

ASSOCIATION GERIATRIQUE DE L'EST PARISIEN

Réseau pour la prise en charge des personnes âgées en ville



Tous les professionnels autour de la personne âgée et de sa famille

Bureau : 2, Rue Plichon 75011 Paris

{ 01 46 36 08 12

Email : agep@wanadoo.fr

Séance de Formation Pluridisciplinaire

Jeudi 02 Juillet 2009

Troubles de La marche, troubles de l'équilibre chez la personne âgée : Prévention, prise en charge médicale, sociale et environnementale.

DOSSIER PEDAGOGIQUE

Expert:

Dr. Caroline THOMAS (Praticien Hospitalier)
Hôpital St Antoine, Service de Gériatrie aigu

Intervenants :

Mme Sylvie ARNOU, Ergothérapeute (A.G.E.P.)
Mme Céline MENGUY -GOUDIER, Travailleur social (A.G.E.P.)
Mme COURT Géraldine, Pédicure, Podologue
Mr PAU MONTERO Stéfan, Interne à la faculté de Médecine
Pierre et Marie Curie

Animateurs :

Dr. Jean-Luc MAMOU (A.G.E.P.)
Dr. Albert SERVADIO (A.G.E.P.)

SOMMAIRE

	Pages
SUPPORT D'ETUDE	2
➤ <i>Objectifs pédagogiques</i>	3
➤ <i>Méthode pédagogique</i>	4
➤ <i>Programme de la séance</i>	5
➤ <i>Test de Pré-Evaluation</i>	6
➤ <i>Le vieillissement de l'équilibre</i>	8
➤ <i>Cas clinique N°1</i>	9
➤ <i>Cas clinique N°2</i>	10
➤ <i>Cas clinique N°3</i>	11
REFERENCES BIBLIOGRPAHIQUES	12

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

A l'issue de la Séance les participants devront:

01 – Connaître la physiologie de l'équilibre.

02 – Connaître les mécanismes conduisant à une chute.

03 – Quels acteurs mobiliser au sein du réseau AGEP.

04 – Quelle implication sociale et environnementale dans la prévention des chutes.

05 – Savoir prescrire la kiné chez un chuteur.

06 – Savoir évaluer les facteurs de chute (Protocole AGEP).

METHODE PEDAGOGIQUE

- ↳ Travail à partir de Cas cliniques.
- ↳ Avis et Commentaires des participants et de l'expert après chaque Cas clinique.
- ↳ Courts exposés de l'expert et des intervenants ou réponses aux questions des participants.

PROGRAMME DE LA SEANCE

20h05	Accueil / Emargement
20h50	Pré-Test
21h00	Intervention des Experts
21h40	Questions
21h50	Etude du cas clinique N°1
22h00	Commentaires + discussion
22h10	Etude du cas clinique N°2
22h20	Commentaires + discussion
22h30	Etude du cas clinique N°3
22h40	Commentaires + discussion
22h50	Corrigé du Pré-Test
23h00	Evaluation de la séance – Fin de la Soirée

TEST DE PRE-EVALUATION

- 1) La posture se définit par le maintien de toute ou partie du corps dans une position de référence.
Oui Non
- 2) La posture repose sur deux propriétés l'orientation et la stabilisation.
Oui Non
- 3) La posture induite par la position bi podale est un facteur d'instabilité naturelle
Oui Non
- 4) Le contrôle de l'équilibre fait appel à :
 - a) Des effecteurs musculaires.
 - b) Des structures du SNC.
 - c) Des afférences périphériques.
- 5) Les structures du SNC mis en jeu dans le contrôle postural sont :
 - a) Le tronc cérébral.
 - b) Le cervelet.
 - c) Les ganglions de la base.
 - d) Les hémisphères cérébraux : aire motrice supplémentaire.
 - e) L'hémisphère pariétal droit.
 - f) L'hémisphère pariétal gauche.
- 6) Les afférences périphériques sont :
 - a) Proprioceptives (neuro musculaires).
 - b) Extéroceptives (cutanées).
 - c) Labyrinthiques.
 - d) Visuelles.
- 7) La stratégie de hanche apparaît chez la personne âgée comme une compensation aux atteintes différentielles périphériques des membres inférieurs.
Oui Non
- 8) Chaque année 30% des personnes âgées de plus de 65 ans sont victimes d'une chute.
Oui Non
- 9) Chaque année 50% des personnes âgées de plus de 85 ans sont victimes d'une chute.
Oui Non
- 10) 40% des personnes âgées ayant chuté sont institutionnalisées.
Oui Non
- 11) 50% des chutes sont dues à l'environnement.
Oui Non

- 12) 6% des chutes sont en rapport avec la iatrogénéité.
Oui Non
- 13) La prévention de récurrence de chute implique une évaluation Médico Psycho Sociale.
Oui Non
- 14) Les chutes des personnes âgées sont :
a) dues aux modifications liées au vieillissement physiologique.
b) de plus en plus fréquentes avec l'avancée en âge.
c) plus fréquentes chez les personnes grabataires.
d) la première cause de mortalité par accident.
- 15) Les complications possibles des chutes sont :
a) le plus souvent bénignes.
b) possibles après plusieurs jours.
c) fréquemment psychomotrices.
d) sans risque pour l'autonomie future.
- 16) La constatation d'un syndrome confusionnel chez une personne âgée ayant chuté justifie un scanner cérébral :
Oui Non
- 17) Parmi les examens suivants, quels sont ceux qui sont systématiquement demandés à un chuteur :
a) une tomodensitométrie cérébrale.
b) un ECG.
c) une NFS, un Ionogramme.
d) un doppler des vaisseaux du cou.
- 18) Chez le sujet âgé dément le risque de chute est augmenté par :
a) la diminution des traitements psychotropes.
b) certaines étiologies démentielles.
c) l'incontinence urinaire.
d) une contention physique prolongée.
- 19) Les étapes proposées pour se relever après une chute sont :
a) d'abord s'asseoir.
b) d'abord se retourner sur le ventre.
c) se hisser en s'aidant des bras.
d) se hisser en poussant avec les cuisses.
- 20) L'exercice physique conseillé par la prévention des chutes représente :
 a) un effort au moins hebdomadaire.
 b) au moins 25 mn par séance.
 c) un entraînement global.
 d) une amélioration de la qualité de vie.
- 21) La chute représente la première cause de décès accidentel chez la personne âgée :
Oui Non

LE VIEILLISSEMENT DE L'EQUILIBRE

L'équilibre est une fonction sensori-motrice mettant en jeu une boucle comprenant des **afférences périphériques**, des **intégrateurs** et des **effecteurs**.

Le vieillissement de chacun de ces éléments aboutit à des perturbations de la posture, de l'équilibre et de la locomotion.

LES AFFERENCES :

-**Les récepteurs proprioceptifs** situés notamment dans la plante du pied voient leur fonctionnement perturbé à cause de la perte des propriétés mécaniques du tissu plantaire qui les abrite et des dystrophies du pied. En y ajoutant une baisse des vitesses de conduction nerveuses, on obtient une désafférentation importante qui se traduit par une perte de la sensibilité profonde.

La compensation naturelle fait passer la personne âgée de **la stratégie de chevilles** à **la stratégie de hanches**.

-**Le vestibule** subit plusieurs phénomènes : une augmentation de la viscosité de l'endolymphe, un fractionnement des otolithes et une raréfaction des cellules ciliées des parois aboutissent sinon à un syndrome vestibulaire, au moins à une omission du système.

-**L'œil** est sujet à la DMLA. La personne âgée est donc souvent dans l'impossibilité de saisir des repères orthonormés dans un environnement vaste. Il y a une peur du vide antérieur responsable en partie de mouvements de rétropulsion.

LES INTEGRATEURS :

Sans les passer tous en revue, on notera :

- que ***l'adaptation posturale préparatoire à l'action*** (automatique) subit souvent les conséquences du vieillissement avec des asynergies notamment dans l'action de se relever d'un siège.

- le fait qu'une personne « **s'arrête de marcher pour parler** » traduit que la marche est passée sur le mode volontaire et constitue un signe prédictif de chute.

LES EFFECTEURS :

Le vieillissement musculaire se fait surtout au détriment des fibres rapides.

En conséquence, certaines réactions automatiques de protection en cas de déséquilibre ne sont plus possibles (*l'effet parachute*).

Le vieillissement articulaire engendre des raideurs qui altèrent la posture compensatoire en cas de déséquilibre.

CAS CLINIQUE N ° 1

Mme R....., âgée de 87 ans a comme principal antécédent deux épisodes de décompensation cardiaque sur passage en arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Un premier épisode était consécutif à une pneumopathie. Il avait été décidé d'arrêter la **Cordarone**[®] qui avait permis le retour au rythme sinusal.

A l'issue du deuxième épisode, elle est donc laissée sous **Cordarone**[®] 1cp par jour "à vie", son traitement comporte en plus :

Loxen LP 50 1c/j Lasilix 20 1c/j Diffu K 1c/j Aspégic 250 1sachet/J

Le problème actuel est celui de chutes : 3 en un mois, survenues sans circonstances particulières, sans facteur mécanique évident.

Elle décrit plus cela comme une faiblesse brutale des membres inférieurs, qui ne peuvent plus alors la porter.

A l'examen :

- Pas de conséquence traumatique des chutes
- Une certaine lenteur pour la compréhension des questions posées
- MMS 28/30
- Diminution de la force musculaire de la ceinture pelvienne
- Hypotension orthostatique modérée (15/8 couchée – 12/7 debout) non symptomatique
- ECG en rythme sinusal
- Biologie :

NA 134 K 4 5 Créatinine 9mg/l CRP<6

Glycémie 1.02g/l HB 10.9 /l VGM 98

1) Quels diagnostics envisager pour ses chutes ?

2) Quel bilan complémentaire proposez-vous ?

3) Quelles préventions en fonction des diagnostics ?

4) Quels acteurs mobilisez-vous ?

CAS CLINIQUE N ° 2

Mr. L....., 83 ans, a chuté deux fois en 4 jours.

Il vit seul depuis le décès de sa femme il y a quelques mois.

Un deuil pathologique a fait prescrire un traitement antidépresseur et anxiolytique.

C'est un antiquaire retraité, son appartement est rempli de bibelots et de guéridons précieux. Le parquet est recouvert de tapis d'origine diverse.

Hypertendu de longue date, la majoration de ses chiffres tensionnels a conduit à augmenter son traitement anti-hypertenseur.

Les chutes sans perte de connaissance sont décrites ainsi :

La première est survenue la nuit, il a voulu se lever pour aller aux toilettes, il a donc allumé la lampe de chevet qui éclaire très peu, il s'est pris les pieds dans le tapis, n'a pu se rattraper et il est tombé.

La seconde est survenue alors qu'il était installé dans un fauteuil devant la télévision quand il a voulu se lever pour répondre au téléphone et il s'est retrouvé par terre.

Son traitement comporte :

Sectral 200 1c/j Athymil 30 1c/j Lasilix 40mg 1c/j

Xanax 25 1c/j Imovane 1c/j Amiodarone 200 1c 5j/7

Aspégic 100 mg 1sachet /j

Il est inquiet, n'ose plus sortir de chez lui, ne se déplace que très prudemment dans son appartement, il ajoute qu'il se sent moins solide sur ses jambes depuis.

- 1) Quelles sont les causes qui peuvent expliquer ces chutes ?**
- 2) Quels examens envisagez-vous ?**
- 3) Quels acteurs professionnels doit-on mobiliser ? Pour quelles actions ?**
- 4) Quelles prescriptions kinésithérapiques ?**
- 5) Quels autres conseils peuvent être donnés ?**
- 6) Quelle prise en charge du syndrome post chute ?**

CAS CLINIQUE N °3

Mme C....., âgée de 94 ans, demeure au 3^{ème} étage sans ascenseur.
Elle a exercé la profession de postière, est célibataire et n'a jamais eu d'enfant.

Sa seule famille, une nièce qui vit dans le midi, n'est plus toute jeune.
Lors de sa dernière visite, il y a quelques mois, elle s'est rendue compte que sa tante avait du mal à s'occuper de ses affaires. Les courses étaient faites par des voisins dévoués. Elle alerte le juge des tutelles qui la met sous curatelle.

Mme C..... ne prend aucun médicament, n'a aucune pathologie, et n'a pas vu de médecin depuis deux décennies au moins ceci étant confirmé par l'entourage.

La voisine retrouve le soir Mme C..... à terre.
Elle ne constate aucune lésion osseuse et appelle le curateur, qui demande la visite d'un médecin. Celui-ci confirme l'absence de lésion osseuse. L'examen clinique est normal : pas d'anomalie de la tension, pas de trouble du rythme cardiaque, etc.
Le médecin préconise une hospitalisation : celle-ci est refusée catégoriquement.

- 1) Quelles propositions peut-on faire devant le refus d'hospitalisation ?**
- 2) Quelles mesures médicales, sociales, organisationnelles peut-on proposer ?**
- 3) Quels professionnels pourront être mobilisés ?**
- 4) Quelle prise en charge à moyen terme ?**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

	Pages
<ul style="list-style-type: none"> • "Les troubles de la marche et la chute chez la personne âgée" Dr H. BLAIN et I. HERBAUX 	-1-
<ul style="list-style-type: none"> • "Actualités sur le syndrome de dysfonctionnement sous-cortico-frontal chez les patients gériatriques" La Revue de Gériatrie, Tome 33, N°8 Octobre 2008 	-17-
<ul style="list-style-type: none"> • "Vertiges et troubles de l'équilibre du sujet âgé" La revue de Gériatrie, Tome 26, N°6 Juin 2001 	-26-
<ul style="list-style-type: none"> • "Troubles de la marche du sujet âgé" La Revue de Gériatrie, Tome 31, N°4 Avril 2006 	-34-
<ul style="list-style-type: none"> • "Prévention des chutes par l'entraînement chez des séniors déments et chuteurs" La Revue de Gériatrie, Tome 28, N°3 Mars 2003 	-41-
<ul style="list-style-type: none"> • "De l'utilisation des protecteurs externes de hanche : gadgets ou instruments de prévention ?" La Revue de Gériatrie, Tome 27, N°10 Décembre 2002 	-46-
<ul style="list-style-type: none"> • "Spécificités posturales chez des sujets âgés chuteurs et non-chuteurs" La Revue de Gériatrie, Tome 27, N°9 Novembre 2002 	-50-
<ul style="list-style-type: none"> • "Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile" Haute Autorité de Santé, Recommandations Avril 2005 	-57-
<ul style="list-style-type: none"> • "Accidents de la vie courante" Système Européen de Surveillance des Accidents-ELHASS 	-70-
<ul style="list-style-type: none"> • "Le risque de chutes en institution gériatriques est diminué par l'exercice physique seulement chez les résidents pré-fragiles" La Revue de Gériatrie, Tome 32, N°2 Février 2007 	-72-
<ul style="list-style-type: none"> • " Bilan médical du risque de chute" Réseau AGEF (2009) 	-75-
<ul style="list-style-type: none"> • "Problèmes podologiques à l'origine de chutes chez les personnes âgées" Géraldine COURT, Podologue 	-76-