

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT CHUTEUR EN HOPITAL DE JOUR

Équipe de l'Hôpital de jour
Sauzon
CHU Rennes

CAS CLINIQUE

- Mme B 87 ans, vue en UMG pour chutes et confusion (janvier 2006)
- **ATCD** : ostéotomie genou D, PTH puis fracture sous PTH, insuffisance cardiaque, glaucome
- **Traitement** : Cardensiel, Coversyl, Lasilix, Amlor, Mogadon, Alphagan collyre

CAS CLINIQUE

- **Mode de vie** : seule en appartement avec ascenseur, pas d'aide
- Autonome pour les actes de la vie quotidienne, doute sur médicaments et comptes, téléphone OK, transports non utilisés

CAS CLINIQUE

- **Fonctions supérieures** : Sd confusionnel post opératoire, plainte mnésique et troubles attentionnels confirmés par le fils, discours flou
- MMS 18 / 30
- 5 mots 6/10 (3+1+0+2)
- Difficultés attentionnelles et démotivation sans Sd dépressif net
- Troubles visuels
- Examen neurologique normal
- TDM : lacunes noyaux gris centraux G

CAS CLINIQUE

- **Marche** : boiterie MIG, utilisation correcte du rollator, 1 chute récente responsable d'une fracture du fémur, 1 autre la veille de l'hospitalisation (circonstances?), relevé seule -, sensation d'instabilité, get up and go test > 20'', station unipodale impossible, hypotension orthostatique non réalisée, TA 10/5
- **État nutritionnel** : perte d'une trentaine de kg depuis?, Pr 68g/l

CONCLUSION DE L'EVALUATION

- **Facteurs favorisants** : boiterie, troubles visuels, troubles des fonctions supérieures probables, dénutrition
- **Facteurs précipitants** : hypotension iatrogène, facteurs extrinsèques?
- **Propositions** : allègement thérapeutique, renutrition, kiné, mise en place surveillance du traitement par IDE, aide à domicile pour supervision repas, téléalarme
- **Reconvocation en HDJ**

HOPITAL DE JOUR Février 2006

- IDE : ADL, IADL, hypotension orthostatique, ECG, biologie
- Kinésithérapeute
- Diététicienne
- Neuropsychologue

BILAN IDE

- Autonome pour les AVQ (doute sur continence urinaire)
- Médicaments par IDE, utilise le téléphone, manipule l'argent liquide, formalités administratives gérées par le fils
- Mise en place aide à domicile 3h/sem, IDE tous les jours pour médicaments, téléalarme en cours

BILAN PSYCHOMETRIQUE

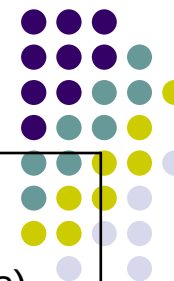
- Troubles attentionnels, praxiques
- Mémoire : difficultés d'encodage plus que de stockage
- Orientation correcte
- Langage de bonne qualité sauf la fluence verbale
- => profil vasculaire plus que dégénératif

BILAN DIETETICIENNE

FICHE DE SUIVI DIÉTÉTIQUE



Etiquette : Mme B... 28/02/1918	Dates	23/02/06		
Prescription médicale : Evaluation nutritionnelle Le : 23/02/2006 Motif de la prescription : Médecin prescripteur : G. Sost Diététicienne : D. Le Corre	Albumine Préalbumine CRP Poids : - actuel - habituel - MNA - score dépistage /14 - score total / 30	39,5 0,26 2 mg 57,8 kg 82 Kg il y a 6 mois 11 Pas fait		



Dates :

23/02/2006

Enquête nutritionnelle :

(Habitudes alimentaires, habitudes socioculturelles, antécédents diététiques, enquête qualitative et quantitative, problèmes nutritionnels)
a perdu 26kg à Chantepie en 2005 / poids stable depuis / n'a jamais faim / fait les courses et la cuisine

Appétit :

-conservé

-anorexie : majeure / **modérée** / sélective

Protides : 37 grammes

Lipides : 62 grammes

Glucides : 172 grammes

Energie : 1400 Kcalories

Niveau de couverture des besoins nutritionnels :

$\frac{1}{4}$ $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{2}$ $\frac{2}{3}$ $\frac{3}{4}$ complet

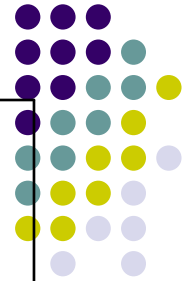
Régime ou restrictions alimentaires habituelles :

non

Conseils nutritionnels donnés au patient:

Augmenter les produits laitiers et le pain

Réceptivité aux conseils : -de la personne elle-même +
- des aidants + son fils



Dates :

23/02/2006

Compte-rendu de consultation :

Mme B... est venue accompagnée de son fils

Les apports nutritionnels sont insuffisants sauf en compagnie (a très bien déjeuné à Sauzon)

- 1 seul produit laitier / jour au lieu des 4 recommandés (400mg calcium/24h)
- repas du soir trop léger quand elle est seule (fromage + fruit)
- alcool ?

Conseils donnés :

- augmenter le nombre de produits laitiers
- mettre en place un goûter
- augmenter la ration de pain ou équivalent
- augmenter les boissons (actuellement 500 ml /24h)

Son fils vérifiera les apports et achètera le pain qu'elle apprécie

Si Mme B suit nos conseils....

Énergie: 1920 kcal

Protides: 70g

Lipides: 60g

Glucides: 275g

Calcium: 950mg

- ▶ avec 3 petits suisses enrichis avec 1 c à s lait en poudre et 1 part de fromage râpé dans la soupe

Équivalences calciques

150 mg de calcium dans

- 1 verre de lait
- 1 yaourt
- 150g de fromage blanc
- 3 petits suisses 60g
- 40g de camembert
- 15g de gruyère

- **Crèmes HP industrielles**

(remboursées uniquement dans le cadre des pathologies référencées)

P-10g L-3g G -20g Ca-250mg
150 kcal

- **Crèmes enrichies maison**

P-8g L-8g G-18g Ca-200mg
190 kcal

BILAN KINÉ



- **BILAN SYNDROME DE REGRESSION PSYCHOMOTRICE ET SYNDROME POST CHUTE**

- **LECTURE DU DOSSIER MEDICAL :**

- Cause(s) de la pathologie : **Chutes**
- Résultat du mini mental test : **18/30**
- A chuté au cours des 6 derniers mois : oui
- A propos de la dernière chute :
- Temps au sol : ...NC.....mn ouh
- Lieu de la chute : tombée du lit
- Moment de la chute : la nuit
- Relevé du sol : avec aide d'une tierce personne.
- Urgence mictionnelle : non

- **TROUBLES SENSITIFS* :**

- Déficit sensibilité superficielle où : non
- Déficit sensibilité profonde où : non
-

TROUBLES SENSORIELS *:

Vue : Glaucome

Audition : ok

BILAN DE LA DOULEUR* :

Inflammatoire où :

Mécanique où :

EVA :

DOLOPLUS :

BILAN CUTANEOTROPHIQUE *:

Escarre où :

Œdème où :

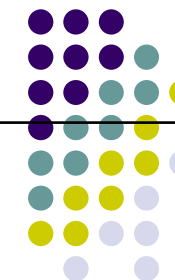
Couleur anormale où :

Chaleur anormale où :

Cicatrice où : cuisse droite,
genou gauche

- Bonne Coopération du patient : oui
- (*Barrer les items ne présentant pas de caractères pathologiques ex : escarre où si le patient ne présente pas d'escarre)

BILANS MASSOKINESITHERAPIQUES



	ARTICULAIRE		MUSCULAIRE	
	DROIT	GAUCHE	DROIT	GAUCHE
Membre supérieur	Normal	Normal	Normal	Normal
Hanche :	90°	Normal	Normal	Normal
Flexion-----	Normal	Normal	Normal	Normal
Extension -----	Normal	Normal	Normal	Normal
Abduction -----	Normal	Normal	Normal	Normal
Adduction-----	Normal	Normal	Normal	Normal
Rotation médiale----	Normal	Normal	Normal	Normal
Rotation latérale----				
Genou :	Normal	Normal	Normal	Normal
Flexion-----	Normal	Normal	Normal	Normal
Extension-----	Normal	Normal	Normal	Normal
Rotation médiale----	Normal	Normal	Normal	Normal
Rotation latérale----				
Cheville et pied :	Normal	Normal	Normal	Normal
Flexion plantaire-----	Normal	Normal	Normal	Normal
Flexion dorsale-----	Normal	Normal	Normal	Normal
Pronation -----	Normal	Normal	Normal	Normal
Supination-----				

N.B. : escaliers y arrive difficilement

Marche arrière difficile mais possible

Le Test de Tinetti



DATES : 23/02/2006	
Equilibre assis droit sur une chaise	2
Se lever d'une chaise (si possible sans l'aide des bras)	2
Equilibre debout juste après s'être levé	2
Equilibre debout les yeux ouverts, les pieds joints	2
Equilibre debout les yeux fermés ,les pieds joints	2
Le patient effectue un tour complet sur lui-même	1
Capacité à résister à 3 poussées successives en arrière les yeux ouverts	2
Capacité à résister à 3 poussées successives en arrière, les yeux fermés.	2
Equilibre après rotation et hyperextension de la tête	2
Equilibre sur un seul pied pendant plus de 5 secondes	0
Equilibre avec extension de la colonne cervicale et élévation des membres supérieurs	2
Equilibre penché en avant	2
Equilibre en s'asseyant	1
SCORE TOTAL	22/26

Statique :

2= équilibre stable

1= instabilité
Partiellement
compensée

0= instabilité prononcée
équilibre jamais atteint.

Le Test de Tinetti



DATES : 23/02/2006	
Equilibre à l'initiation à la marche	1
Evaluation de la hauteur des pas	1
Evaluation de la longueur des pas	1
Evaluation de la symétrie du pas	0
Evaluation de la régularité de la marche	1
Capacité à marcher en ligne droite	1
Exécution d'un demi- tour en marchant	1
Evaluation de la stabilité du tronc	0
Evaluation de l'espacement des pieds lors de la marche	1
Parler pendant la marche	1
SCORE TOTAL	8/10

Dynamique :

1 : réponse normale

0 :réponse anormale

Test « Get up and Go » :



- Placer un siège avec des accoudoirs à 3 m d'un mur. Le sujet assis est invité à se lever, à rester debout quelques instants, à marcher jusqu'au mur, à faire demi-tour sans toucher le mur, à revenir jusqu'à son siège, à en faire le tour et à s'y asseoir.
- Chronométrer ce parcours.
- Entourer le chiffre qui convient dans la liste qui suit :
 - 1 : aucune instabilité
 - 2 : Très légèrement anormal (lenteur d'exécution)
 - ➡ 3 : moyennement anormal (difficulté à se lever, hésitation dans la marche)
 - 4 : anormal (le patient trébuche)
 - 5 : très anormal (risque permanent de chute)
- Durée du parcours : 38secondes
- Aide technique : Sans

Interprétation :
score $\leq$ 20 secondes : indépendant
score $\geq$ 3 traduit un risque important de chute.
score $\geq$ 30 secondes : dépendant

Synthèse bilan kiné

- Madame B présente une difficulté à la marche avec une légère claudication et un défaut d'élévation du bassin lors du passage du pas.
- Cette instabilité semble essentiellement liée à ses problèmes orthopédiques.
- Le rollator lui permet une marche sécuritaire mais un renforcement musculaire de la hanche droite aiderait à la diminution de la claudication.
- Interrogation sur des possibles fuites urinaires pouvant favoriser des chutes.

CONCLUSIONS HDJ

- Troubles des fonctions supérieures d'allure vasculaire : ajout antiagrégant, poursuite traitement cardio en maintenant une TA suffisante
- Remplacement Mogadon par hypnotique à ½ vie courte
- Doute sur l'équilibre alimentaire et les conditions exactes au domicile
- Supplémentation vitamino calcique et disphosphonates
- Proposition de kiné
- HDJ dans 6 mois avec VAD

HOPITAL DE JOUR Octobre 2006

- Médecin
- Neuropsych
- Diététicienne
- Ergo + Assistante sociale : visite à domicile

MEDECIN

- Doute sur le traitement : mise en route antiagrégant, Ca-vit D et diphosphonate, Mogadon remplacé par Zolpidem
- Consultation ophtalmologique récente (glaucome)
- Mise en place téléalarme
- Kiné jugée inefficace par Mme, pas de nouvelle chute
- TA 11/5 C-D
- Incontinence urinaire/impériosités

BILAN PSYCHOMETRIQUE

- Troubles attentionnels et praxiques persistants
- Encodage fragile, stockage possible
- Majoration troubles du langage
- => part dégénérative

BILAN DIETETICIENNE



FICHE DE SUIVI DIÉTÉTIQUE

Etiquette : Mme B... 28/02/1918	Dates	23/02/06	11/10/06
Prescription médicale : Suivi dénutrition Le : 11/10/2006 Motif de la prescription : perte de poids Médecin prescripteur : G. Sost Diététicienne : MC Le Gall	Albumine Préalbumine CRP Poids : - actuel - habituel - MNA - score dépistage /14 - score total / 30	39,5 0,26 2 mg 57,8 kg 82 Kg il y a 6 mois 11 Pas fait	39,2 0,32 55 kg 57 kg en fév. 06 9 23

**Dates :**

11/10/2006

Enquête nutritionnelle :

(Habitudes alimentaires, habitudes socioculturelles, antécédent, enquête qualitative et quantitative, problèmes nutritionnels)

vit seule à domicile / perte de poids de 27 kg en 1 an / n'a jamais faim

Appétit :

-conservé

-anorexie : majeure / **modérée** / sélective ; interrogatoire pas fiable

Protides : 45 grammes

Lipides : 50 grammes

Glucides : 200 grammes avec ½ l de jus de fruits

Energie : 1430 Kcalories

Niveau de couverture des besoins nutritionnels :

¼ 1/3 ½ 2/3 ¾ complet

Régime ou restrictions alimentaires habituelles :

Non

Conseils nutritionnels donnés au patient:

Oui

Réceptivité aux conseils : -de la personne elle-même +

- des aidants



Date : 11/10/06

Compte rendu de consultation :

Mme B... est venue seule ; elle fait toujours les courses et la cuisine
Elle n'a pas modifié ses habitudes alimentaires depuis la dernière
consultation : l'alimentation est insuffisante et monotone
la ration calcique est estimée à 500 mg / 24h
ici à HDJ elle à pratiquement pris son repas en intégralité
hydratation estimée à 700ml/24h

Conseils donnés:

Ayant l'habitude d'aller passer 1 après midi / semaine au foyer du
Colombier, je lui ai proposé qu'elle aille tous les jours déjeuner là bas
J'ai évoqué avec elle les risques encourus si l'alimentation restait
insuffisante
Collation à 16h : 1 boîte de renutryl prescrite par le médecin du service
Aide et surveillance alimentaire vivement recommandés
Visite à domicile avec ergo proposée

BILAN D'ERGOTHERAPIE



Date : 11 Octobre 2006

Ergothérapeute : C. ALLARD

Nom- Prénom	Mme B....		
Date de naissance	28/02/1918	Médecin	G. Sost
Adresse	17 place du 35000 Rennes	Prescription	VAD avec AS
Téléphone	02-99- 02-23 (fils maison) 02-23 (fils travail)	Date de consultation de synthèse	15/11/06 à 16h00

Entretien avec :

Patient



Famille



Mode de vie et situation familiale	Veuve depuis 23 ans – 1 fils (habite sur Rennes à proximité) et 2 petits-enfants. IDE + Femme de ménage Voisines Téléalarme
Troubles sensoriels	Troubles visuels

Domicile :

Institution

☐

Propriétaire

☒

Appartement

☒

Locataire

☐

(11ème étage)

Maison

☐

Accessibilité		Escalier :						
	✓	Ascenseur :						
Description Revêtement	3 ch, baignoire (projet de la changer en douche) Moquette dans toutes les pièces sauf cuisine, sdb, WC							
Cuisine	✓	Gaz	☐	Plaques électriques	☐	Plaques vitro	☐	Micro-ondes
SDB	✓	Baignoire	☐	Douche	☐	Barres d'appui		
WC	☐	Réhausse-WC	☐	Barres d'appui	☐	Chaise garde-robe		
Chambre	☐	Lit médicalisé						
Conseils en matériel	A déjà une pince à long manche pour attraper choses par terre							
Proposition VAD	✓	oui	☐	non				
	Objectifs Avoir une vision plus précise du quotidien à domicile							

BILAN GESTUEL

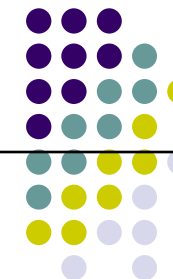
Latéralité : Droitière

Préhensions : Bonnes



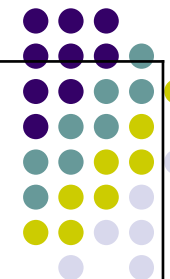
Gauche		Zones fonctionnelles atteintes	Droite	
NON	OUI		OUI	NON
	✓	Main-bouche	✓	
	✓	Main-nuque	✓	
	✓	Main-omoplate	✓	
	✓	Main-dos	✓	
	✓	Main-fesses	✓	
✓		Main-sol		✓
	✓	Pied-main	✓	

ENTRETIEN - QUESTIONNEMENT



▪ Faire les courses : - organisation...	☒	Seul(e)	Avec rollator 4 roues
	☐	Accompagné(e)	
	☐	Incapable	
▪ Faire la cuisine : -préparer une boisson chaude -réchauffer un plat	☒	Elabore et cuisine seule	
	☐	Réchauffe des repas préparés	
	☐	Nécessité de repas préparés et servis	
▪ Faire le ménage : -balayage -meubles -vaisselle	☐	Autonome	Femme de ménage le mardi AM pdt 2-3 h
	☐	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante	
	☐	Aide nécessaire	
▪ Linge	☒	Lave son linge	La femme de ménage en fait une partie
	☐	Aide nécessaire	
▪ Transport	☐	Autonome	
	☐	Accompagné(e)	
	☒	Non utilisé	
▪ Médicaments	☐	Autonome	IDE passe tous les soirs 7 j /7
	☒	Les prend correctement s'ils sont préparés	
	☐	Nécessité de lui donner	

MISE EN SITUATION

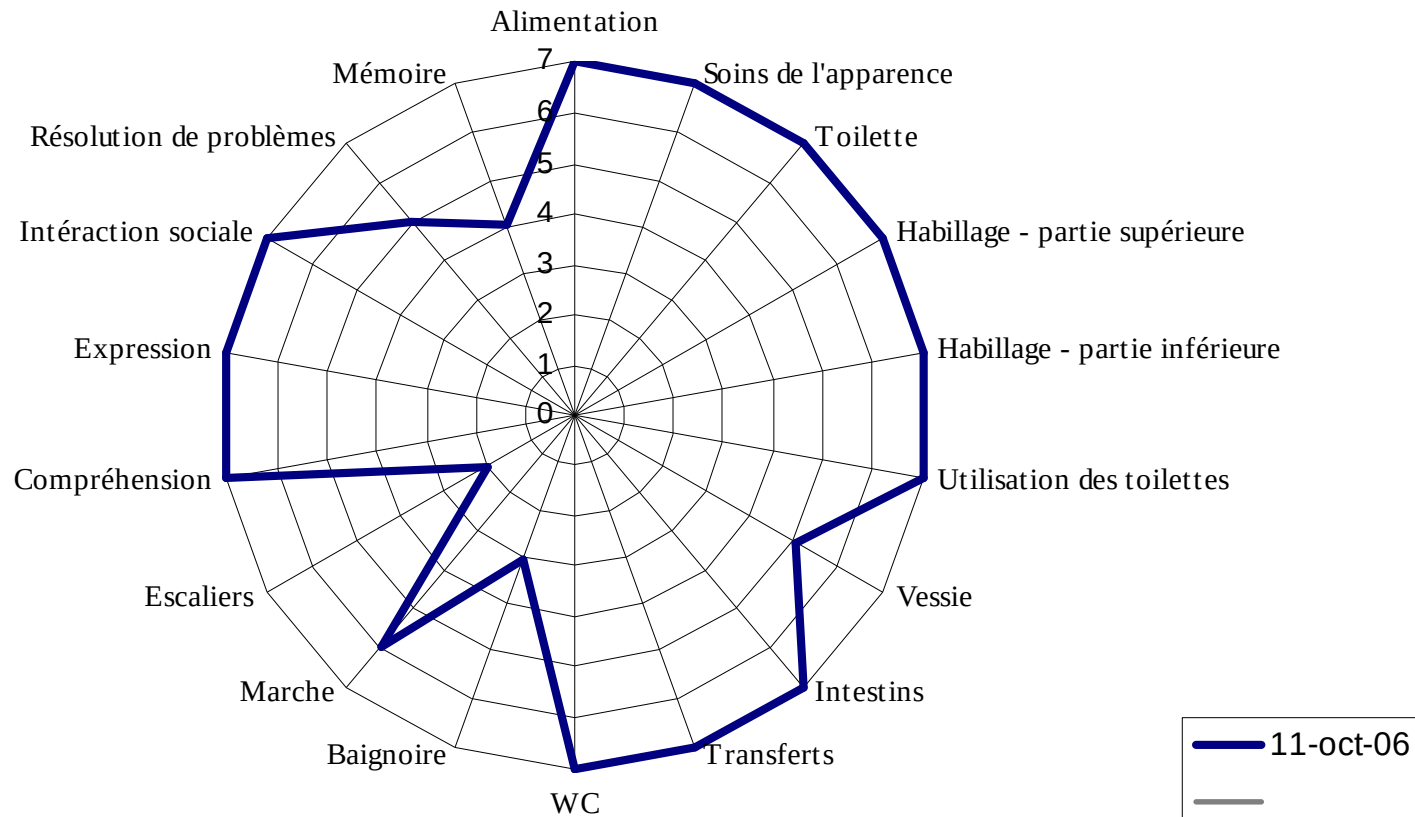


Argent	✓	Connaître le prix des choses			Confond les centimes et les euros. N'a pas réussi à me donner les sommes demandées.
	✓	Connaître la valeur d'un euro			
		Trouver une somme donnée			
		Remplir un chèque			
		Rendre la monnaie			
Résolution de problèmes		Images séquentielles			
			Chronologie		
			Echange sur cette activité		
		Recherche de la date sur le calendrier			
	✓	Lire l'heure			
Orientation		Temporelle			
		Spatiale			
Ecriture		Spontanée		Possible	
		Après consigne		Impossible	
Lecture	✓	Article	✓	Comprend	Bonne compréhension de l'article lu.
		Menu		Ne comprend pas	
Téléphone	✓	Utilisation spontanée			Bonne utilisation du téléphone
		Avec un n° écrit			
		Ne sait plus l'utiliser			

CONCLUSION BILAN D'ERGOTHERAPIE



Mme B...



MIF : 109 / 126



SYNTHESE :

11-10-06 :

Rencontré Mme B... seule où nous avons convenu d'une VAD avec l'assistante sociale.

Aides humaines :

- IDE tous les soirs 7j/7 pour préparer les médicaments (Melle B...)
- une femme de ménage le mardi AM pdt 2-3 h (Jacqueline)

Aides matérielles :

- rollator 4 roues
- une pince à long manche
- douche à la place de la baignoire ?

Difficultés avec la manipulation de l'argent liquide or fait ses courses seule.

OBJ ECTIFS VAD :

- accessibilité intérieure car risque de chutes
- accès baignoire,
- vérifier préparation repas,
- récupérer une ordonnance récente,

Compte –rendu de visite à domicile



- Mme B
- Adresse
- Téléphone

Personnes présentes :

- Mme B
- Aide à domicile
- Assistante Sociale
- Ergo

- Propriétaire d'un appartement au 11^e étage avec ascenseur (interphone). Proximité des commerces
- Aide à domicile 2h le mardi matin + IDE tous les soirs pour préparer les médicaments.
Lors de la VAD, l'assistante sociale a vu avec l'IDE pour un passage le matin pour le collyre.
- Vérification de l'utilisation de la téléalarme



- **Accessibilité intérieure** : pas de différence de niveaux.
Moquette ou lino dans les pièces avec de nombreux tapis présentant d'importantes butées : risque de chutes +++
Lors de la VAD : descente de lit enlevé.
 - Information sur les protecteurs de hanche (démonstration)
 - Baignoire : ne peut y monter seule. Projet ancien de changer la baignoire en douche mais rien de concret. Possibilité de mettre une planche de bain
 - Constatation d'une hygiène douteuse avec tâches sur les vêtements et odeurs d'urines ++ : problème urinaire confirmé par l'aide à domicile et qui nous informe également d'un laisser-aller dans la toilette.
 - Gère seule son linge sans machine à laver
-
- **Alimentation** : sur demande de la diététicienne de l'équipe.
Bonne prise des compléments alimentaires mais réfrigérateur quasiment vide. Confirmation de l'aide à domicile d'une mauvaise alimentation.
Proposition faite à l'HdJ de manger dans un foyer logement à proximité : refuse et ne veut pas non plus du portage de repas.
Présence du petit-fils aux repas ?



- **CONCLUSION**

- prévoir le passage d'une aide-soignante le matin pour une aide à la toilette (avec planche de bain éventuellement pour la baignoire)
- l'aider dans l'entretien du linge ou achat d'une machine à laver
- trouver une solution pour les repas
- enlever les tapis présentant des butées
- prescrire culottes HIPS (?).
- pas d'ordonnance récente

Lors de la VAD, propos de Mme B. pas toujours cohérents et l'aide à domicile la trouve de plus en plus désorientée.

Intérêt de la présence du fils lors de la consultation de synthèse.

CONTACTS :

- Aide à domicile : 02-99-...
- IDE : 02-99-...
- Pharmacie : 02-99-...

- Compte-rendu envoyé au médecin gériatre, au médecin traitant et à la famille. Téléphoné au fils.
- Intérêt d'être à deux à la VAD quand déni des troubles
- Importance de rencontrer les aides à domicile.

CONCLUSIONS HDJ

- Sd démentiel mixte : Réminyl®
 - Encadrement des repas + compléments
 - Aménagement domicile, culottes de protection Hips
 - Aide à la toilette
-
- Fils non vu car Mme réhospitalisée au moment de la consultation de synthèse

SUITE DE LA PRISE EN CHARGE

- Réhospitalisée pour chute en buttant dans un tapis
- Plaie du scalp, fracture du scaphoïde
- Poids 57 kg (+2), alb, préalb stables
- Sd confusionnel en hospitalisation

SUITE DE LA PRISE EN CHARGE

- Nouvelle VAD : tapis tous otés pendant VAD, achat machine à laver, mise en place AS pour soins d'hygiène, augmentation aide à domicile 6j/7 pour repas
- Refus repas au FL et inscriptions de précaution par le fils
- Consultation de suivi à 1 mois non réalisée

Consultation chute

- Composition dépend de l'historique du service
- Multidisciplinaire
- Mode d'entrée vers une consultation gériatrique standardisée

Consultation chute

- expérience de Lille

- F Puisieux :

- Depuis 1996, environ 200 patients par an dont 2/3 via les médecins généralistes

- Population globalement fragile : polypathologique et polymédicamentée (moyenne 6 médicaments)

- Chuteurs : en moyenne 5 chutes dans les 6 mois

- La moitié ont besoin d'une aide (ADL)

Consultation chute

- expérience de Lille

- Résultats :

- Recommandations sur :

- Modifications thérapeutiques suivi dans 50 % des cas

- Prescriptions de kinésithérapie suivi dans 60 %

- Modifications de l'environnement suivi dans 30%

- Propositions d'examens complémentaires suivi 30%

Consultation chute

Mode d'entrée vers la ***consultation gériatrique standardisée***

Évaluation cognitive (1/2 MMS < 24 chez Puisieux)

Évaluation nutritionnelle

Bilan d'ostéoporose

Détection d'une incontinence

Bilan de l'autonomie

Évaluation sociale

...

Consultation chute

Recommandations ou prescriptions ?

Partenariat avec médecins généralistes

Cahier des charges ?

Groupe EMARGE (SFGG)

Consultation chute

Groupe EMARGE (SFGG)

- Amélioration des pratiques en matière de prise en charge du chuteur et de prévention de la chute notamment par la formation des médecins gériatres et généralistes et des soignants
- Promotion de travaux de recherche clinique multicentriques

Consultation chute

Groupe EMARGE (SFGG)

Ecriture d'un référentiel concernant la prévention des chutes à l'hôpital.

Education du patient âgé chuteur. L'INPES dans son référentiel sur la prise en charge du patient âgé chuteur insiste à juste titre sur la dimension éducative.

Cahier des charges d'une consultation chute

Evaluation d'un dispositif d'actimétrie / accélérométrie.

Consultation chute

Cahier des charges : minimum requis

- Tests fonctionnels :

 - Get up chronométré

 - Tinetti

- Examen des pieds et du chaussage

- Evaluation de l'autonomie

- ECG

- Recherche d'hypotension orthostatique

Consultation chute

Cahier des charges : minimum requis

- Bilan sensoriel (fait ou programmé)
- Evaluation de l'environnement (questionnaire ou visite à domicile)
- Evaluation de l'ordonnance
- **Réponses rapides au demandeur**

Consultation chute

Doit aussi aboutir à des alternatives à l'hospitalisation ?

- Suivi, délais
- Hôpital de jour
- Hospitalisation de répit

Consultation chute

« atelier équilibre »

Après ou avant la PEC individuelle
kinésithérapique

« Animation » : kiné, éducateur sportif ou
animateur

Groupe : nombre de 8 à 12 suivant le nombre
d'animateurs

Consultation chute

« atelier équilibre »

Nécessité d'un contrôle médical

10 à 12 séances avec progression des difficultés

Populations cibles : seniors le plus souvent ou fragiles institutionnalisés

Consultation chute

« atelier équilibre »

Partenariats possibles : CRAM, caisses de retraite ou mutuelles

Ce qui existe :

FEPSGV depuis 1992

SIEL BLEU depuis 1995

initiatives locales

Chute : recommandations HAS

= Intervention multifactorielle personnalisée

- programme d'exercice physique, rééducation de la marche + équilibre
- modifications de l'ordonnance
- traitement d'une hypotension orthostatique, d'une déficience visuelle ou tout autre problème de santé dont les troubles cardio-vasculaires
- modifications environnementales

Ostéoporose

Recommandations de l'AFSSAPS : 2006

en l'absence de fracture

- > 80 ans :
 - supplémentation vitaminocalcique
 - prévention des chutes
 - protecteurs de hanches
 - ranélate de strontium ou biphosphonates

Ostéoporose

Recommandations de l'AFSSAPS : 2006 en l'absence de fracture : 60-80 ans

- recherche de facteurs de risque

ATCD fractures

corticothérapie ancienne ou actuelle, ATCD
fracture du fémur parents de 1 d° diminution de acuité
visuelle

IMC < 19

tr. neuromusculaires ou orthopédiques,
tabagisme

> 3 maladies chroniques

hyperthyroïdie

PR, cancer du sein

Ostéoporose

Recommandations de l'AFSSAPS : 2006 en l'absence de fracture : 60-80 ans

- recherche de facteurs de risque**
 - ménopause précoce
 - aménorrhée primaire ou secondaire,
 - immobilisation prolongée
 - carence vitaminocalcique

Ostéoporose

Recommandations de l'AFSSAPS : 2006 en cas de fracture

	Raloxifène	Biphosph.	Ranélate de strontium	Téripatide
Une fr. vertébrale et un risque faible de fr. périphérique	oui	oui	oui	oui
Une ou plus. fr. vertébrales et un risque fracture périphérique important		oui	oui	oui
Maladie sévère 2 fr. vertébrales ou plus	oui	oui	oui	oui

Ostéoporose

Recommandations de l'AFSSAPS : 2006 en l'absence de fracture : 60-80 ans

recherche de facteurs de risque

$T < -3$ ou
 $T < -2,5$ et FR

densitométrie

$-2,5 < T < -1$

$T < -2$ et FR

oui

non

raloxifène si ostéoporose rachidienne
et faible risque fracture fémur
(< 70 ans)
biphosphonates ou
ranélate de strontium

pas de traitement