Prévention des chutes chez la personne âgée

Professeur Joël BELMIN
Chef de service de l' hôpital Charles Foix
Docteur LAZIMI Nadine
Enseignante Université Paris Diderot

Comment les Français veulent- ils et vont-ils vieillir ?

- Comment permettre à 8 français sur 10 de passer leurs vieux jours dans l'intimité de leur domicile ?

- Comment faire face à la déferlante grise ?

- Comment répondre aux besoins de la population française vieillissante ?

La dépendance : sujet économique et sociétal majeur

- L'allongement de l'espérance de vie a changé le paysage démographique
- 1.1 M de personnes âgées dépendantes
- 85 ans : entrée moyenne en maison de retraite
- 90% des personnes âgées de + de 60 ans vivent à domicile
- 25% des + de 85 ans ont perdu leur autonomie

LES DEFIS DU GRAND AGE

- Prévenir la perte d'autonomie
- Maintenir au domicile
- Favoriser les aides à domicile
- Prévenir les accidents domestiques
- Prévenir les risques de chute

Projet « Vivre chez soi » Juin 2010 Nora BERRA, Secrétaire d'État chargée des aînés

Sécuriser le vivre chez soi en améliorant confort et qualité de vie .

Réduire la dépendance en insistant sur une plus grande prévention .

Permettre au vieillissement d'être un formidable levier économique pour la France .

Ces mesures répondent au souhait massif des personnes âgées de vivre chez elles.

Jeunes Médecins Généralistes

- Au cours des visites à domicile
- Vous êtes les premiers pour évaluer au domicile le passage de la personne âgée fragile à la personne dépendante et en perte d'autonomie.

- Les chutes à répétitions sont associées à :
- Forte morbimortalité,
- Accélération de la perte d'autonomie avec un taux d'institutionnalisation de 40%
- Cout financier important .

- Comment hiérarchiser votre intervention ?
- Quelle est la définition des chutes répétées ?
- Quels sont les signes de gravité ?
- Que faut-il rechercher et comment ?
- Quels bilans à réaliser ?
- Quels sont les troubles visuels et auditifs
- Quels traitements ?
- Quelles sont les interventions permettant de prévenir les récidives des chutes et leurs complications ?

Définition de la Dépendance

- Besoin d'une personne de faire appel à un tiers pour effectuer les actes de la vie courante :

Se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer

La personne âgée fragile

- Elle ne peut plus faire face à des perturbations externes mineures, réduit ses capacités d'adaptation
- Toute chute entraine un risque majeur de perte des capacités d'adaptation.

Définition des chutes répétées

- Personnes âgées de + de 65 ans
- Se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position inférieure par rapport à la position de départ
- Chutes répétées :

Plus de 2 chutes au cours d'une période de 12 mois

Conséquences des chutes

- 9000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans sont associés chaque année en France à une chute
- Quand la chute est responsable de fracture: le plus souvent fracture supérieure du fémur responsable de mortalité élevée dans les mois qui suivent.

Chutes répétées du sujet âgé : une fréquence considérable

- Personnes de plus de 65 ans : 1/3 a fait une chute dans les 12 mois précédents (#3 millions en France)
- Personnes de plus de 80 ans : 40 à 50% ont fait une chute dans les 12 mois précédents
- 50% des personnes âgées qui ont fait une chute, vont faire de nouvelles chutes dans les 12 mois suivants = chutes répétées (1,5 millions en France)
- 20% des chutes conduisent à une consultation médicale ; 5 à 10 % ont des conséquences traumatiques sérieuses.

Les chutes et leurs complications : cause majeure d'hospitalisation des sujets âgés

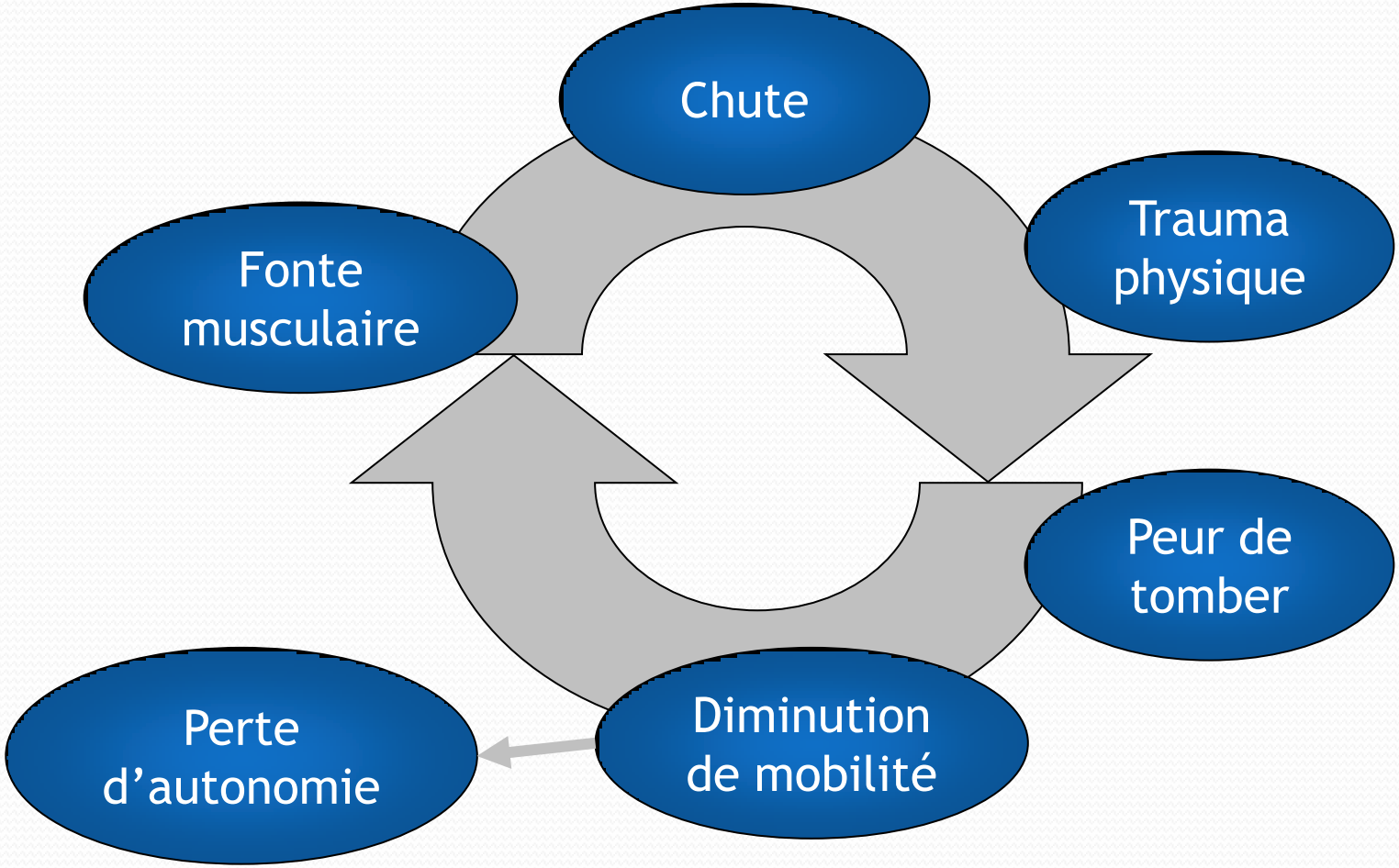
- 450 000 chutes avec recours aux urgences chez les plus de 65 ans
- Hospitalisation dans 37% des cas (44% après 90 ans)
- Durée moyenne de séjour en court séjour : 12 j (75-79 ans) à 14 j (80+)

Etude EPAC en France

Conséquences des chutes du sujet âgé

- Chutes répétées = augmentation de la probabilité
  - d'avoir peur de faire de nouvelles chutes
  - d'avoir une qualité de vie altérée
  - d'être hospitalisé
  - de perdre de l'autonomie
  - d'entrer en institution
- Coût annuel des chutes : 20 milliards aux USA dont 80% liés aux hospitalisations
- Extrapolation pour la France : 2.5 milliards d'euros !

Chutes et perte d'autonomie: un cercle vicieux



Premier temps

- Evaluation clinique interrogatoire patient et son entourage

- Recherche de signes de gravité mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel

Rechercher de signes de gravité

- Liés aux conséquences de la chute
- Liés à une maladie responsable de la chute
- Liés au risque de récidive de chutes

Questions standardisées

- Est-ce que la chute a occasionné un traumatisme physique?
- Etes vous resté au sol plus d'une heure?
- Avez-vous pu vous relever seul?
- Avez-vous pu tenir debout sans aide après la chute?
- Avez vous ressenti un malaise ou un vertige?
- Avez-vous perdu connaissance?

- Avez vous de la fièvre ou une infection?
- Prenez vous un anticoagulant, un médicament hypoglycémiant?
- Tombez vous plus fréquemment ces dernières semaines?
- Souffrez vous d'ostéoporose sévère?
- Vivez vous seul ?
- Avez vous une aide à domicile?

Rechercher les signes de gravité

- **Conséquences de la chute**:
- Traumatisme modéré à sévère

- Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences : rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathie inhalation, déshydratation

- Syndrome post chute

SYNDROME POST CHUTE

- Désadaptions psychomotrices par réduction spontanée de l'activité
- Trouble posturaux rétro pulsion
- Troubles de la marche
- Impact psychologique majeur
- La peur de tomber existe avant toute chute
- Peur plus importante si trouble de la marche, instabilité
- Chute entraine perte de confiance en soi, angoisse
- Station prolongée au sol est un facteur de gravité

Maladies Aigues Responsables des chutes

- Trouble du rythme
- AVC,
- Insuffisance cardiaque, IDM
- Maladies infectieuses
- Hypoglycémie chez diabétique

Signes de Gravité (1)

Critère			Présent	
Type		Définition	Oui	Non
Conséquences	Chute	**En relation avec l'impact du corps sur la surface du point d'arrivée**		
		– Fracture		
		– Luxation		
		– Hématome intracrânien ou périphérique volumineux		
		– Traumatisme facial		
		– Lésion cutanée de grande taille et/ou dépassant l'hypoderme		
		En relation avec la durée de séjour au sol		
		– > 1 heure		
		– Rhabdomyolyse (CPK> 1000 UI/l)		
		– Hypothermie (Température corporelle ≤ 35°C)		
		– Escarre		
		– Pneumopathie d'inhalation		
		– Déshydratation		
		En relation avec un syndrome post chute (suppose d'avoir écarté préalablement des traumatismes physiques)		
		– Hypertonie		
		– Abolition voir une absence des réflexes de posture		
		– Phobie de la station debout		
	Affection responsable de la chute	**Cardio-vasculaire**		
		Neurologique		
		Infectieuse		
		Métabolique		

Principales situations à risque de chute

Critère			Présent	
Type		Définition	Oui	Non
Récidive chutes	Risque de récidive de chute grave	**Augmentation récente de la fréquence des chutes au cours des dernières semaines**		
		Nombre de facteurs de risque de chute ≥ 3		
		Appui unipodal > 5 secondes et score au Timed Up & Go test ≥ 20 secondes		
	Terrain à risque de chute grave	**Ostéoporose sévère définie par un T-score < -2,5 DS sur l'ostéodensitométrie et/ou antécédent de fracture ostéoporotique**		
		Prise de médicaments anticoagulants		
		Isolement socio familial et/ou vivre seul		

Examen clinique

- Examen centré sur la douleur ou lésions traumatiques, équilibre postural, transferts et marche
- Examen cardiovasculaire et neurologique
- TA, T°
- Test de Romberg, station unipodale, Timed up and go test
- Calcul IMC
- Recherche de troubles articulaires
- Examen des pieds et chaussage
- Mono filament voute plantaire et diapason cheville
- Examen acuité visuelle et auditive

Tests de repérage utilisables en consultation habituelle

- TIMED UP AND GO TEST
- TEST UNIPODAL
- POUSSEE STERNALE
- WALKING AND TALKING TEST

TEST UNIPODAL

- Pouvez vous tenir en équilibre sur une jambe?
- Considéré comme anormal si ne reste pas au moins 5 secondes

TIMED UP AND GO TEST

- 1 à 2 minutes /1 chronomètre
- 3 Tests successifs ,précédés d'un test apprentissage non comptabilisé
- Le patient doit se lever d'un siège banal faire environ 3 mètres tourner et revenir s'asseoir sans aide déficit de mobilité au delà de 20 secondes

POUSSEE STERNALE

- Un déséquilibre à la poussée est responsable d'un risque de chute
- A rapprocher des sensations de déséquilibres les yeux ouverts

Walking and Talking test

- **QUE PENSEZ VOUS DE ?**

- Les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention, comme réfléchir pour répondre à une question précise

TESTS COGNITIFS

- MMSE
- TEST des CINQ MOTS
- TEST DE HORLOGE
- CODEX

CODEX

- Rechercher une démence sous jacente
- Demander de mémoriser 3 mots simples
  (cigare, fleur, porte)
- Puis dessiner les chiffres d'une horloge sur un cercle imprimé et représenter les aiguilles pour une heure donnée,
- Enfin se rappeler les 3 mots mémorisés
- Résultat normal ➔ absence de démence

Test MINI-GDS

Recherche de Dépression: répondre par oui ou non à 4 questions:

- 1 Vous sentez vous souvent découragé ou triste?
- 2 Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?
- 3 Etes vous bien la plupart du temps?
- 4 Avez-vous le sentiment que votre situation est désespérée?

Examens complémentaires

ECG systématique
Et en fonction des signes d'appel :

- Radiographie osseuse si suspicion de fracture
- Dosage des CPK et Créatinine sérique si séjour au sol > 1 heure
- Glycémie, et si diabétique HBA1C
- Ionogramme sanguin
- Dosage vitamine D
- NFS, Clairance créatinine

A ne pas faire à titre systématique

- Imagerie cérébrale
- EEG
- Echodoppler des artères cérébrales
- Holter ECG des 24h,
- Echographie cardiaque

en dehors d'une indication précise reposant sur données de l'examen clinique et de l'ECG

Réévaluer à une semaine

- Rechercher signe de gravité apparus à distance
- Peur de chuter
- Restriction des activités de la vie quotidienne
- Syndrome post chute

Caractère répétitif de la chute

- Augmentation récente de la fréquence des chute
- Association de plus de 3 facteurs de risques de chute
- Trouble de l'équilibre ou de la marche

Deuxième temps
Recherche de facteurs de risque

- **Etape essentielle** pour :
- Corriger les facteurs de risque modifiables

- Chez un même patient plusieurs risques associés coexistent

- La recherche des facteurs de risque de chute est la première étape du traitement

Facteurs Prédisposants 1

- Age 80 ans
- Sexe féminin
- Antécédents de fractures traumatiques
- Poly médication
- Psychotropes, diurétiques, antiarythmiques
- Trouble de la marche ou équilibre (time up go test > 20 secondes et ou station unipodale < 5 secondes

Facteurs Prédisposants 2

- Diminution de la force et ou de la puissance musculaire des membres inférieurs, capacité à se relever d'une chaise sans aide des mains
- IMC< 21 kg/m2
- Arthrose des membres inférieurs ,rachis
- Anomalie des pieds
- Trouble de la sensibilité des membres inférieurs
- Baisse acuité visuelle
- Syndrome dépressif : test mini GDS
- Déclin cognitif : MMSE, Codex

Facteurs Précipitants

- Cardiovasculaires: malaise, P C, hypoTA orthostatique
- Neurologiques: déficit neurologique sensitivo moteur de topographie vasculaire, confusion mentale
- Vestibulaire : vertige, latéro déviation au Romberg
- Métabolique: hyponatrémie, hypoglycémie, prise de mdts, excès alcool
- Environnementaux: Eclairage, encombrement, configuration lieu de vie, chaussage

Facteurs prédisposants

Critère		Présent		Note
Type	Définition	Non	Oui	
Prédisposant	– **Age ≥ 80 ans**			
	– **Femme**			
	– **ATCD de fractures traumatiques**			
	– **≥ 4 classes de médicaments différents / jour**			PM
	– **Prise de psychotropes** (neuroleptiques, et/ou antidépresseurs, et/ou hypnotiques, et/ou benzodiazépines)			PM
	– **Trouble de la marche et/ou équilibre :**			PM
	▪ Timed up & go test ≥ 20 secondes ▪ Appui unipodal ≤ 5 secondes			
	– **Faiblesse musculaire des membres inférieurs** et/ou **dénutrition**			PM
	▪ Capacité à se lever d'une chaise sans l'aide de ses mains			
	▪ Index de masse corporelle < 21			
	▪ Perte de poids ≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois			
	– **Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis**			
	– **Anomalie des pieds** (déformations des orteils et durillons)			PM
	– **Troubles de la sensibilité des membres inférieurs :**			PM
	▪ Anomalie de perception du mono filament au niveau de la voûte plantaire			
	▪ Anomalie de perception des vibrations du diapason placé au niveau de la malléole externe de la cheville			
	– **Baisse acuité visuelle :**			PM
	▪ De près échelle de Parinaud score < 6/12			
	– **Symptomatologie dépressive :**			PM
	▪ score à la mini Echelle de dépression gériatrique ≥ 1/4			
	– **Déclin cognitif :**			PM
	▪ Test bref d'évaluation cognitif			
	▪ Score au MMSE < 26/30			

PM : potentiellement modifiable

Facteurs précipitants

Critère		Présent		Note
Type	Définition	Non	Oui	
Précipitant	– **Cardio-vasculaire** :			PM
	▪ Malaise et/ou perte de connaissance			
	▪ Hypotension artérielle orthostatique			
	▪ ECG anormal			
	– **Neurologique :**			PM
	▪ Déficit sensitivomoteur transitoire et/ou constitué			
	▪ Syndrome extrapyramidal			
	▪ Confusion mentale			
	– **Vestibulaire :**			PM
	▪ Vertige			
	▪ Sensation d'instabilité			
	▪ Nystagmus			
	– **Métabolique :**			PM
	▪ Hyponatrémie (< 135 mmol/l)			
	▪ Hypoglycémie (< 0,5 g/l ou 2,8 mmol/l) et/ou HBA1c≤7%			
	▪ Prise d'insuline et/ou d'antidiabétiques oraux			

PM : potentiellement modifiable

Tests de repérage positifs

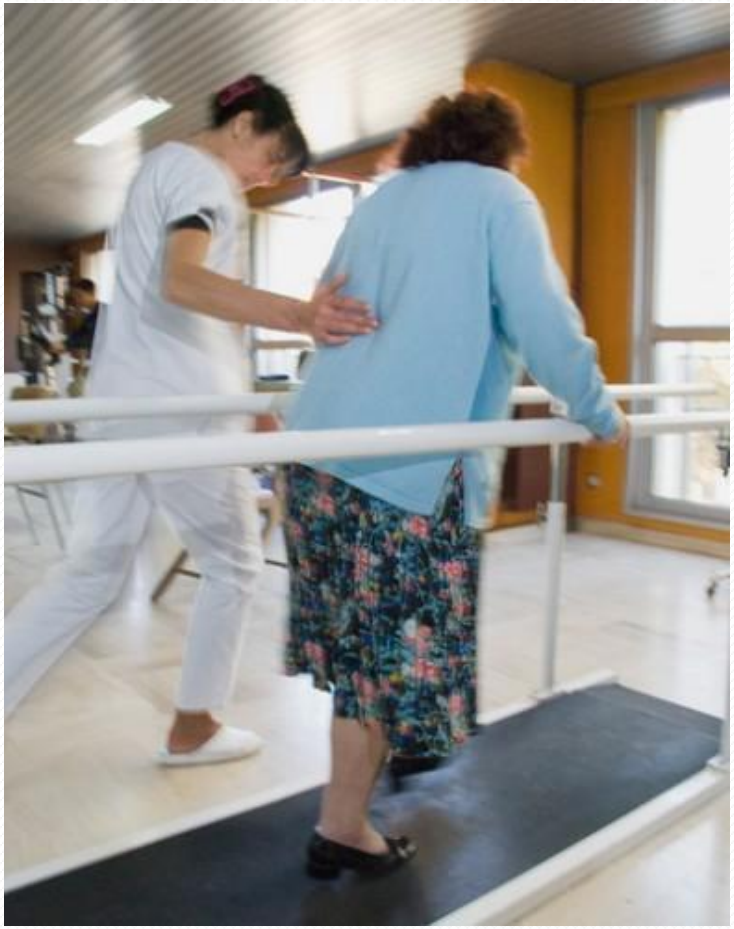
- Evaluation multifactorielle et interdisciplinaire
- Programme personnalisé de rééducation réadaptation: interventions des médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides à domicile

Prévenir les récidives et les complications

- Réévaluation de la prescription médicamenteuse
- Correction des facteurs iatrogènes
- Toilettage des ordonnances surtout les psychotropes
- Augmenter les apports en Calcium 1 g/j, VitamineD 800 UI/j
- Traitement de l'ostéoporose
- Conseils nutritionnels préventifs
- Correction des troubles visuels et auditifs

Stratégies

- Programme activité physique : travail équilibre postural, renforcer les membres inférieurs ,rééducation de l'équilibre de la marche
- Apprentissage au lever si chute antérieure
- Aménagement de habitat des dangers du domicile
- Correction du chaussage
- Apprentissage des matériels d'assistance: cannes déambulateurs
- Aides techniques



Comment se relever
1 Pliez une jambe pour rouler sur le côté.
2 Retournez-vous sur le ventre
3 Mettez-vous en position de chevalier...
(un genou à terre, l'autre jambe tendue)
4 ...puis à quatre pattes
5 Hissez-vous en vous tenant à une chaise ou à une rampe

Ce qu'il faut savoir sur les interventions

Correction / traitement des facteurs prédisposant ou précipitant modifiables

Port de chaussures à talon large et bas, à semelles fines et fermes avec une tige remontant haut

Aides techniques et environnement

Pratique régulière de la marche et/ou de toute autre activité physique

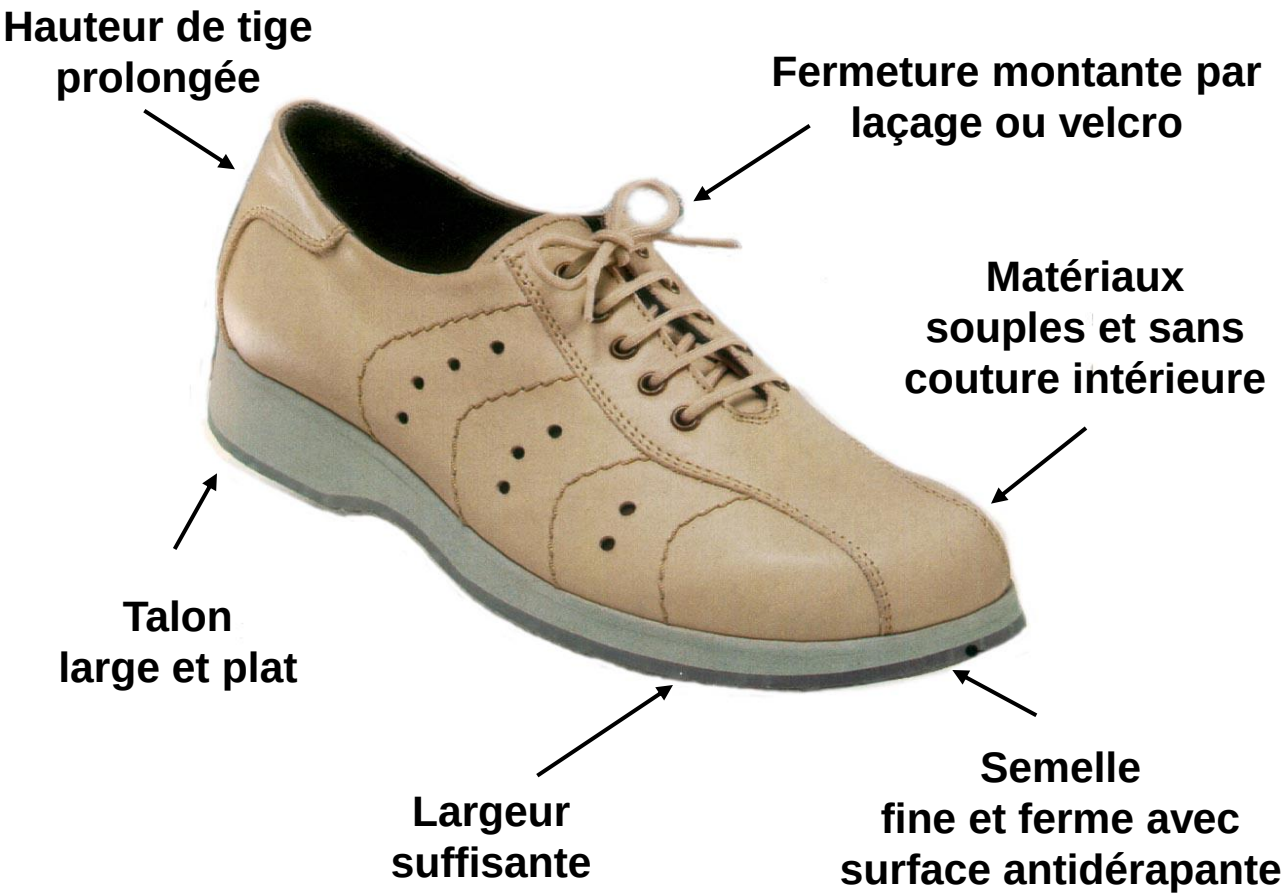
Apport journalier d'au 800 UI de vitamine D si carence en vitamine

Apport journalier calcique alimentaire compris entre 1-1,5 g

Education de la personne et des aidants

Lors d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre, prescrire des séances de kinésithérapie

• La chaussure « idéale »



Prescrire chez le sujet âgé

- Hiérarchiser les pathologies à traiter
- Adhésion du malade
- Moins prescrire les médicaments n'ayant pas ou plus d'indication, et un service médical rendu insuffisant
- Mieux tenir compte du rapport bénéfices/risques
- Iatrogénie évitable
- Observance régulièrement réévaluée

Ordonnance kinésithérapeute

- Bilan et rééducation des membres, de la marche et de l'équilibre dans un but de maintien de l'autonomie à domicile
- Renforcement musculaire des 2 membres inférieurs
- Travail longueur et hauteur des pas

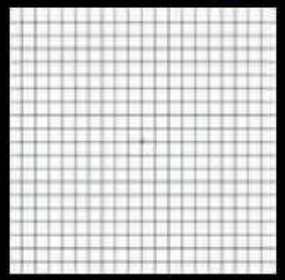
- Education thérapeutique: relever à partir du sol

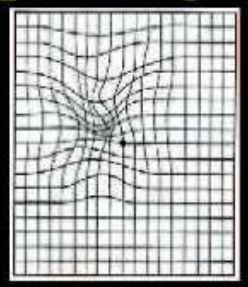
CAUSES DES DEFICITS VISUELS

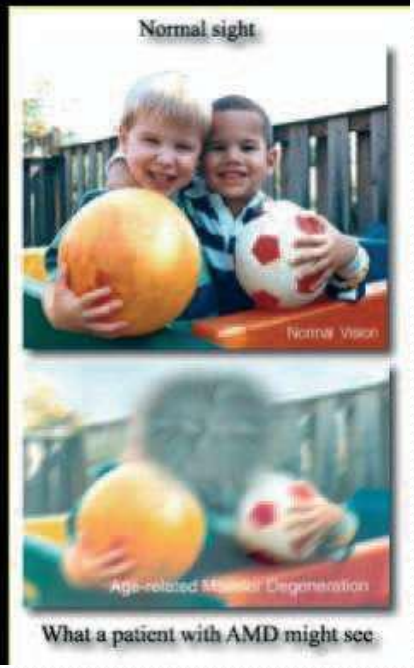
- DMLA
- CATARACTE
- GLAUCOME
- RETINOPATHIE DIABETIQUE

DMLA: Les Symptomes

- BAV de loin et de près
- Métamorphospsies: grille d'Amsler







- Scotome central

CATARACTE

- Opacification du cristallin
- Première cause de cécité dans le monde
- France touche plus de 50% des plus de 80 ans
- 500 000 interventions cataracte chaque année
- Baisse progressive et lente de acuité visuelle bilatérale parfois asymétrique, prédominant sur la vision de loin en vision crépusculaire
- Pas de douleur oculaire
- Examen lampe à fente: œil blanc

GLAUCOME

- Glaucome angle ouvert: chronique, évolution lente, insidieuse
- Glaucome angle fermé : Urgence
- Altération du champ visuel
- **TENSION INTRA OCULAIRE > 21MMHG**

Rétinopathie Diabétique

- **Dépistage une fois par an chez tout diabétique dès sa découverte**

  Micro-angiopathie : capillaropathie.
- Touche toute la microcirculation de l'œil

- **Diagnostic**: FO et angiographie fluorescéinique.

  Traitement: Équilibration diabète, photo coagulation au laser selon les données de l'angiographie.

L'accessibilité au logement

- Limiter au maximum les risques de chute
- Faciliter la vie quotidienne en améliorant confort et sécurité
- Favoriser le lien social

L'accessibilité au logement

Toute solution technique répondant à l'accessibilité au logement dépend du **facteur financier**

Ces solutions dépendent elles mêmes de la nature du logement, et si la personne est propriétaire ou locataire.

L'accessibilité au logement

- On peut préconiser :

  L'ajout d'aides techniques de tous ordres

  Les modifications du bâti : Travaux

  Ou les deux

Circuler dans son logement en sécurité

ÊTRE SIMPLE

- Éviter les tapis et obstacles de tout genres ,fils électriques
- Bon éclairage
- Espace de déambulation conséquent
- Rampes dans les escaliers
- Proximité des toilettes et de la salle de bain de la chambre
- Attention aux animaux domestiques qui entravent la marche

Aides techniques

- Cannes, déambulateurs, fauteuils roulant, …
- Montes-escaliers électriques
- Ascenseurs/Plates-formes élévatrices (lourds travaux)

Circuler dans son logement en sécurité

Circuler dans son logement en sécurité

Circuler dans son logement en sécurité

- Aménagements
  - Installations de main courantes ,barres d'appui
  - Opter pour des seuils de portes plats
  - Confection de plans inclinés
  - Élargissement des seuils de portes
  - Installations de volets électriques

Effectuer ses transferts

Pose de barres d'appui à des endroits stratégiques ;

Lit médicalisé peut faciliter lever, coucher et les changements de position

Fauteuils releveurs pour initier le mouvement lors du passage assis-debout

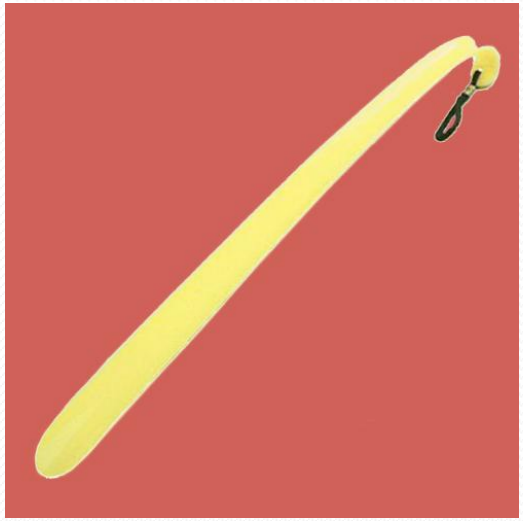
Effectuer ses transferts

S’habiller

- La personne se met elle en danger lorsqu’elle s’habille ?
  - Est-ce qu’elle s’assoie (lit, chaise) ?
  - Prend-t-elle appui sur un meuble ?
  - Peut elle se pencher en avant/côtés ?

S’habiller

- <u>Aides techniques :</u>



Faire sa toilette en toute sécurité

- Quelles habitudes de la personne ?

  - Douches/bains ?

  - Ne prend plus de douche ou bains car peur ou impossibilité d'enjamber le baignoire ?

Faire sa toilette en toute sécurité

- Aides techniques :
  - **Accès baignoire :**
    Marche pied
    Planche de bain
    Siège de bain pivotant
    Elévateur de bain électrique

  - **Accès douche** :
    Barres d'appui murales
    Siège de douche fixe ou strapontin

Dans tous les cas, s'assurer de la stabilité de tout matériel

Faire sa toilette en toute sécurité

- Les Aménagements :
  - Surfaces antidérapantes (tapis ou carrelage)
  - Transformation de la baignoire en douche
  - Accessibilité du lavabo (passage en dessous)
  - Installation de mitigeurs pour les robinets

Faire sa toilette en toute sécurité

Faire sa toilette en toute sécurité

Faire sa toilette en toute sécurité

Aller aux toilettes

Ajouter un rehausseur si l'assise est trop basse

Barres d'appui

Attention au sens d'ouverture de la porte vers l'extérieur pour faciliter la déambulation

Chaise percée pour les personnes à mobilité réduite

En cas d'incontinence: protections pour éviter le risque de chute lors de déplacements précipités vers les toilettes

Aller aux toilettes

Pouvoir alerter

S’assurer que le téléphone soit à portée de main

Mise à disposition de téléalarme ou téléassistance (médaillon ou au poignet)

S’assurer qu’un proche a un double des clés pour intervenir rapidement

Pouvoir alerter

L'accompagnement au changement

Toutes modifications dans les repères quotidiens perturbent considérablement la personne âgée (résistance aux changements les plus simples)

Elles doivent être proposées et expliquées en douceur, la personne devant rester acteur de ses choix cela doit être un acquis et non une perte

L’accompagnement au changement

La famille ou l’entourage immédiat doivent adhérer au projet de vie, afin que les adaptations ne soient pas perçues comme des contraintes, mais plutôt comme des éléments facilitateurs, pour vivre mieux ensemble.

AGGIR

- Autonomie ,Gérontologie, Groupe Iso Ressources

- **Grille** qui évalue le degré de dépendances des personnes âgées en déterminant par un série de questions leur appartenance à un des 6 groupes nomenclature de GIR **1** à GIR 6

  Gir 5 et 6: Financement par les caisses de retraites

  Ou aide sociale pour les patients sans retraite

  Gir 1 à 4 : Financement APA, conseil général

  Mise en place des aides ménagères, aides techniques: téléalarme, repas…

  Informations associations, les dossiers d'entrée EPHAD…

APA

Allocation personnalisée d'autonomie

- 1.13 Millions en 2009
- 1.6 Millions prévus en 2040
- **REPARTITION de l' APA**
- GIR4: aide pour se lever et se coucher
- GIR3: , assistance pour se nourrir et se laver
- GIR2: Totalement dépendante physiquement sans dégradation intellectuelle
- GIR1: Physiquement et intellectuellement dépendante

Financer les aides humaines à domicile

AIDES MENAGERES, AUXILIAIRES DE VIE

Personnes âgées GIR 5 ou 6

- CNAV, Mutuelles, Aide sociale

Personnes âgées GIR 4 à 1

- APA, Mutuelles

SOINS INFIRMIERS: aide à la toilette, préparation et distribution médicaments

PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

Aides Techniques
-téléalarme
-Repas à domicile
-Matériel médical
-Matériel technique
-Aménagement du domicile
-Transformation du domicile

Aides à la vie quotidienne
-aides ménagères
-auxiliaires de vie
-infirmières

Aides financières
-caisses de retraites
-APA
-Aide Sociale
-Allocation logement
- aides au financement de l'habitat

Associations & Bénévoles
-Associations caritatives
-France Alzheimer
-

Coordination
-Médecin généraliste
-CLIC
-Réseau de santé

Aidants familiaux

Le Soin à Domicile
-IDE libérales
-HAD
-Kinésithérapeutes
-Ergothérapeutes
-Orthophonistes
-Secteur Psychiatrique

L'accueil Temporaire
-accueil de jour
-hôpital de jour
-EHPAD

L'Hôpital
court séjour gériatrique
hôpital de jour
- consultation d'évaluation gériatrique
-l'équipe mobile hospitalière
- consultation mémoire

Organiser les aides humaines et techniques à domicile

- Les associations prestataires de services
- C.L.I.C. Centre Local d'Information et de Coordination intercommunal
- C.C.A.S. communal
- L'équipe médicosociale de l'A.P.A. (Conseil Général)
- L'équipe de coordination des réseaux de santé gériatriques pour les situations complexes

CLIC = Centre Local d'Information et de Coordination

- **Guichet d'accueil, d'information et de coordination**

structure de proximité,:
- retraités, et entourage,
- professionnels de gérontologie et maintien à domicile,

- **Des professionnels à votre écoute**

Chargé d'accueil
Coordonnateur
Professionnels sociaux, médico-sociaux , de santé

- **Missions**

- Informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux
- Evaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement, ou d'intervention
- Assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs,
- Coordonner par Travailleur social, Ergothérapeute, Psychologue
- Gériatre

Point Paris Emeraude Missions

- Accueillir, informer, conseiller, orienter les Parisiens âgés et leur famille
- Mis en place des Points Paris Emeraude sur le territoire parisien par le Département de Paris
- PPE : version parisienne des Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC).

Intervenants à domicile

- **MEDECIN GENERALISTE**
- **INFIRMIER**
- **ASSISTANTE SOCIALE**

  ERGOTHERAPEUTE
- **KINESITHERAPEUTE**
- **ORTHOPHONISTE**
- **PSYCHOLOGUE**

- **Ou Equipe mobile d'évaluation à domicile du Réseau de santé**

AIDER LES AIDANTS

- Soutien psychologique par le médecin généraliste
- Recours aux psychologues libéraux
- Recours aux associations:
  - France Alzheimer
  - Café des aidants
- Rémunérer par l'APA , l'intervention d'un aidant familial
- Congé de soutien familial (3 à 12 mois)

RESEAU DE SANTE

SOLUTION DE COORDINATION DES SOINS ET DES AIDES AMBULATOIRES

Le réseau de santé ne se substitue pas aux acteurs de terrain mais intervient en complémentarité et en liaison avec tous les intervenants avec l'accord du patient et du médecin traitant

MESSAGES CLES

- Evaluation clinique recherche de signe de gravité
- Peu d'examens complémentaires en fonction de évaluation clinique des signes d'appel
- Rechercher les facteurs de risques
- Proposer les interventions pour prévenir récidive de chute et complications
- Prise en charge multifactorielle: kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, médecins

Synthèse des interventions efficaces

1.	Correction/traitement des facteurs prédisposant ou précipitant modifiables
2.	Port de chaussures à talon large et bas, à semelles fines et fermes avec une tige remontant haut
3.	Aides techniques et environnement
4.	Pratique régulière de la marche et/ou de toute autre activité physique
5.	Apport journalier d'au 800 UI de vitamine D si carence en vitamine
6.	Apport journalier calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g
7.	Education de la personne et des aidants
8.	En cas d'ostéoporose avérée, débuter une traitement de l'ostéoporose
9.	Lors d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre, prescrire des séances de kinésithérapie

EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

Demander à tous les patients s'ils ont fait une chute durant l'année passée

Le simple fait de poser la question permet de parler de prévention même s'il n'y a pas eu de chute

Merci de votre attention

Bibliographie

- HAS : voir www.has-sante.fr
  - Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant de chutes répétées HAS 2009
  - Evaluation et amélioration des pratiques : Prescrire chez le sujet âgé (plus de75ans ou plus de 65 ans poly pathologique) :
  - Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose
  - Synthèse des recommandations professionnelles Le pied de la personne âgée Approche médicale et prise en charge de pédicurie podologie
  - Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée recommandations 2005
- La revue du praticien Médecine générale Tome 20 N°724/725du 13/03/2006
- www.handicat .com
- Réseau AGEKANONIX Handicaps Dépendances 92