Colloque

Plan Antichute des Personnes Âgées en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Jeudi 21 novembre 2024
IFSI La Blancarde Marseille

Colloque organisé par le CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, en partenariat avec le Gérontopôle Sud et avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

TABLE RONDE N° 1

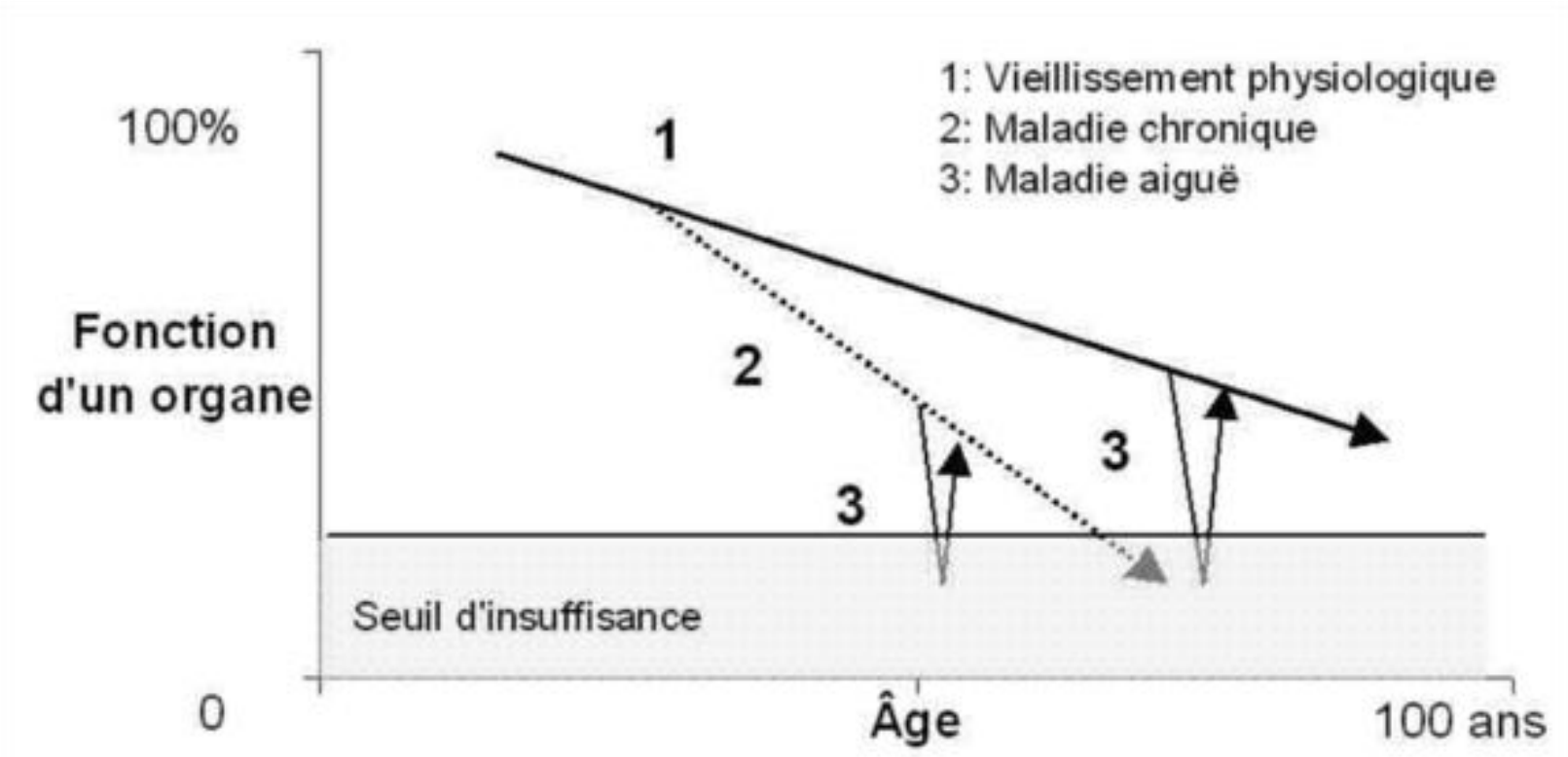
Changements induits par l'avancée en âge, amélioration de la condition physique et diversité alimentaire chez les 65/99 ans

Objectifs de l'intervention :

- repérer les risques de chute et de fragilité (comment?)
- et alerter (qui? Quand?)

  - c'est quoi le vieillissement? la fragilité?
  - C'est quoi la chute ? L'instabilité posturale ?
  - Comment je les repère?
  - A qui j'envoie les patients à risque?

Vieillissement : ce n’est pas une maladie MAIS …



J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d’être efficace en gériatrie, Rev, Prat 1984,34 :88

Baisse de réserve

Fragilité : c’est quoi?

La fragilité reflète la baisse des réserves physiologiques et la diminution de résistance à des facteurs de stress

→La fragilité est associée aux conditions physiques mais aussi à des conditions psychologiques et socio-environnementales : A ne pas négliger

→ La fragilité est associée mais distincte de l’âge et des maladies chroniques

→ La fragilité est une condition REVERSIBLE → **c’est là qu’on intervient!!**

Définition consensuelle de la fragilité par la SFGG, GPNV 2011 ; 9 (4) : 387-90

Fragilité, situation dynamique, réversible

FRIED

1 - Perte de poids >=5% par an

2 - Fatigue subjective Epuisé ou fatigué en permanence ou fréquemment ?

3 - Activité physique Aucune activité physique ou moins de 1 à 2 marches par semaine

4 - Vitesse de marche Difficulté à marcher 100 mètres

5 – Force «grip strength»

3 ou plus = Fragile
1 ou 2 = Pré-fragile
0 = Non fragile

Critères de Fragilité proposés par Fried et al. J.Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci. 2001. 56: M146-M156-

→limites, pas de prise en compte des dimensions psychiques, sociales en plus des critères moteurs.

Arveux et al., Rev Ger, 2002

Repérage en médecine gé? HAS 2013

5 Questions :

1- Votre patient vit seul?

2- Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?

3- Votre patient est il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois?

4- Votre patient se plaint-il de la mémoire?

5- A-t-il une vitesse de marche ralentie? (moins de 4m en 4s)

-------- > 1 OUI : SUSPICION FRAGILITE

LA CHUTE : c'est quoi?

- Se retrouver au sol involontairement
- OU à un niveau inférieur par rapport au niveau initial

- 450 FdR
- Donc action sur **FdR modifiables** :
  - Environnement (domicile)
  - Amélioration des capacités fonctionnelles

Objectifs atteignables et PRATIQUE :
- A DEFINIR AVEC LE PATIENT
BUT : Amélioration des activités de la vie quotidienne, autonomie, qualité de vie

Conséquences multiples des chutes

- Physiques
- Psychologiques
- Hospitalisation et tte la iatrogénie
- Perte d'autonomie
- Pathologies etc…

Risque de chute en 3 questions :

Recommandations mondiales sur la chute de 2022, 3 Questions de dépistage

- Etes-vous tombé?
- Avez-vous peur de tomber?
- Vous sentez-vous instable à la marche ou aux transferts?

1 OUI ---- > EXPLORATIONS

INSTABILITE POSTURALE

- Très fréquente

- Souvent décrite comme un vertige

- Multifactorielle : beaucoup de pathologies intriquées (vision, système neurologique, système vestibulaire, contrôle moteur central …)

- Responsable d’une perte d’autonomie

- ------ > agir vite : réadaptation

Prévenir, oui.
Mais comment?

Toutes ces situations (fragilité, chute, instabilité) ont un point commun, elles accélèrent l'entrée dans la dépendance

Et peuvent être repérées

Pour alerter le réseau adéquat en amont ou précocement

Etat des lieux : Les tests physiques de référence

Mais qui en disent bien plus que sur le moteur pur…

Les classiques : reproductibles, simples, rapides

- Regardez votre patient marcher!
- SPPB (short performance battery *(équilibre, 5 levers de chaise, vitesse de marche))*
- Vitesse de marche (< 0,7 m/s)
- Stop talking when walking test : pour évaluation de la nécessité de mettre en place des stratégies cognitives plus complexes pour marcher : indicateur ++
- Test Unipodal
- Get up and go test
- 5 levers de chaise …

Dépistage :

FRAGILITE : 5 questions HAS : 1 OUI : ----- > consultation

RISQUE DE CHUTE :

- Reco mondiales : 3 questions : 1 OUI ---- > consultation
- Tests standardisés : vitesse de marche faible, force musculaire faible etc…

- FAITES-vous confiance : au moindre doute , une consultation !!!!
- Activez votre réseau !

Les exercices : c’est votre domaine

Innovez !

-- > OBJECTIFS à définir avec le patient

-- > le patient est ACTEUR de sa santé

- Physique pur : étirements, souplesse, force musculaire, amplitudes articulaires
- Exercice combiné : double tâche
- Relevé de sol …

Un mot sur
-- > Activité physique et meilleure tolérance de la chirurgie : la PREHABILITATION

- Donc PREVENTION primaire ++

- Réadaptation / rééducation
    - avec incapacité : au meilleur de l'autonomie (réadaptation)
    - Sans incapacité : retour à l'état antérieur (rééduc)

La prévention, meilleur moyen d'éviter les situations critiques et de précipitation ds la dépendance

Connaitre son territoire

- CCAS
- DAC 13
- Plateforme d’aide aux aidants (fil rouge)
- ESA (équipe spécialisée Alzheimer) (15h/An)
- EMEG (Equipe mobile gériatrique territoriale : domicile: AS/ergo/IDE/Med)
- Associations
- Maison sport santé …
- Et HDJ SMR bien sûr

CONCLUSION

Echelles et tests de dépistages simples, qqes minutes, qqes questions

La fragilité est réversible : agir au plus vite, le plus tôt possible

Agir sur toutes ses dimensions : sociales, psychologiques, physiques, donc BIEN ORIENTER

Chacun son travail, chacun ses limites