

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE ET DE LA MARCHÉ EN HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

HGMS Plaisir-Grignon (78)

Dr V. AZARIAN

Mme F. DE MICHELE

Unité Vivaldi

Ouverture le 24 février 2003 de 6 places SSR

Création de 3 places MCO le 9 mars 2006

Mission principale: permettre aux patients âgés vivant à domicile de maintenir leurs capacités motrices, optimiser la qualité de vie à domicile

Unité Vivaldi

Alternative à l'hospitalisation

- éviter une hospitalisation
- ↘ la durée moyenne de séjour

Médecins prescripteurs

- médecin généraliste +++++
- neurologue ++

Missions

- Evaluation : autonomie, marche et équilibre, troubles sensoriels, nutrition, statut cognitif, plaies chroniques
- Prise en charge réadaptative et / ou soins plaies chroniques
- Rôle dans la prévention (I et II)

Une équipe pluridisciplinaire

gériatre, infirmière, AS, cadre de santé,
secrétaire, rééducateurs



kinésithérapeute, kiné-posturologue
ergothérapeute, psychomotricienne,
orthoptiste, podologue, diététicienne,
psychologue

Organisation

Evaluation initiale, standardisée,
pluridisciplinaire sur 1 journée

Synthèse hebdomadaire de chaque dossier,
prise de décision en équipe

Programmation des prises en charge

Structure de proximité

Partenariats avec la ville

- ▣ Famille, entourage
- ▣ Médecin traitant, infirmière à domicile, kiné
- ▣ Auxiliaire de vie
- ▣ Intervenants sociaux
- ▣ CLIC, APA
- ▣ Réseaux de ville

Profil des patients

Patients ayant atcd de chute ou ayant peur de chuter + gêne dans les activités quotidiennes + diminution de certaines activités - mettant en jeu la mobilité, les déplacements extérieurs

Fragilité ++ Syndrome post-chute

Chutes chez les sujets âgés

- ▣ Très fort impact psychologique +++
- ▣ Prise de conscience du vieillissement, de sa propre vulnérabilité
- ▣ Démotivation, syndrome dépressif (perte d'intérêt et d'activité)
- ▣ Séquelles psychomotrices, réduction de mobilité
- ▣ Risque de récides +++
- ▣ 1^{ère} cause de mortalité par traumatisme chez les + de 65 ans

Chute : évènement multifactoriel

- ▣ Vieillesse
- ▣ Polypathologie
- ▣ Troubles de l'équilibre +++
- ▣ Dépassement des possibilités adaptatives



facteurs prédisposants et précipitants

Le patient vient consulter :

- dans contexte de pathologies identifiées
- dans contexte de polypathologies, avec son cortège de causes multifactorielles

Démarche diagnostique

- ▣ A la fois « classique »
- ▣ Mais principalement FONCTIONNELLE
- ▣ Axée sur une analyse statique et dynamique

Principe du bilan

- ❖ complexité des facteurs impliqués et difficultés diagnostiques
- ❖ intérêt d'un diagnostic fonctionnel :
 - tient compte de la plainte du patient
 - dépiste la composante réversible
 - permet une réhabilitation ciblée
- ❖ repérage des patients à risque (fragilité)
- ❖ sensibilisation à la prévention

Evaluation du patient

- 1) Interrogatoire du patient et de son entourage
- 2) Evaluation gériatrique standardisée
- 3) Evaluation posturale (kiné, podo, orthoptiste)
- 4) Plateforme de posturographie
- 5) Tests cliniques (tinetti, get up and go)
- 6) Parcours de marche et vitesse de marche
- 7) Mises en situation

Analyse des troubles statiques et dynamiques

- ▣ Posture et mouvement sont liés
- ▣ Le désordre postural est en cause lors des chutes chez le sujet âgé
- ▣ Dans tout programme de rééducation, l'acquisition d'une posture stable est indissociable d'une marche performante et sûre

Analyse du contrôle postural

- ▣ Afférences sensorielles :
 - vision
 - vestibule
 - proprioception
- ▣ Acquisition de renseignements sur la position du corps dans l'espace
- ▣ Construction d'un schéma moteur et de stratégies d'équilibration

Synthèse des bilans

- ▣ Hebdomadaire
- ▣ En équipe pluridisciplinaire
- ▣ Si décision de prise en charge :
organisation et planification de séances ciblées (groupe, fréquence, durée....)
- ▣ Sinon, conseils et recommandations, mise en place de plans d'aide à domicile