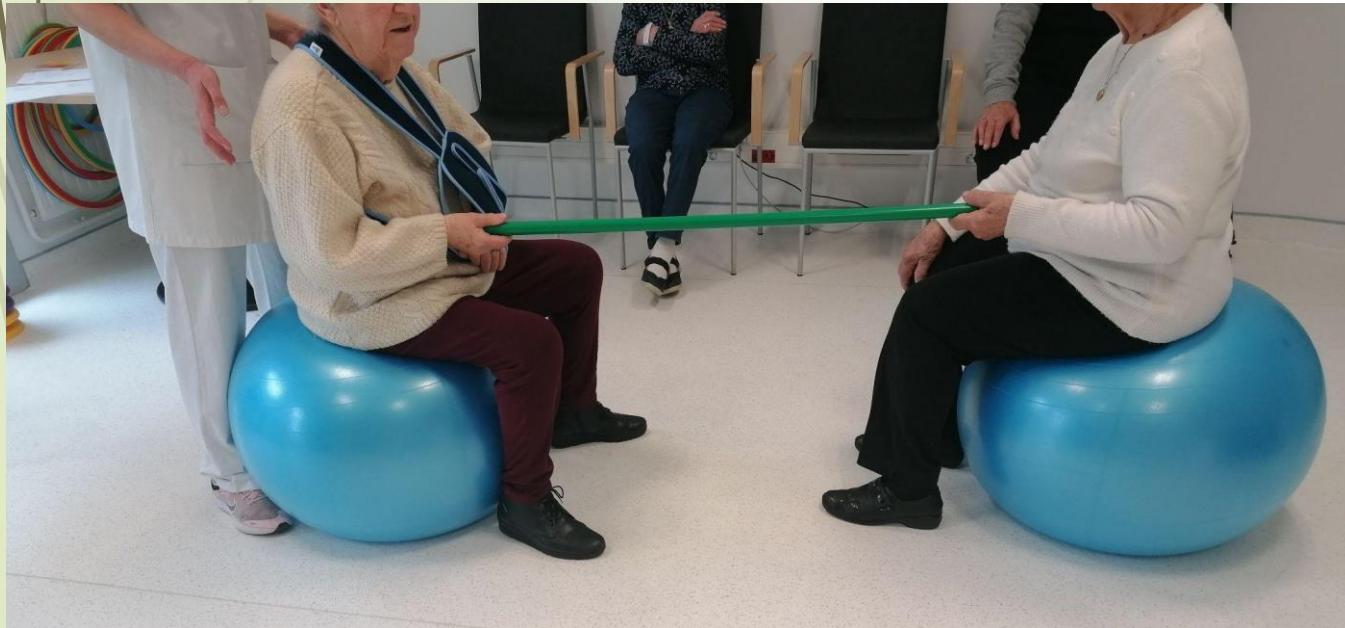
Jeu : s'asseoir deux chaises à gauche, une chaise à droite, etc...



Ateliers en psychomotricité - Semaine 3

-Séance 5 : Equilibre assis

- Coussin dynair sur chaise
- Equilibre sur gros ballon
- Equilibre sur gros ballon avec exercices en binôme



-Séance 6: Transferts du poids du corps + descente au sol

- Debout, déplacer le poids du corps sur les côtés, devant, derrière
- Mettre les 2 genoux sur la chaise
- Mettre les 2 genoux au sol



Ateliers en psychomotricité - Semaine 4

-Séance 7 : Axe corporel

Travailler la conscience de l'axe corporel et son redressement

- Exercices de respiration
- Marche devant un grand miroir
- Correction de la posture



-Séance 8: Rythme

- Exercices d'imitation de rythme
- Marcher dans la pièce sur différents rythmes

Ateliers en psychomotricité - Semaine 5

-Séance 9 : Parcours moteur

→ Travail des différentes fonctions psychomotrices travaillées tout au long des séances



-Séance 10: Ramassage d'objets au sol

→ Jeu de cible avec obstacles

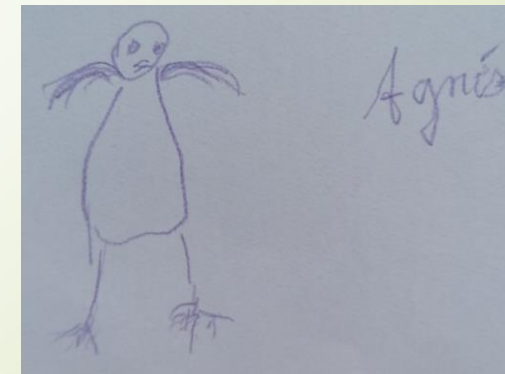
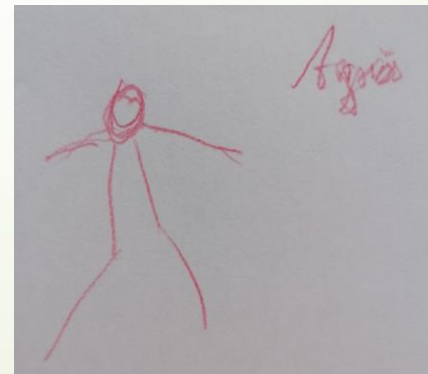


Ateliers en psychomotricité - Semaine 6

-Séance 11 : Relevé du sol



-Séance 12: Bilan final



ERGOTHÉRAPIE

OBJECTIFS GÉNÉRAUX :

- Identifier les problématiques environnementales
- Prendre conscience des facteurs de risque de chute
- Savoir analyser les liens entre la personne/l'activité/l'environnement
- Connaître/tester les principales aides-techniques en lien avec la prévention des chutes
- Identifier les comportements à risque de chute au moyen d'ateliers de mise en situation
- Conseiller individuellement le patient : amélioration du quotidien, visite à domicile

ERGOTHÉRAPIE

MOYENS

- 1 salle d'activité pour les séances à contenu cognitif
- 2 salles d'eau thérapeutique
- 1 cuisine thérapeutique
- 1 box avec lit médicalisé
- Aides-techniques
- 1 enveloppe financière pour les ateliers cuisines (250 €/an)
- 1 véhicule professionnel pour les déplacements à domicile
- 0,40 ETP d'ergothérapie

ORGANISATION

- 4 groupes de 4 patients par cycle de 6 semaines
- 1 séance par groupe - 1 heure l'après-midi - 2 fois par semaine

ERGOTHÉRAPIE

PROGRAMME

- 10 séances collectives à l'hôpital de jour
- 1 séance individuelle pour la visite à domicile
- 1 séance pour la rédaction du compte-rendu

N.B. : en l'absence de visite à domicile, organisation d'une séance supplémentaire "thématique retour sur chute"

ERGOTHÉRAPIE

CONTENU DES SÉANCES

- *Semaine 1*

Entretien individuel de pré visite à domicile

Facteurs de risque de chute : auto évaluation

- *Semaine 2*

Bonnes habitudes au domicile :

lever nocturne, schéma de marche, attitudes dans les différentes
AVQ/AIVQ

Prudence est mère de sûreté : chaussage, danger et 5 sens

ERGOTHÉRAPIE

CONTENU DES SÉANCES

- *Semaine 3*

- Aides-techniques

Jeu par deux à partir de photographies

Découverte d'AT

- Mise en situation : salle de bain/WC
transferts au lit

Essais d'aides-techniques et présentation
de différentes installations

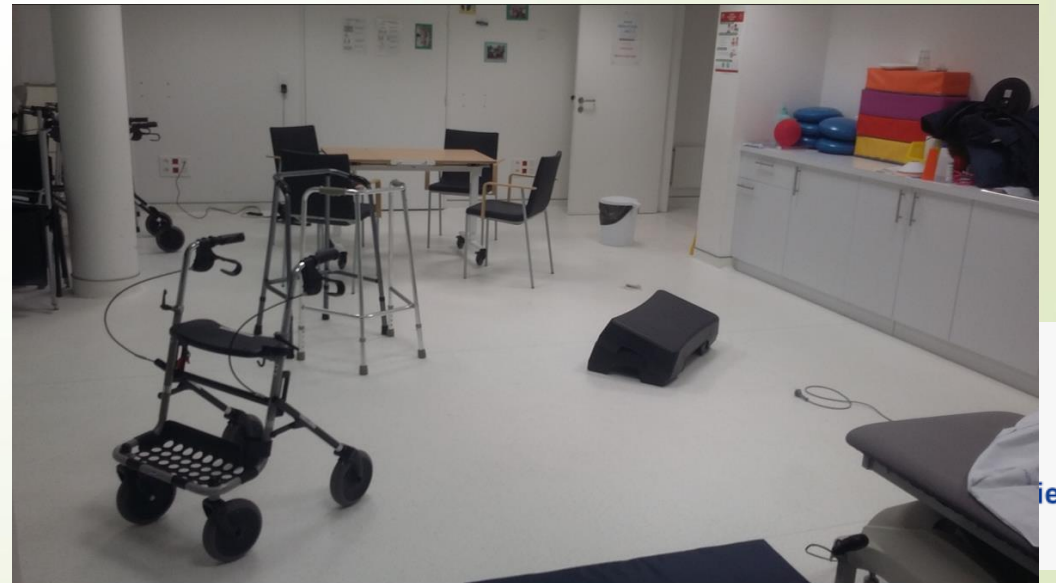


ERGOTHÉRAPIE

CONTENU DES SÉANCES

-Semaine 4

- Mise en situation : cuisine
Préparation d'une recette simple
- Chambre des erreurs :
Reproduction appartement virtuel dans une pièce unique avec dangers multiples capacité analyse de l'environnement et attitudes



ERGOTHÉRAPIE

CONTENU DES SÉANCES

- *Semaine 5*

Retour sur chutes : décrire et analyser une chute - solutions

Evaluation finale : formulaire individuel - apport/intérêt/actions mises en place

- *Semaine 6*

VAD (séance intercalée pendant le séjour) : si possible avec famille ou aidants. CR adressé au patient et/ou à la famille

ERGOTHÉRAPIE

RETOUR D'EXPÉRIENCE

- Alternance si possible des séances cognitives/motrices
- Organisation des espaces et équipements des locaux de mise en situation
- Apports plus pertinents grâce à des activités ludiques : mémorisation
- Proposition rapide de visite à domicile
- Valeur ajoutée de la visite à domicile : situation écologique

Les ateliers posture thérapeutique de l'IDE:

- S1 - Facteurs de risque et situations à risque de chute
- S2 - L'alimentation et moi
- S3 - Optimisation de mon alimentation
- S4 - Ma pratique alimentaire au quotidien
- S5 - Pieds et chaussage
- S6 - Jeu de société PERKICHUTE ,rappel de toutes les notions abordées au cours du séjour

Rôle de coordination et de planification des patients

En projet :

- contact téléphonique aidant ou conjoint
- rappel à distance pour vérifier mise en place des préconisations

Parallèlement , gestion des médicaments , insuline...



CONCLUSIONS

- Recul de 4 ans :
 - Recrutement mal identifié
 - Patient EHPAD
 - PMSI : valorisation financière intéressante
- Effet significatif des capacités (locomoteur, cognitif et social) du patient
- Limites :
 - Absence d'échelle d'efficacité : ressenti du patient, de la famille.

CONCLUSIONS

- Axes d'amélioration :
 - Thèse en cours
 - Augmenter nos capacités et avoir d'autres thérapeutes complémentaires
 - Augmenter la PEC des patients en phase préopératoire orthopédique (PTH, PTG..)
 - 2^{ème} séjour avec séances spécifiques