



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

*THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE*

« Prévention du risque de chute chez les patients de plus de 75 ans : Evaluation de l'activité de l'ESPREAD, équipe expérimentale dans le cadre du PAERPA »

Etude prospective évaluant l'activité de l'ESPREAD ainsi que les bénéfices apportés aux patients chuteurs.

Présentée et soutenue publiquement le 07 Décembre 2017 à 18h
Au Pôle Formation
Par Cédric PIETTE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Jean-Luc MALBRUNOT

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Rachèle CIUPA

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Liste des abréviations :

ESPREAD	Equipe Spécialisée dans la Prévention des chutes, la Réadaptation et l'Education A Domicile
PAERPA	Le parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PPS	Plan Personnalisé de Santé
CCP	Coordination Clinique de Proximité
DAT	Dispositif d'Appui Territorial
VE	Visite Environnementale
RD	Rééducation / Réhabilitation Au Domicile
ETP	Education Thérapeutique
ATCD	Antécédents
ARS	Agence Régionale de Santé
PEC	Prise En Charge
IDEC	Infirmière diplômée d'état coordinatrice

SOMMAIRE :

INTRODUCTION.....	P1
I. Contexte de la naissance de l'ESPREAD.....	P1
1. La chute du sujet âgé, un problème de santé publique.....	P1
2. Prévention des chutes du sujet âgé, un enjeu de santé publique.....	P2
II. Le dispositif PAERPA : Qu'est-ce que le PAERPA ?.....	P4
III. L'ESPREAD : Equipe Spécialisée dans la Prévention des chutes, la Réadaptation et l'Education A Domicile.....	P7
1. Présentation de l'équipe.....	P8
1.1 Missions de l'ESPREAD.....	P8
1.2 Déroulement de la Visite environnementale par l'ESPREAD.....	P9
1.3 Organisation des prises en charge de Réhabilitation/réadaptation à domicile.....	P10
1.4 Organisation des prises en charge d'éducation thérapeutique.....	P12
1.5 Liaison avec les professionnels de santé libéraux.....	P14
1.6 Notre étude.....	P15
METHODOLOGIE.....	P16
I. Population.....	P16
II. Questionnaires de satisfaction.....	P18
III. Ethique, confidentialité et déontologie.....	P19
RESULTATS.....	P20
<u>Partie I : Analyse des données du 1^{er} Juin 2015 au 31 Décembre 2015.....</u>	P20
1. Origine des demandes.....	P20
2. Description de la population.....	P23
3. Les visites environnementales (VE)	P24
4. La réhabilitation/rééducation au domicile (RD)	P26
5. Prise en charge en ETP.....	P28
<u>Partie II : Analyse des données du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2016.....</u>	P30

1. Origine des demandes.....	P30
2. Description de la population.....	P32
3. Les visites environnementales (VE)	P33
4. La réhabilitation/rééducation au domicile (RD)	P34
4.1 Répartition des 53 patients ayant une prise en charge complète en RAD.....	P35
4.2 Evaluation et résultats de la progression des patients en début et fin de programme après prise en charge en RD.....	P38
5. Données relatives à la répartition des patients ayant une prise en charge en ETP en 2016	P40
6. Enquête de satisfaction des professionnels libéraux.....	P43
<u>Partie III : Suivi des patients à 6 mois avec réévaluation.....</u>	P44
1. Bilan des prises en charge.....	P44
2. Evaluation des test Tinnetti et « Time up and go » à 6 mois	P46
DISCUSSION	P48
I. Principaux résultats.....	P48
1. Population PEC par l'ESPREAD.....	P48
2. Place de l'ESPREAD dans le PAERPA.....	P49
3. Satisfaction des Médecins traitants et des Kinésithérapeutes.....	P50
4. Suivi des patients à 6 mois.....	P51
II. Difficultés rencontrées par l'ESPREAD et aménagements effectués.....	P52
1. Pour la Réhabilitation à domicile.....	P52
1.1 Pour les plus âgés (+ de 90 ans).....	P52
1.2 Sur le plan de l'autonomie	P52
1.3 Relever du sol.....	P52
1.4 Troubles cognitifs.....	P52
2. Pour l'ETP.....	P53
2.1 Les aménagements.....	P54
III. ESPREAD et programme PAERPA : Quel bilan et quel avenir.....	P54
IV. Qu'en est-il des autres études en France et en Europe.....	P56
V. Perspectives pour 2017.....	P59
CONCLUSION.....	P61

INTRODUCTION

I. Contexte de la naissance de l'ESPREAD

1. La chute du sujet âgé, un problème de santé publique

La chute est un problème très fréquent chez la personne âgée. Chaque année en France, près de 400 000 personnes âgées font une chute accidentelle **(1)**. De plus, le risque de chute augmente avec l'âge. Une personne âgée sur trois de plus de 65 ans et 50 % des plus de 80 ans vivant à domicile tombent au moins une fois par an. Par ailleurs, le risque de rechute est multiplié par 20 après une première chute **(2)**. La population féminine est deux fois plus nombreuse à chuter que celle des hommes. Mais après 80 ans, les hommes et les femmes deviennent égaux face au risque de chute **(3)**.

Si les chutes du sujet âgé sont fréquentes, elles sont aussi lourdes de conséquences. Chaque année en France, 9 300 personnes âgées de plus de 65 ans décèdent des suites d'une chute **(4)**. Dans les pays développés, on estime que les trois quarts des décès des personnes de plus de 75 ans sont provoqués par des chutes, soit 450 000. **(5) (17)** En outre, les chutes peuvent entraîner des traumatismes physiques potentiellement graves. Ainsi, une chute sur douze est responsable de la survenue d'une fracture et celle-ci touche le col du fémur pour une personne sur trois **(6)**. Il s'agit des fractures les plus graves en termes de morbi-mortalité. Elles sont à l'origine d'une perte d'autonomie chez les patients âgés aux comorbidités multiples. Ainsi, un an après une fracture de hanche, 80% ne retrouvent pas leur autonomie antérieure, 40% sont incapables de marcher sans aide, 30% deviennent totalement dépendants et 20 à 25% décèdent dans l'année (Cooper, 1997) **(7)**.

En dehors des complications physiques fracturaires ou non, l'impact psychologique des chutes est non négligeable. Il existe souvent une perte de confiance en soi, une restriction des activités habituelles et une altération de la qualité de vie pouvant aller jusqu'au syndrome post-chute **(8)**. Viennent s'ajouter à cela, les conséquences économiques en lien avec la prise en charge des complications potentielles des chutes (hospitalière ou ambulatoire) notamment avec ce que l'on appelle le recours aux soins. Suite à une chute la famille fait souvent appel à la médecine de ville (Médecins, IDEL, Kinésithérapeute) afin d'évaluer la gravité de la chute et analyser sa cause. Tous ces acteurs de soins entraînent quoi qu'il en soit des frais importants en lien avec la chute. **(9)** Les chutes constituent le premier motif de consultation aux Urgences pour les plus de 75 ans et donnent lieu à un pourcentage élevé d'hospitalisations après passage aux Urgences. Des examens médicaux coûteux y sont effectués **(10)**. Au delà des prises en charges thérapeutiques onéreuses, les chutes représentent la première cause d'institutionnalisation ce qui est à l'origine d'un coût important pour la personne elle-même, les familles et la société. **(11)**. Selon une étude menée par le Professeur Thierry Dantoine, le coût annuel des chutes en France est estimé à 2 milliards d'euros pour les collectivités, quant au coût lié à la prise en charge, il varie de 2 000 à 8 000 euros par chute. **(12) (13)**.

Aux vues des conséquences des chutes en termes de morbi-mortalité et économiques, leur prévention est considérée comme un enjeu de santé publique dont le médecin traitant est au cœur.

2. Prévention des chutes du sujet âgé, un enjeu de santé publique

La chute est le plus souvent le résultat de l'intrication de plusieurs facteurs de risque. On sait également que le risque de chuter dans l'année est directement lié au nombre de facteurs de risque chez une personne donnée : de 8% sans facteurs de risque à 78% pour 4 facteurs de risque **(14)**. On en déduit facilement que pour diminuer le risque de chute d'une

personne, il est nécessaire de repérer et corriger, quand cela est possible, ses propres facteurs de risque. La prise en charge des patients chuteurs a d'ailleurs fait l'objet de recommandations par l'HAS. Elle repose sur une évaluation globale et multidisciplinaire visant à corriger les facteurs de risque modifiables et à mettre en œuvre un programme de rééducation-réadaptation personnalisé **(1) (8)**.

Ce type de prise en charge peut être proposé en ville (par le médecin traitant avec l'aide du kinésithérapeute et/ou d'autres paramédicaux et/ou de médecins spécialistes) ou avoir recours aux réseaux gériatriques, au milieu hospitalier par le biais des hôpitaux de jour ou des « consultations de la chute » des hôpitaux gériatriques. Dans tous les cas, le rôle du médecin traitant reste central pour le repérage et la correction des facteurs de risque ainsi que pour la mobilisation des expertises complémentaires en ville ou à l'hôpital. L'efficacité de cette approche multifactorielle pour la prévention des chutes est fonction du degré d'adhésion du patient aux recommandations. L'éducation thérapeutique permet de renforcer cette adhésion du patient qui est amené à changer certains de ses comportements et de ses habitudes de vie. **(8) (16)**

C'est précisément pour répondre à ces objectifs que l'ESPREAD (Equipe Spécialisée dans la Prévention des chutes, la Réadaptation et l'Education A Domicile) a été créée. Cette équipe pluridisciplinaire intervient au domicile des personnes âgées dont le risque de chute est élevé. Elle leur propose des séances de réhabilitation ou des ateliers thérapeutiques sur prescription du médecin traitant. Cette équipe innovante a été créée dans le cadre du dispositif PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie). Ce dispositif a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide des personnes âgées de plus de 75 ans, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader, en renforçant la coordination entre les différents acteurs et en améliorant leur prise en charge.

II. Le dispositif PAERPA : Qu'est-ce que le PAERPA ?

Le programme PAERPA est fondé selon l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Ce programme s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de la santé. Il s'adresse aux personnes âgées de plus de 75 ans dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical et/ou social. Le PAERPA vise à maintenir les personnes âgées au domicile le plus longtemps possible et à améliorer les prises en charges sociales et médicales en optimisant la coordination entre acteurs. **(18)**

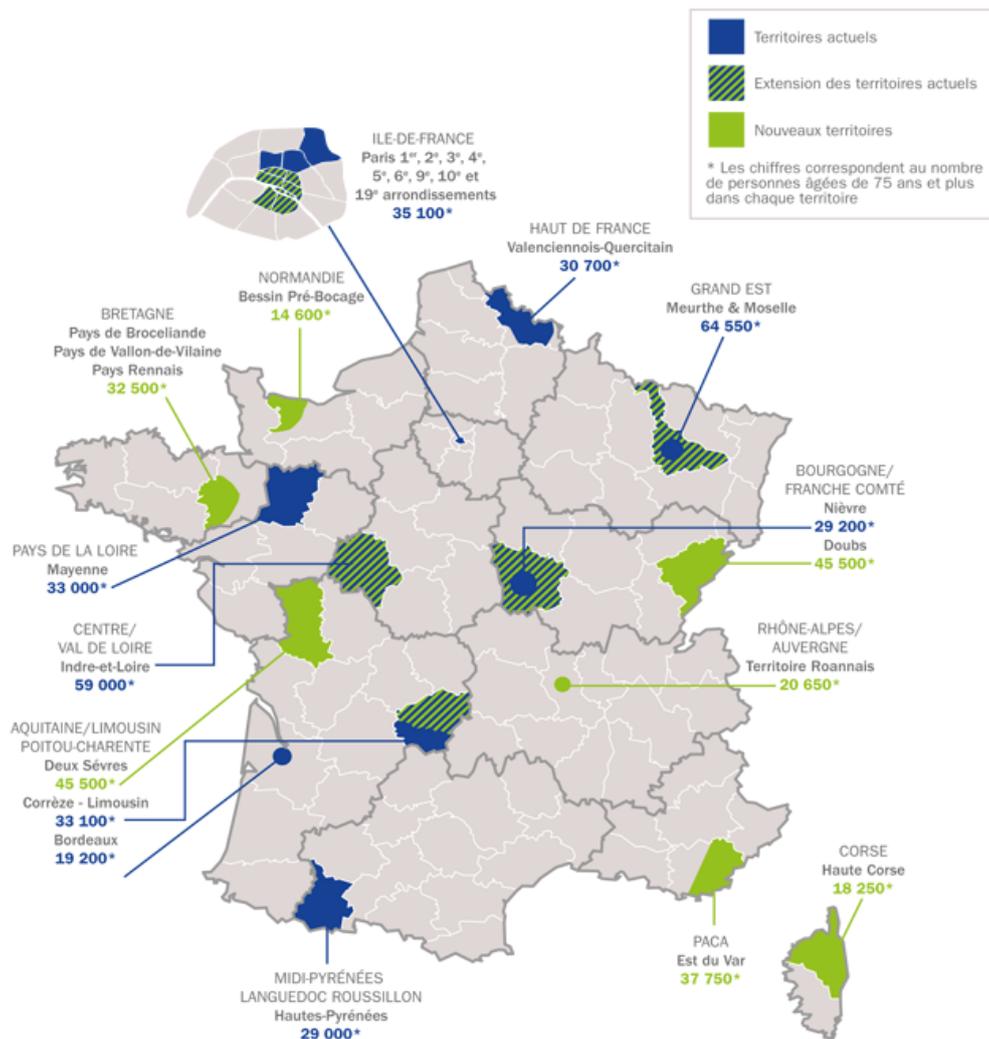
Plusieurs constats sont à l'origine de ce dispositif ; un constat démographique, organisationnel et économique. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent environ 10% de la population française et seront plus de douze millions d'ici une quarantaine d'années. Il est donc nécessaire d'anticiper dès à présent ces bouleversements démographiques. De plus, 85 % d'entre elles ont au moins une pathologie chronique, une personne sur 2 est en ALD et un tiers ont été hospitalisées au moins une fois en 2010. **(19)**

Des ruptures dans les parcours de santé ont par ailleurs été identifiées (professionnels n'ayant pas connaissance de tous les intervenants susceptibles de prendre en charge une personne âgée, manque de coordination entre les acteurs, recours aux Urgences trop fréquents, défaut de repérage de la fragilité). **(20)**

Outre l'amélioration de la prise en charge, les enjeux économiques sont également importants. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son rapport « assurance maladie et perte d'autonomie » estime les dépenses d'assurance maladie pour les personnes dépendantes dans une fourchette comprise entre 9 et 21 milliards d'euros **(21)**.

Par conséquent, dans les années à venir, le nombre de personnes âgées fragiles vivant à domicile va augmenter et le nombre de prises en charge de situations de dépendance va s'accroître lui aussi. Il est donc nécessaire d'expérimenter de nouvelles actions pour faciliter la collaboration entre les différents acteurs et améliorer l'accès aux offres déjà disponibles sur le territoire. C'est ce que propose la démarche PAERPA à titre expérimental. Son rôle est effectivement de faire en sorte que chaque personne reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût afin de maintenir la plus grande autonomie de la personne dans son cadre de vie habituel. **(22)**

La démarche PAERPA est une démarche expérimentale qui s'est déployée progressivement sur plusieurs régions pilotes. Initialement, neuf territoires ont été retenus dont le territoire du valenciennois-quercitain (cf carte 1). En 2016, afin de porter la logique de parcours de santé à l'ensemble du territoire français, une extension a minima à un territoire PAERPA par région est programmée. Cette extension s'inscrit dans le cadre du Pacte Territoire Santé.



Conception : Doorn - Juin 2016

Carte 1 : Carte des différents territoires PAERPA. Présence d'un territoire dans chaque région. Ce qui concerne 550000 personnes âgées.

En résumé, la démarche PAERPA concerne l'ensemble des personnes âgées de plus de 75 ans et l'ensemble des acteurs de la prise en charge en s'appuyant sur les dispositifs locaux existants (Réseaux, MAIA, CLIC...) et sur de nouvelles ressources expérimentales dont l'ESPREAD fait partie.

III. L'ESPREAD : Equipe Spécialisée dans la Prévention des chutes, la Réadaptation et l'Education A Domicile.

1. Présentation de l'équipe :

L'expérimentation du programme PAERPA a permis de mettre en place de nouvelles offres de prises en charge sur le territoire du Valenciennois-Quercitain en appui aux professionnels de premiers recours dans le but d'optimiser la prise en charge à domicile. Parmi elles figure l'ESPREAD. Cette équipe propose trois types d'actions graduées pour prévenir les chutes à domicile des patients à haut risque :

- des évaluations d'ergothérapie,
- des interventions centrées sur les capacités fonctionnelles posturo-locomotrices de la personne âgée en situation réelle de vie par le biais de séances de réhabilitation
- des actions d'éducation thérapeutique par le biais d'ateliers individuels ou collectifs

L'équipe est composée des professionnels suivants :

- une infirmière coordinatrice,
- une ergothérapeute,
- une psychomotricienne,
- une assistante de soins en gérontologie,
- une secrétaire
- des vacations de psychologue et de diététicienne

Elle s'adresse :

- aux personnes âgées de plus de 75 ans
- présentant un risque de chute élevé :
 - antécédent de chutes répétées (au moins deux chutes depuis 12 mois)
 - Ou antécédent d'une chute sur 12 mois et Timed up and go test > 20 secondes.

tout, en veillant au maintien à domicile et en visant une amélioration de la qualité de vie.

Pour répondre à ses missions, cette équipe met à disposition :

- Un temps d'ergothérapie pour des évaluations à domicile (sans prescription médicale)
- **Sur prescription médicale du médecin traitant**, des séances de réhabilitation à domicile en complément ou non d'un kinésithérapeute
- **Sur prescription médicale du médecin traitant**, des programmes d'éducation thérapeutique, en équipe pluridisciplinaire, avec la participation des professionnels de santé du premier recours formé

Ces différentes actions sont réalisées en concertation étroite avec les acteurs sanitaires et sociaux de ville, que le service n'a pas vocation à supplanter.

Le fait que la prescription soit nécessairement celle du médecin traitant permet de renforcer son rôle dans la coordination des soins. Il peut faire appel à l'équipe directement ou alors par le biais d'un PPS, s'il le juge nécessaire, après avoir constitué une CCP. La réalisation d'un PPS peut également être impulsée par l'ensemble des partenaires dont l'ESPREAD fait partie, notamment lorsque l'équipe a repéré des facteurs de risque de perte d'autonomie. **(cf Annexe A)**

1.2 Déroulement de la Visite environnementale par l'ESPREAD :

La demande de Visite environnementale peut être faite par toute personne ayant repérée un sujet âgé à risque de chute puisque la VE n'a pas besoin d'être prescrite par le Médecin traitant. La demande peut provenir de la famille directement sans le PPS mais aussi des services de soins spécialisés en gériatrie (court séjour gériatrique, réseaux de soins reper'âge, SSIAD, SAAD, CLIC, MAIA...).

❖ Professionnels impliqués :

- IDEC : Réalise le contact téléphonique pour la prise de rendez-vous
- Ergothérapeute ou psychomotricienne :
 - Effectue la visite au domicile
 - Apporte des conseils sur l'aménagement
 - Évalue l'intérêt d'une prise en charge en RD ou en ETP en fonction des critères d'inclusion et de la volonté du patient
 - Rédige un courrier au médecin traitant

1.3 Organisation des prises en charge de Réhabilitation/réadaptation à domicile :

La prestation est prescrite par le médecin traitant qui peut solliciter l'ESPREAD lui-même ou être sollicité par le réseau de santé gériatrique ou toute unité hospitalière de gériatrie (consultations ou hôpitaux de jour gériatriques, équipes mobiles, SSR...). Contrairement à la prise en charge classique en SSIAD, les interventions seront limitées dans le temps. Le programme de réhabilitation/réadaptation est construit avec la personne pour une durée de quelques semaines en général deux mois à la fréquence moyenne de 2 séances par semaine, soit 15 à 18 séances maximum, à domicile.

Etape 1 : Une visite initiale est réalisée par l'infirmière coordonnatrice. Lors de cette visite, elle présente au patient le programme (son organisation, ses objectifs) et recueille son accord pour la prise en charge. Elle relève également tous les éléments permettant de repérer les facteurs de risque de chute du patient (antécédents, autonomie, mode de vie, traitement...).

Etape 2 : L'ergothérapeute et la psychomotricienne effectuent chacune un bilan spécifique à leur compétence respective et établissent avec le patient des objectifs à atteindre lors des séances de réhabilitation. Elles conviennent également du contenu des séances et confient à l'Assistante de Soins en Gérontologie (ASG) le soin de les assurer.

Etape 3 : Déroulement des séances de la réhabilitation à domicile : 2 séances par semaine pendant 8 à 12 semaines sur prescription médicale.

Les ateliers proposent :

- Une rééducation et réadaptation pluridisciplinaires en collaboration avec les acteurs de santé en ville.
- Des aménagements du domicile
- Des entraînements en situation de vie réelle
- Un accompagnement des aidants.

Un livret de suivi personnalisé est laissé à disposition du patient. Il est enrichi tout au long du programme. Il peut également être utilisé comme outil de liaison avec notamment le médecin traitant ou le kinésithérapeute du patient.

Etape 4 : Bilan final réalisé par l'infirmière coordonnatrice. Un courrier de synthèse est envoyé au médecin traitant en fin de programme. (cf schéma 1)

Parallèlement à cela, des réunions hebdomadaires en équipe sont organisées afin d'affiner les prises en charge, proposer des réajustements ou faire remonter des difficultés potentielles. Des relais peuvent parfois être envisagés avec le réseau gériatrique, la consultation de la chute, l'équipe mobile de psychogériatrie, le CLIC...

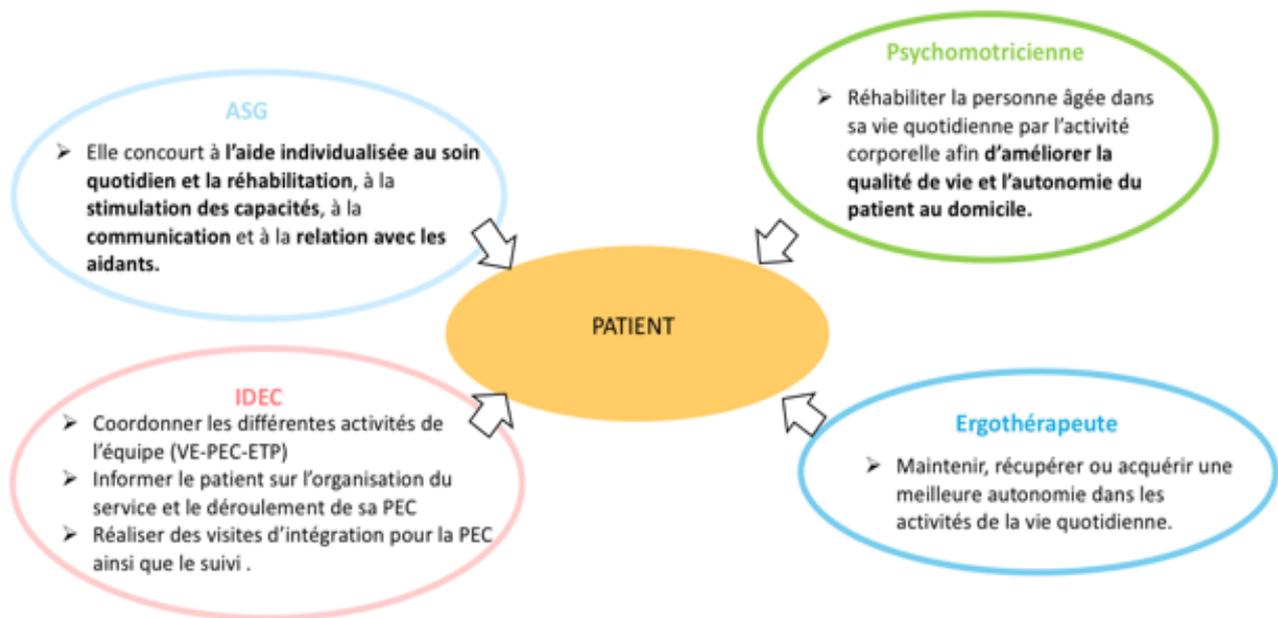


Schéma 1 : Action des différents membres de l'ESPREAD dans la prise en charge en RD.

1.4 Organisation des prises en charge d'éducation thérapeutique :

L'ETP est proposée dans le cadre d'une approche multifactorielle et associée à d'autres interventions thérapeutiques, médicamenteuses ou non médicamenteuses, visant à réduire le risque lié aux chutes comme de la kinésithérapie par exemple. Le nombre de séances d'ETP prévu par patient est de 3 à 5 séances collectives avec possibilité en sus de 1 ou 2 séances individuelles, hors bilan éducatif, se déroulant sur une période maximale de 3 mois. Il est également possible de faire bénéficier au patient de séances d'ETP individuelles au domicile non couplées aux séances collectives et dont le nombre varie en fonction des besoins du patient et des objectifs négociés avec lui. Elles sont proposées aux patients isolés, qui ne peuvent se déplacer ou qui ne souhaitent pas travailler en groupe. (cf schéma 2)

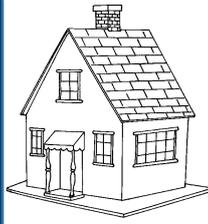


BILAN MEDICAL REALISÉ PAR LE MEDECIN TRAITANT :
✚ EXPLICATION SUR L'OPPORTUNITE ET LE CONTENU DU PROGRAMME ETP
✚ RECUEIL ET CONSENTEMENT DU PATIENT

BILAN COMPLEMENTAIRE NECESSAIRE :
✚ HDJ CHUTE AU CH LE QUESNOY OU A DOMICILE PAR LE RESEAU REPER'AGE A DOMICILE



BILAN EDUCATIF PARTAGÉ :
✚ ENTRETIEN INDIVIDUEL AVEC LE PATIENT A DOMICILE
✚ REALISE PAR DEUX PROFESSIONNELS PARTICIPANT AU PROGRAMME ETP (IDEC ESPREAD ET UN AUTRE PROFESSIONNEL LIBERAL)



COURRIER AU MEDECIN TRAITANT AVEC LE DETAIL DU CONTENU DU PARCOURS EDUCATIF



Schéma 2 : Le parcours éducatif du patient :

Le programme d'ETP repose sur une équipe composée d'au moins 3 professionnels dont le médecin généraliste, référent du programme. Au moins 1 membre de l'équipe est formé à l'ETP et à sa coordination. L'objectif étant de faire participer les professionnels de santé libéraux (IDEL, diététicien, kinésithérapeute, psychologue, pédicure-podologue...) dans la mise en œuvre du programme. L'ESPREAD reste l'équipe support qui apporte son aide dans l'organisation logistique. (Cf schéma 3)

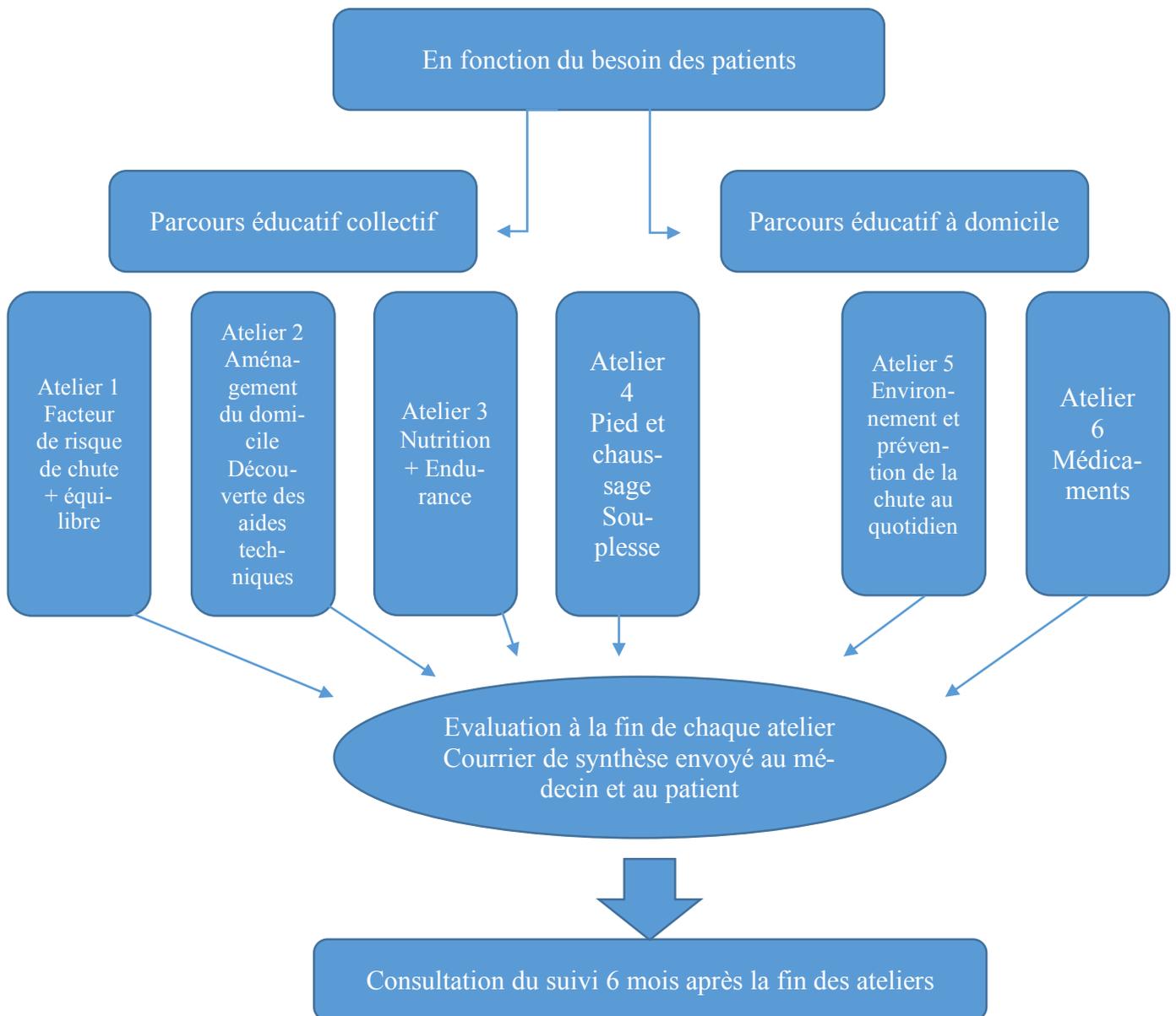


Schéma 3 : Arbre représentant les différents parcours éducatifs avec les différents ateliers proposés en fonction des besoins du patient.

1.5 Liaison avec les professionnels de santé libéraux :

Le partenariat avec les médecins traitants et les kinésithérapeutes est permanent pour les personnes prises en charge, cela permet entre autre d'inclure les professionnels de santé libéraux et d'assurer un meilleur suivi.

Contacts avec les médecins traitants :

Le contact s'effectue par courrier que le médecin traitant reçoit systématiquement après la première visite de l'ESPREAD au domicile, une demande de prescription lui est également adressée. Ainsi qu'une synthèse en fin de prise en charge.

Contacts avec les kinésithérapeutes :

Le contact s'effectue par téléphone, (appel effectué par l'ergothérapeute ou la psychomotricienne de l'équipe). Une synthèse lui est également adressée par courrier en fin de prise en charge.

1.6 Notre étude :

L'ESPREAD fait partie des offres innovantes mises en place dans le cadre du projet expérimental PAERPA du Valenciennois-Quercitain. Nous nous proposons de faire un état des lieux de son activité durant ses deux premières années de mise en place. Nous avons choisi une période de 2 ans pour pouvoir y intégrer tous les suivis à 6 mois, notamment pour les patients pris en charge jusqu'en décembre 2016. Ainsi, nous chercherons à évaluer le retentissement de la prise en charge proposée par l'ESPREAD sur la prévention des chutes et la qualité de vie. Nous nous intéresserons également aux évolutions et ajustements de fonctionnement que l'équipe a jugé nécessaire ainsi qu'à son intégration à l'ensemble des partenaires du territoire et des offres nouvelles ou préexistantes au PAERPA. La satisfaction des personnes prises en charge sera évaluée.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, évaluant l'activité de l'équipe expérimentale ESPREAD au sein du SSIAD du Centre hospitalier de Le Quesnoy.

I. Population :

Ont été inclus tous les patients pris en charge par l'ESPREAD du 15/06/2015 au 31/12/2016 qui ont bénéficié d'une Visite Environnementale (VE), d'une Réhabilitation /Réadaptation à domicile (RD) ou de séances d'Education Thérapeutique (ETP). Nous nous sommes également intéressés à leur suivi à 6 mois de la prise en charge initiale pour ceux ayant bénéficié de la Réhabilitation à domicile et de l'Education Thérapeutique (jusque fin Juin 2017).

Les critères d'inclusion correspondent aux critères définis dans le cahier des charges de l'ESPREAD :

- Personnes âgées de 75 ans et plus ayant un antécédent de chute grave ou étant à haut risque de chute
- Personnes en risque de perte d'autonomie
- Personnes domiciliées dans le territoire du PAERPA (Le Valenciennois, le Querclain, le Denaisis et l'Amandinois) soit 137 communes (cf. carte)
- Personnes âgées classées GIR 1 à 4 pour la réhabilitation à domicile avec possibilité de prise en charge des personnes en GIR 1 à 6 dans le cadre de l'ETP
- MMS \geq à 20

Le seul critère d'exclusion est le refus du patient d'être pris en charge par l'ESPREAD.

Trois groupes seront constitués en fonction du type de prise en charge qui leur est proposée :

- Le groupe Visite Environnementale (VE) : Ce groupe inclut tous les patients car la VE est systématique pour toutes les demandes de prise en charge. C'est à l'issue de cette visite que plusieurs orientations seront envisagées : une prise en charge en RD ou en ETP ou alors aucune prise en charge si l'équipe n'en juge pas l'utilité ou si le patient la refuse.
- Le groupe Réhabilitation /Réadaptation à domicile (RD)
- Le groupe Education Thérapeutique (ETP)

Nous chercherons à évaluer la qualité de la prise en charge proposée sur le long terme par le biais d'un recueil de données réalisé lors du suivi à 6 mois. Les critères recherchés lors de la visite à 6 mois regroupent :

- La récurrence de chutes,
- Leurs complications potentielles,
- La survenue d'une ou plusieurs hospitalisations durant les 6 derniers mois et leurs motifs,
- L'amélioration de la qualité de vie,
- La reprise de confiance dans la vie quotidienne.

Des tests fonctionnels sont également réalisés à titre comparatif :

- Le test de Tinetti
- Le Time up and go test

II. Questionnaires de satisfaction :

Une enquête de satisfaction a été envoyée aux médecins traitants et aux kinésithérapeutes après chaque prise en charge. Différents questionnaires de satisfaction ont été réalisés afin d'évaluer le ressenti à la fois de patients mais aussi des professionnels de santé en particulier les médecins traitants et les Kinésithérapeutes. (cf tableau 1 et 2)

Tableau 1: Questionnaire de satisfaction pour les médecins traitants :

<u>Questions :</u>
1. Que pensez-vous de notre intervention auprès des patients ?
2. Pensez-vous que les aides techniques mises en place au domicile soient adaptées?
3. Avez-vous repéré une reprise de confiance chez vos patients lors des déplacements ?
4. Etes-vous satisfait des informations transmises quant à notre prise en charge (objectifs, moyens) ?
5. Etes-vous satisfait du compte-rendu transmis en fin de prise en charge ?
6. Avez-vous des remarques, des suggestions à nous transmettre ?

Tableau 2 : Questionnaire de satisfaction pour les kinésithérapeutes :

<u>Questions :</u>
1. Comment avez-vous eu connaissance de l'ESPREAD ?
2. Que pensez-vous de notre intervention auprès des patients ?
3. Pensez-vous que les aides techniques mises en place au domicile soient adaptées?
4. Pensez-vous que les aides techniques à la marche (s'il y a) soient satisfaisantes ?
5. Pensez-vous que les aides techniques à la marche (s'il y a) soient satisfaisantes ?
6. Avez-vous repéré une reprise de confiance chez vos patients lors des déplacements ?

7. Etes-vous satisfait des informations transmises quant à notre prise en charge (objectifs, moyens) ?
8. Etes-vous satisfait du compte-rendu transmis en fin de prise en charge ?
9. Un livret de suivi est remis au patient, vous parait-il utile pour notre collaboration ?
10. Avez-vous des remarques, des suggestions à nous transmettre ?

III. Ethique, confidentialité et déontologie :

Un recueil du consentement du patient est réalisé en début de prise en charge avec transmission du document charte, contrat de confidentialité et de déontologie, à travers lequel le patient donne son accord de transmission des données le concernant à l'ensemble des intervenants. Pour chacun des documents, un exemplaire est donné au patient, un second est conservé dans le dossier.

Résultats

Partie I : Analyse des données du 1^{er} Juin 2015 au 31 Décembre 2015

1. Origine des demandes :

Pendant la première période de notre étude, il y a eu 156 demandes de prise en charge reçues par l'ESPREAD. Parmi ces demandes, 145 ont été traitées (11 ont été reportées début 2016).

La majorité des demandes provient du Valenciennois à 42% (n=61), suivi du Quercitain à 39% (n=57), puis le Denaisis à 9% (n=13) et enfin l'Amandinois à 7% (n=11). Seulement 2% (n=3) des demandes sont issues d'un secteur hors territoire PAERPA. Les différents secteurs sont répartis dans le tableau 3 et 4.

Tableau 3 : Origines géographique des demandes en 2015

Secteurs géographiques	Quercitain	Valenciennois	Denaisis	Amandinois	Hors secteur PAERPA	TOTAL
	39% N=57	42 % N=61	9 % N=13	7 % N=11	2 % N=3	145

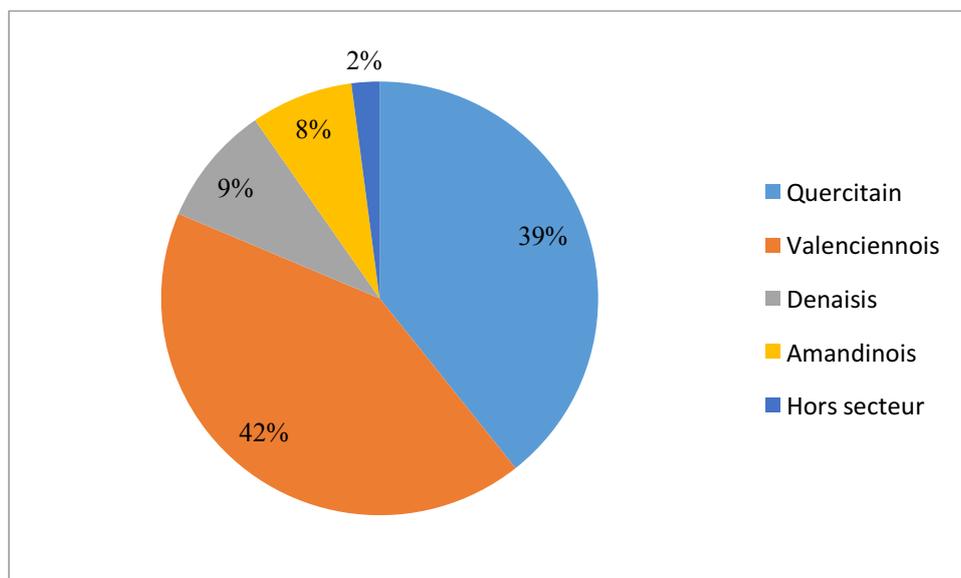
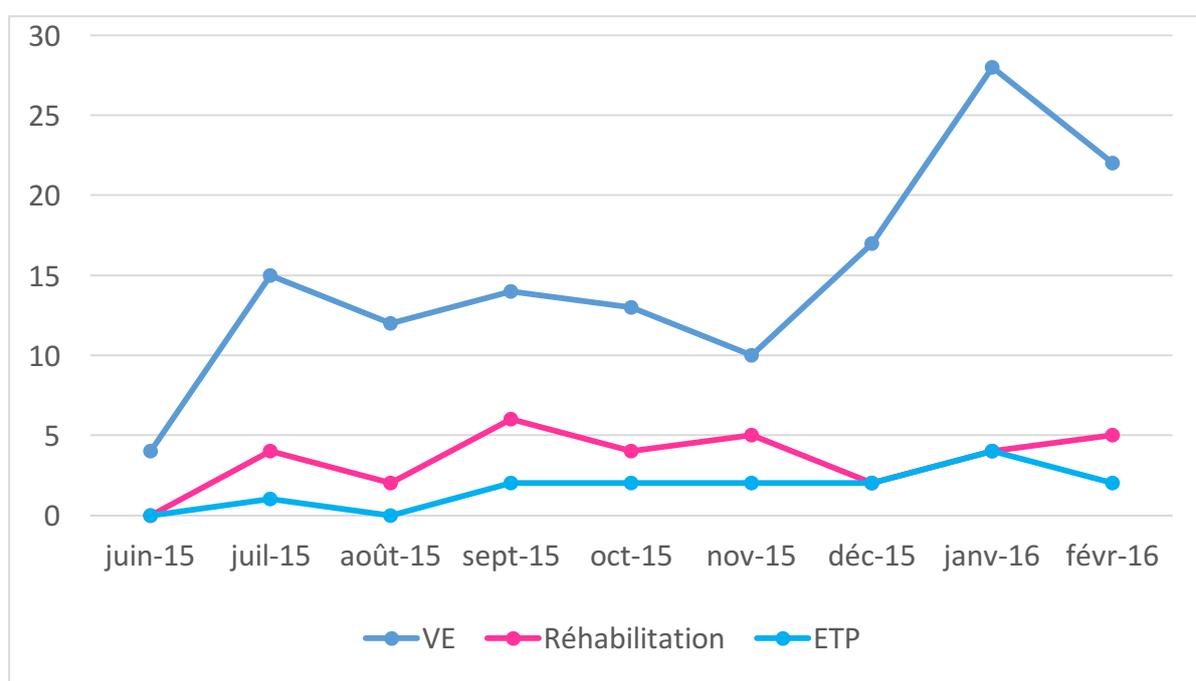


Diagramme 1 : Origines géographiques des demandes en 2015

Tableau 4 : Secteur à l'origine des demandes pour 2015

Services demandeurs	Quercitain N=57	Valenciennois N=61	Denaisis N=13	Amandinois N=11	Hors Sec- teur PAERPA N=3	TOTAL N =145
Gériatres hospitaliers	22	8	5	2		37
Secteur médicosocial : CLIC,MAIA, SSIAD, Plate- forme de répit	23	11	1	3		38
EMIOG : Equipe mobile d'informations et d'orientation gériatrique du Centre hospitalier de Valenciennes	1	4	0	2		7
Réseau Reper'âge	0	8	0	1		9
équipe PAERPA (anima- teurs de territoire ac- compagnant les méde- cins traitants dans la réa- lisation de PPS)	6	16	2	1		25
EMPG : Equipe mobile de psychogériatrie géria- trique	0	9	2	0		11
Plateforme Gériatrique	0	0	0	0		0
Hors secteur						3
Médecin traitant	3	4	1	2	3	15

➤ Au cours de la période d'étude, on peut remarquer une nette évolution croissante du nombre de patients pris en charge dans les différentes filières de l'ESPREAD, en particulier, on constate une croissance importante depuis Novembre 2015 du nombre de patients pris en charge en VE, les mois précédents correspondent au début de l'activité et donc au temps nécessaire pour que l'équipe soit connue sur le secteur par les professionnels libéraux. (cf graphique 1)



Graphique 1 : Evolution des indicateurs régionaux ; nombre de patients âgés pris en charge en fonction du temps par l'Equipe ESPREAD en VE, en RAD et en ETP.

Parmi les 145 patients, 30 patients ont bénéficié d'un PPS soit 21 %.(cf tableau 5)

Tableau 5 : nombre de patients pris en charge avec PPS en place et nombre de patient sans PPS lors de la prise en charge par l'ESPREAD.

Répartition par PPS	n	%
PPS	30	21 %
Hors PPS	115	79 %

2. Description de la population

On compte 113 femmes, soit 78 % et 32 hommes, soit 22 %. La majorité des personnes (76%) ont entre 80 et 89 ans. Parmi les demandes reçues, plus des deux tiers des patients soit 77% sont en GIR 3 ou 4 et moins d'un quart ont un GIR supérieur à 4. Dans notre population, 66% vivent seuls à domicile. On retrouve parmi ces demandes, 86 patients chuteurs, soit 59% avec une moyenne de 2,8 chutes par an chez ces patients et 59 personnes à risque élevé de chute mais n'ayant jamais chuté, soit 41 %. Les caractéristiques sociodémographiques de notre population sont reportées dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Caractéristiques de la population (N=145) des patients pris en charge en VE, répartition en fonction du sexe, de l'âge, du GIR, du mode de vie et ATCD de chute(s).

	Total (N=145)	
	N	%
Répartition homme/femme :		
Nombre de femmes	113	78 %
Nombre d'hommes	32	22%
➤ Répartition par âge :		
Nombre de PA de 60 à 74 ans	5	3 %
Nombre de PA de 75 à 79 ans	30	21%
Nombre de PA de 80 à 85 ans	57	39
%		
Nombre de PA de +85 ans	53	37 %
Nombre de PA de + 90 ans		
➤ Répartition par GIR :		
Nombre de PA en GIR 1	0	0 %
Nombre de PA en GIR 2	5	3 %
Nombre de PA en GIR 3	15	12 %
Nombre de PA en GIR 4	79	65 %
Nombre de PA en GIR 5	11	9 %
Nombre de PA en GIR 6	14	11 %

➤ Mode de vie		
Seul	96	66 %
Avec conjoint	10	34 %
➤ ATCD de chute(s) antérieure(s)		
Oui	86	59%
Non	59	41%

Nous nous interrogeons désormais sur le versant cognitif des patients avec l'utilisation du MMS afin d'évaluer un éventuel retentissement dans la prise en charge. (cf tableau 7).

Tableau 7 : Pourcentage et nombre de personnes (n) répartis selon le MMS :

✓ 95 PA sur 145 ont un MMS ≤ 24 soit 66% de nos PEC		
	n	%
▪ MMS à 20 :	9	6
▪ MMS à 21 :	7	5
▪ MMS à 22 :	14	9
▪ MMS à 23 :	19	13
▪ MMS à 24 :	46	32
✓ 50 PA sur 145 ont un MMS > 24 soit 34% de nos PEC		
	n	%
▪ MMS à 25 :	6	4
▪ MMS à 26 :	11	8
▪ MMS à 27 :	17	12
▪ MMS à 28 :	9	6
▪ MMS à 29 :	7	5

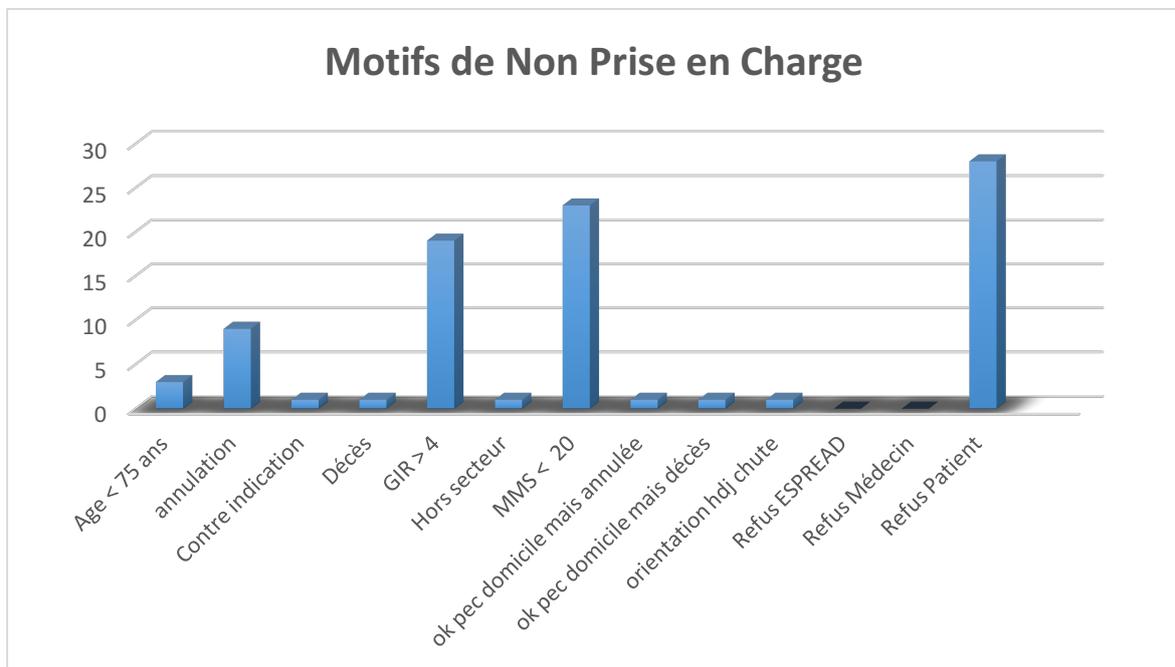
3. Les visites environnementales (VE) :

Parmi les 145 demandes traitées, 115 visites environnementales ont été réalisées et 30 ne seront pas accomplies soit 20 %. Dix neuf personnes les ont tout simplement refusées lors du contact téléphonique avec l'IDEC au moment de la prise de rendez-vous. Les autres potentielles VE n'ont pas été programmées du fait du non respect des critères d'inclusion lors de la demande (par rapport à la limite d'âge ou au secteur géographique) dans le tableau 8.

Tableau 8 : Répartition des motifs de non réalisation des VE

<p><u>Nombre de VE non réalisées</u></p>	<p>20 % des Patients au total (n=30)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 19 Refus VE par le patient : contact téléphonique uniquement mais patient refuse la PEC ➤ 4 Age ≤ 75 ans ➤ 6 Hors secteur PAERPA ➤ 1 DC avant intervention ESPREAD
--	---

Une fois la VE réalisée, l'équipe n'a pas proposé de RD ni de séances d'ETP pour 63 patients. La majorité des motifs de non prise en charge ultérieure concerne les critères d'inclusion de l'ESPREAD (GIR inférieur à 4, MMS inférieur à 20) mais aussi le refus des patients. (cf graphique 2)



Graphique 2 : Principaux motifs de non prise en charge par l'équipe ESPREAD

4. La réhabilitation/rééducation au domicile (RD) :

Il reste donc 52 patients à qui il a été proposé une RD ou des séances d'ETP après la visite environnementale. Parmi eux, 23 prises en charge complètes sont réalisées en 2015 en réhabilitation/rééducation à domicile (RD) soit 20% ; 21 patients ont débuté leur prise en charge début 2016 et 2 patients ont annulé la demande pour problème de santé grave. (cf schéma 4)

Au total sur les 115 VE réalisées, 23 patients ont donc réellement pu avoir une prise en charge en réhabilitation au domicile en 2015 soit 20 %.

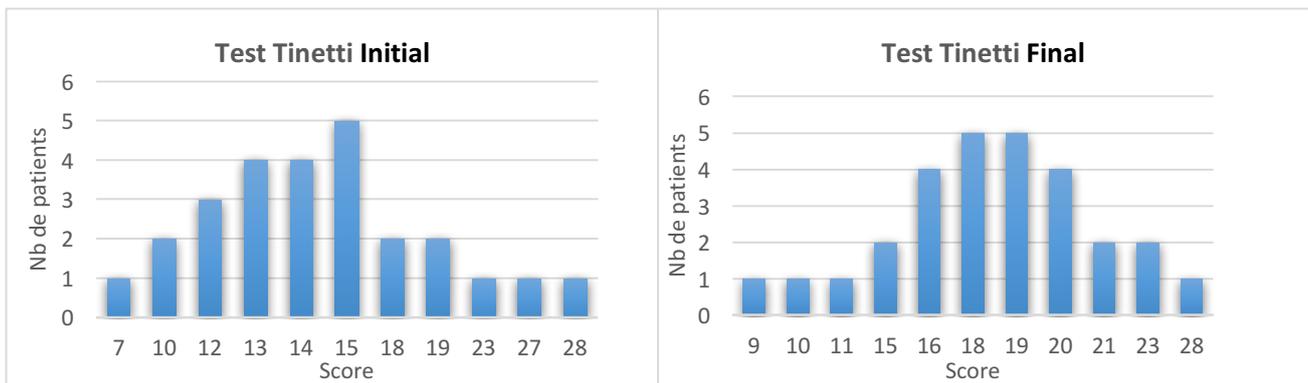
Parmi cette population, on constate que 59 % des patients sont considérés comme poly-pathologiques avec au moins 3 pathologies chroniques. (cf tableau 9)

Tableau 9 : Répartition des différentes pathologies en pourcentage et nombre de personnes (n) parmi les 23 patients pris en charge en RD.

	Total (N= 23)	
	%	n
<i>Maladies cardiovasculaires : HTA, ACFA, STENT...</i>	83	19
<i>Rhumatologie arthrose polyarthrite</i>	61	14
<i>Traumatologie : Prothèses hanche genou</i>	57	13
<i>Maladies du métabolisme : diabète, thyroïde</i>	48	11
<i>Syndrome dépressif</i>	43	10
<i>Démences origine vasculaire</i>	39	9
<i>Maladies neurologiques parkinson AVC</i>	26	6
<i>Troubles visuels</i>	17	4
<i>Maladie d'Alzheimer</i>	13	3
<i>Maladies respiratoires</i>	13	3
<i>Autres : Cancer, dénutrition, persécution</i>	8	2
<i>Insuffisance rénale</i>	8	2
<i>Troubles auditifs</i>	4	1

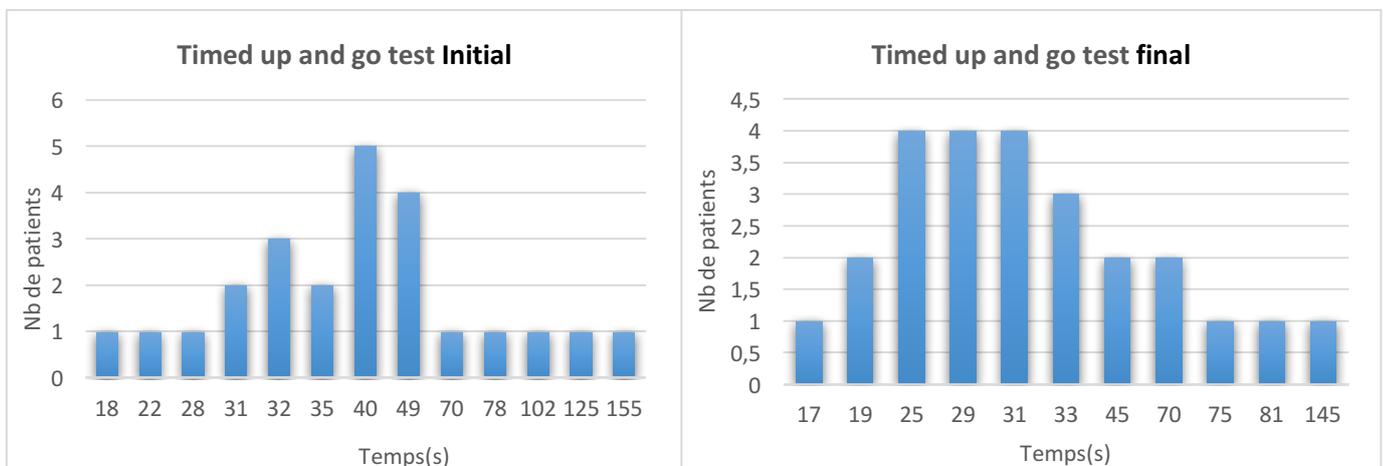
Concernant l'évolution de l'équilibre et de la marche au cours du programme, des tests sont réalisés lors du bilan initial et final à titre comparatif. Il s'agit du test de TINETTI et du Time up and go test.

Pour le test de TINETTI, on constate une amélioration à la fin du programme de réhabilitation avec une médiane qui passe de 15 à 18. Egalement, on constate que 77% des patients ont augmenté leur score Tinetti. (cf graphique 3)



Graphique 3 : Score de Tinetti initial et final

Pour le time up and go test, on constate une amélioration après prise en charge avec une médiane qui passe de 40 secondes à 33 secondes à la fin de prise en charge. Egalement, on constate que 59% des patients ont diminué leur temps au test. (cf graphique 4)



Graphique 4 : Temps en seconde au Timed up and go test initial et final

L'inquiétude face à la chute a également été mesurée par le biais d'une échelle avant et à la fin du programme (Falls Efficacy scale international : short FES-I). Trente quatre pour-cent des patients décrivent une diminution de l'appréhension à la chute au cours de leurs activités de vie quotidienne, 47 % gardent la même intensité d'appréhension.

Egalement, un questionnaire de satisfaction a été réalisé afin de connaître le ressenti sur la prise en charge (Questionnaire qualité du CH le Quesnoy), On constate que 50% des patients sont très satisfaits de leur prise en charge. Aussi, 50% des patients expriment avoir un ressenti positif sur leur moral et leur qualité de vie (réalisé avec le profil de santé de DUKE).

5. Prises en charge en ETP :

Sur les 115 VE réalisées en 2015, après évaluation du besoin de patients, 6 patients sont orientés vers une prise en charge en éducation thérapeutique (ETP) soit 5 %. Le début de leur prise en charge en ETP se fera en 2016 pour des raisons organisationnelles.

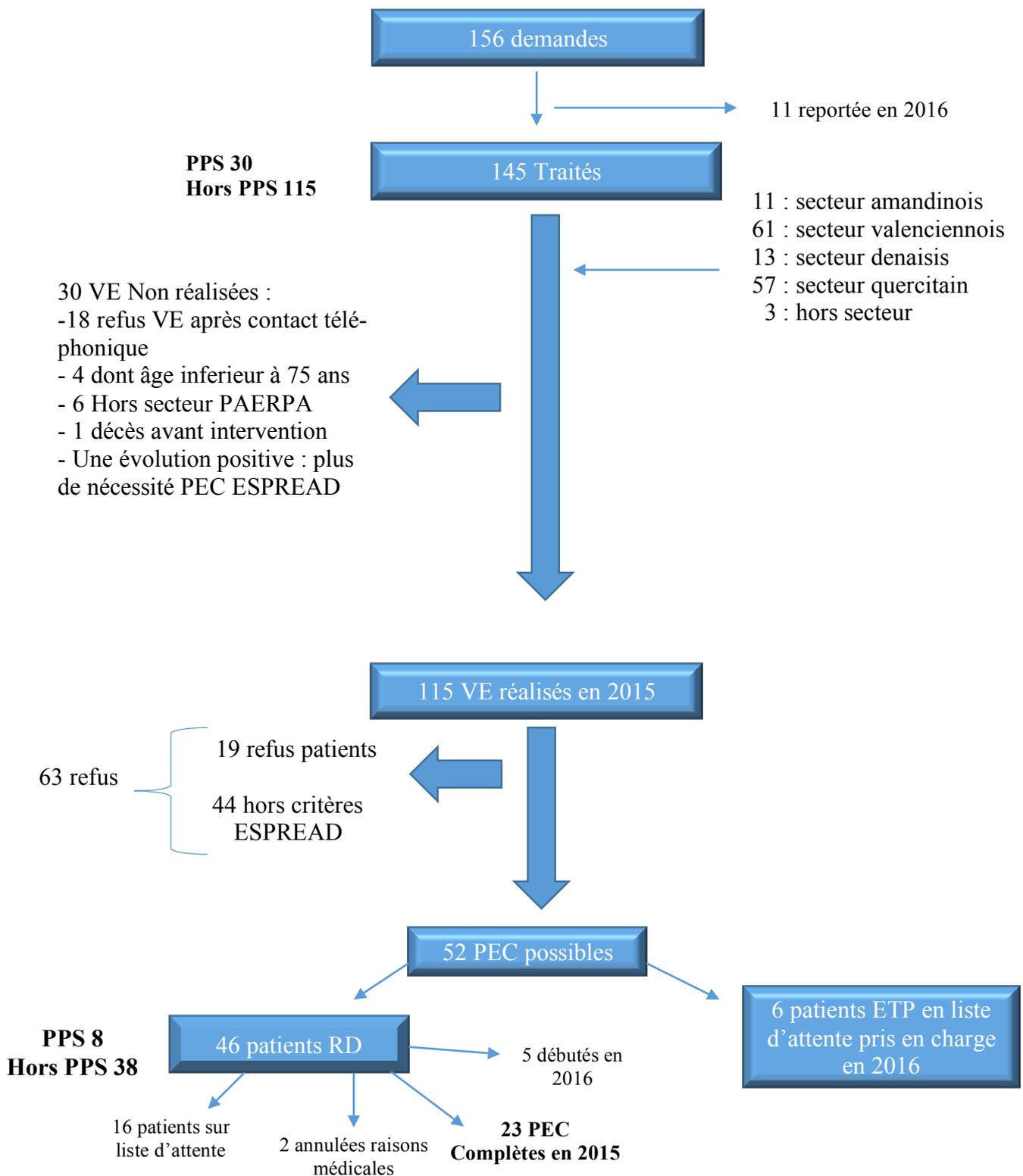


Schéma 4 : Arbre descriptif de l'effectif de notre population en 2015 ; répartition en fonction du type de prise en charge, VE = visite environnementale, RAD = réhabilitation à domicile, ETP = éducation thérapeutique.

Partie II : Analyse des données du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2016

1. Origine des demandes :

Pendant la deuxième période de notre étude, il y a eu 273 demandes de prise en charge reçues par l'ESPREAD.

La majorité des demandes provient du Valenciennois à 50% (n=136), suivi du Quercitain à 32% (n=87), puis le Denaisis 10% (n=26), et enfin l'Amandinois à 7% (n=19). Seulement 2% (n=5) des demandes sont issues d'un secteur hors PAERPA. Les différents secteurs à l'origine des demandes sont répartis dans le tableau 10 et 11.

Tableau 10 : Origine géographique des demandes en 2016

Secteurs géographiques	Quercitain	Valenciennois	Denaisis	Amandinois	H. Secteur	TOTAL
	32%(n=87)	50% (n=136)	10%(n=26)	7%(n=19)	2%(n=5)	273

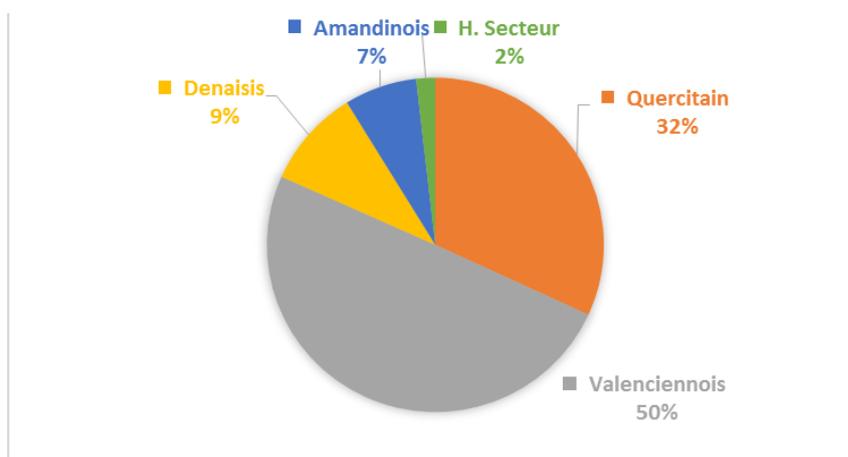


Diagramme 2 : Origine géographique des demandes en 2016

Tableau 11 : Secteur à l'origine des demandes pour 2016

Services demandeurs	Quercitain N=87	Valenciennois N=136	Denaisis N=26	Amandinois N=19	Hors Sec- teur PAERPA N=5	TOTAL N=273
Gériatres hospitaliers	27	25	3	1		56
Secteur médicosocial : CLIC, MAIA, SSIAD Plateforme de répit	25	19	8	5		57
EMIOG : Equipe mobile d'infor- mations et d'orientation géria- trique du Centre hospitalier de Valenciennes	2	17	1	3		23
Réseau Reper'âge	5	21	0	0		26
Equipe PAERPA (animateurs de territoire accompagnant les mé- decins traitants dans la réalisa- tion de PPS)	19	34	9	5		66
EMPG : Equipe mobile palliatif gériatrique	0	7	4	1		12
Plateforme Gériatrique	0	6	0	1		7
Hors secteur					5	5
Médecin traitant	9	7	1	3		20

Parmi les 273 demandes de prise en charge, 66 patients ont bénéficié d'un PPS soit 24 %. (cf tableau 12)

Tableau 12 : Nombre de patients pris en charge avec PPS en place et nombre de patient sans PPS lors de la prise en charge par l'ESPREAD.

Répartition par PPS		
PPS	66	24 %
Hors PPS	207	76 %

2. Description de la population

On compte 163 femmes, soit 75 % et 53 hommes, soit 25%. La majorité des personnes, soit 70%, ont entre 80 et 89 ans. Parmi les demandes reçues, près de 60% ont un GIR à 4 et 21% ont un GIR supérieur à 4. Dans notre population, 74 % vivent seul à domicile. On retrouve parmi ces demandes 192 patients chuteurs, soit 70% et 81 patients à risque élevé de chute, soit 30%. Les caractéristiques sociodémographiques de notre population sont reportées dans le Tableau 13.

Tableau 13 : Caractéristiques de la population (N=216) des patients pris en charge en VE, répartition en fonction du sexe, de l'âge, du GIR, du mode de vie et ATCD de chute(s).

	Total (N=216)	
	N	%
Répartition homme/femme :		
Nombre de femmes	163	75 %
Nombre d'hommes	53	25 %
➤ Répartition par âge :		
Nombre de PA de 60 à 74 ans	14	6 %
Nombre de PA de 75 à 79 ans	51	24 %
Nombre de PA de 80 à 85 ans	81	37 %
Nombre de PA de +85 ans	70	33 %
➤ Répartition par GIR :		
Nombre de PA en GIR 1	0	0 %
Nombre de PA en GIR 2	5	2 %
Nombre de PA en GIR 3	41	19 %
Nombre de PA en GIR 4	126	58 %
Nombre de PA en GIR 5	32	15 %
Nombre de PA en GIR 6	12	6 %
➤ Mode de vie		
Seul	183	85%
Avec conjoint	33	15%
➤ ATCD de chute(s) antérieure(s)		
Oui	122	56 %
Non	94	44 %

3. Les visites environnementales (VE) :

Parmi les 273 demandes traitées, il y a eu 216 visites environnementales réalisées, 57 VE ne seront pas réalisées, soit 20 %, pour diverses raisons rapportées dans le tableau 14. La principale raison est le refus des patients contactés par téléphone par l'IDEC.

Tableau 14 : Répartition des motifs de non réalisation des VE

<u>Nombre de VE non réalisées</u>	20% des Patients au total (n=57) <ul style="list-style-type: none">➤ Refus patient : 41 (71%)➤ Hors secteur : 5 (9%)➤ Injoignable, contact sans réponse : 9 (16%)➤ Hors critère : 2 (4%) (MMS ≤ 20)
-----------------------------------	---

A la suite de la VE, l'ESPREAD n'a proposé ni RD ni ETP pour 41 patients car des éléments non relevés lors de la demande initiale ont été mis en évidence lors de la VE :

Présence de critères d'exclusion :

- 26 patients ayant avec un MMS < 20
- 5 patients avec un GIR > 4
- 3 patients à risque de chute faible ne nécessitant pas l'intervention de l'ESPREAD

Contre indication médicale (pour 2 personnes)

Erreurs d'orientation pour 5 d'entre eux : redirigés vers la plateforme gériatrique après leur VE.

Il reste donc 175 patients à qui a été proposée une RD pour 145 d'entre eux et un programme d'éducation thérapeutique pour les 30 autres.

4. La réhabilitation/rééducation au domicile (RD) :

Sur les 145 patients à qui a été proposée une RD, 71 programmes ont été réalisés soit 49%. Parmi eux, 42 se sont déroulés en 2016, 8 se sont arrêtés avant 15 séances, 3 se poursuivent en 2017 et 18 patients sont sur liste d'attente. Les raisons à l'origine de l'absence de prise en charge en réhabilitation pour la moitié des patients sont : l'expression d'un refus pour 45 d'entre eux, vingt deux annulations suite à une altération de l'état général ou suite

à une entrée en institution, la survenue de 3 décès avant le début du programme et le souhait pour 4 d'entre eux d'un délai de réflexion supplémentaire.

Au total, sur les 145 prises en charge possibles en RD, 53 patients ont donc pu bénéficier d'une prise en charge en réhabilitation en 2016.

4.1 Description des 53 patients ayant bénéficié d'un programme complet de RD en 2016 :

Parmi ces 53 patients, 45 sont des femmes, soit 85%. L'âge moyen des patients est de 85 ans. Concernant les conditions de vie, 39 patients vivent seuls au domicile, soit 74%. On constate que l'ESPREAD est intervenue suite à un PPS pour 19 patients, soit 36%. Les caractéristiques sociodémographiques de notre population sont reportées dans le Tableau 15.

Tableau 15 : Caractéristiques de la population (N=53) des patients pris en charge en RAD, répartition en fonction du sexe, de l'âge, du GIR, de la réalisation d'un PPS, du mode de vie et de la durée moyenne de prise en charge.

		Total (N=53)	
		N	%
Répartition homme/femme :			
	Nombre de femmes	45	85 %
	Nombre d'hommes	8	15 %
➤ Répartition par âge :			
	Nombre de PA de 75 à 79 ans	6	11 %
	Nombre de PA de 80 à 85 ans	20	38 %
	Nombre de PA de +85 ans	23	43 %
	Nombre de PA de + 90 ans	4	8 %
➤ Répartition par GIR :			
	Nombre de PA en GIR 1	0	0 %
	Nombre de PA en GIR 2	2	4 %
	Nombre de PA en GIR 3	14	26 %
	Nombre de PA en GIR 4	37	70 %
	Nombre de PA en GIR 5	0	0 %
	Nombre de PA en GIR 6	0	0 %
➤ Mode de vie			
	Seul	39	74 %
	Avec conjoint :	10	18 %
	Avec enfant :	4	8 %

Tableau 16 : Répartition des différentes pathologies en pourcentage et nombre de personnes (n) parmi les 53 patients pris en charge en RD.

	Total (N=53)	
	%	n
<i>Maladies cardiovasculaires : HTA, ACFA, Cardiopathie ischémique</i>	74	26
<i>Rhumatologie : arthrose, polyarthrite</i>	60	21
<i>Traumatologie post chute : Prothèses hanche, genou</i>	60	21
<i>Syndrome dépressif</i>	57	20
<i>Troubles visuels</i>	46	16
<i>persécution</i>	25	9
<i>Autres : Cancer, dénutrition,</i>	43	15
<i>Affections neurologiques : parkinson AVC</i>	31	11
<i>Démence vasculaire</i>	26	9
<i>Maladies respiratoires</i>	23	8
<i>Maladies du métabolisme : diabète, thyroïde</i>	28	6
<i>Troubles auditifs</i>	28	6
<i>Insuffisance rénale</i>	6	2
<i>Maladie d Alzheimer</i>	0	0

Nous nous interrogeons désormais sur le versant cognitif des patients avec l'utilisation du MMS afin d'évaluer un éventuel retentissement dans la prise en charge.(cf tableau 17)

Tableau 17 : Pourcentage et nombre de personnes (n) répartis selon le MMS :

✓ 39 PA sur 53 ont un MMS ≤ 24 soit 73.5% de nos PEC		
	n	%
▪ MMS à 20 :	8	15
▪ MMS à 21 :	7	13
▪ MMS à 22 :	4	8
▪ MMS à 23 :	6	11
▪ MMS à 24 :	14	28

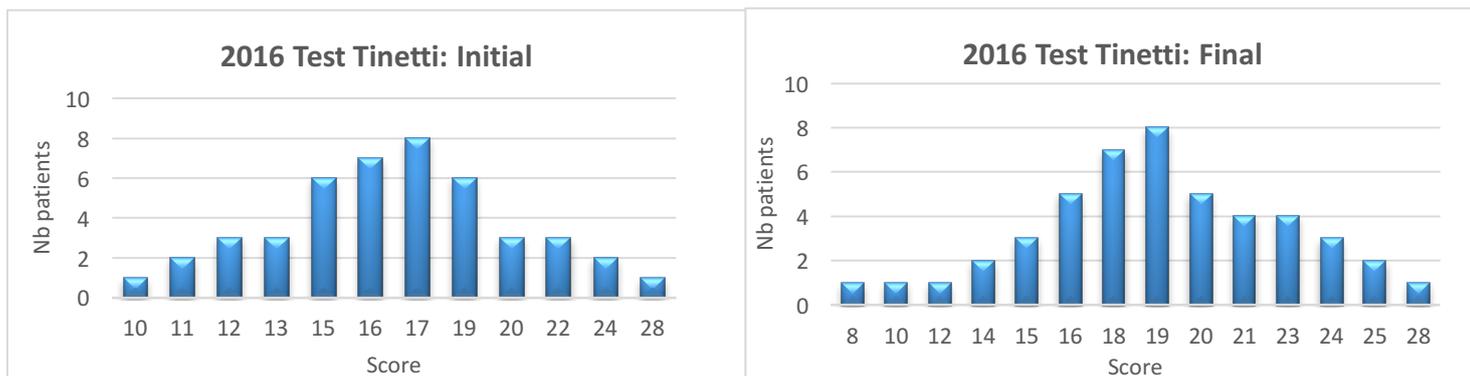
✓ 14 PA sur 53 ont un MMS > 24 soit 26.5% de nos PEC		
	n	%
▪ MMS à 25 :	2	4
▪ MMS à 26 :	3	5
▪ MMS à 27 :	5	8
▪ MMS à 28 :	2	4
▪ MMS à 29 :	2	4

4.2 Evaluation de la progression des patients en début et fin de programme après prise en charge en RD :

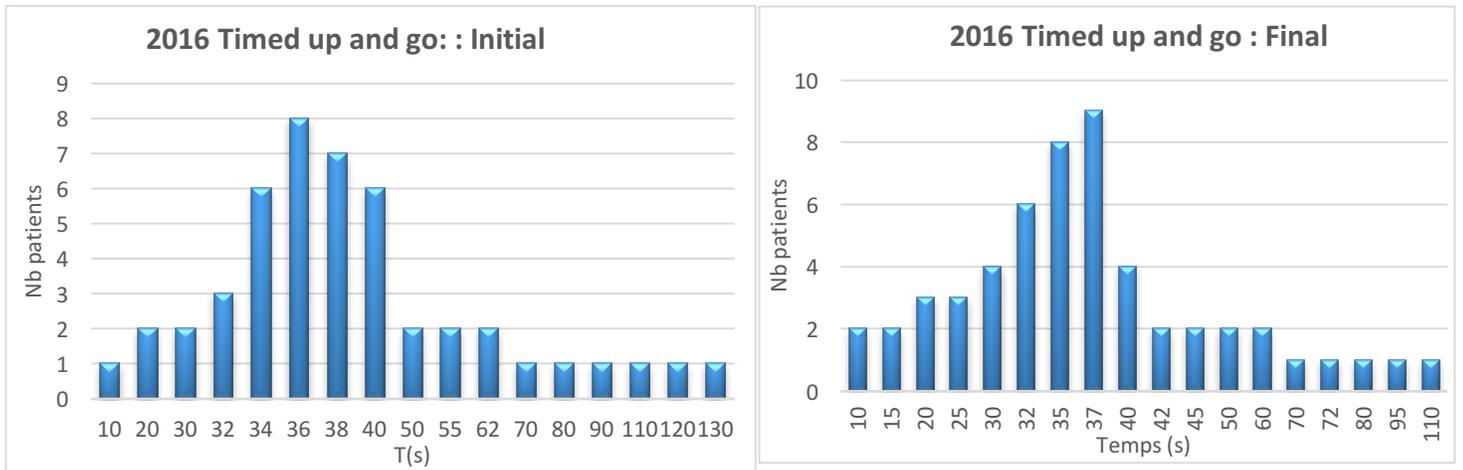
Concernant l'évolution de l'équilibre et de la marche au cours du programme, des tests sont réalisés lors du bilan initial et final à titre comparatif. Il s'agit du test de TINETTI et du Timed up and go test.

Pour le test de TINETTI, on constate une amélioration à la fin du programme de réhabilitation avec une médiane qui passe de 16 à 19. Egalement, on constate que 75% des patients ont augmenté leur score Tinetti. (cf graphique)

Graphique 5 : Score de Tinetti initial et final



Pour le « time up and go » test, on constate une amélioration après prise en charge avec une médiane qui passe de 50 secondes à 41 secondes à la fin de prise en charge. (cf graphique)



Graphique 6 : Temps en secondes au Timed up and go test initial et final

L'inquiétude face à la chute a également été mesurée par le biais d'une échelle avant et à la fin du programme (Falls Efficacy scale international : short FES-I). Vingt trois pourcent des patients décrivent une diminution de l'appréhension à la chute au cours de leurs activités de vie quotidienne, 46 % gardent la même intensité d'appréhension.

Egalement, un questionnaire de satisfaction a été réalisé afin de connaître le ressenti sur la prise en charge (Questionnaire qualité du CH le Quesnoy), On constate que 80% des patients expriment être très satisfaits de leur prise en charge. Aussi, 50% des patients expriment avoir un ressenti positif sur leur moral et leur qualité de vie (réalisé avec le profil de santé de DUKE).

5. Données relatives aux patients ayant bénéficié d'une prise en charge en ETP en 2016 :

Au total, 30 patients sont éligibles à une prise en charge en ETP. Pour 12 d'entre eux, un programme individuel est proposé. Parmi eux, 4 patients en ont bien bénéficié mais 8 d'entre eux se sont rétractés en demandant un délai de réflexion supplémentaire. Par ailleurs, 7 patients ont disposé d'un programme collectif sur 2 sessions différentes. La première a regroupé 4 patients et la seconde, 3 patients. Un programme collectif avait également été proposé à 2 patients qui ont du annuler car leur état de santé ne le leur permettait plus. Enfin, parmi les 30 patients admis pour l'ETP, 11 patients ont refusé d'emblée d'y participer, soit 36%. On remarque que 13 patients bénéficient d'un PPS, soit 44%.

On compte 26 femmes, soit 87% et 4 hommes, soit 13 %. La majorité des personnes (73%) a entre 80 et 89 ans. Dans notre population, 60% vivent seules au domicile. Les caractéristiques sociodémographiques de notre population sont reportées dans le Tableau 18.

Tableau 18 : Caractéristiques de la population (N=30) des patients pris en charge en ETP, répartition en fonction du sexe, de l'âge, du GIR, de la réalisation d'un PPS, du mode de vie.

Total (N=30)		
	n	%
➤ Répartition par sexe :		
<i>Nombre de femmes :</i>	26	87
<i>Nombre d'hommes :</i>	4	13
➤ Répartition par âge :		
<i>Nombre de PA de 75 à 79 ans :</i>	8	27
<i>Nombre de PA de 80 à 85 ans :</i>	12	40
<i>Nombre de PA de +85 ans :</i>	10	33
➤ Répartition par GIR :		
<i>Nombre de PA en GIR 1</i>	0	0
<i>Nombre de PA en GIR 2 :</i>	0	0
<i>Nombre de PA en GIR 3 :</i>	1	3
<i>Nombre de PA en GIR 4 :</i>	11	37
<i>Nombre de PA en GIR 5 :</i>	15	50
<i>Nombre de PA en GIR 6 :</i>	3	10
➤ Répartition PPS :		
<i>PPS :</i>	13	43
<i>Hors PPS :</i>	17	57
➤ Mode de vie :		
<i>Seul :</i>	18	60
<i>Avec conjoint :</i>	11	37
<i>Avec enfant :</i>	1	3

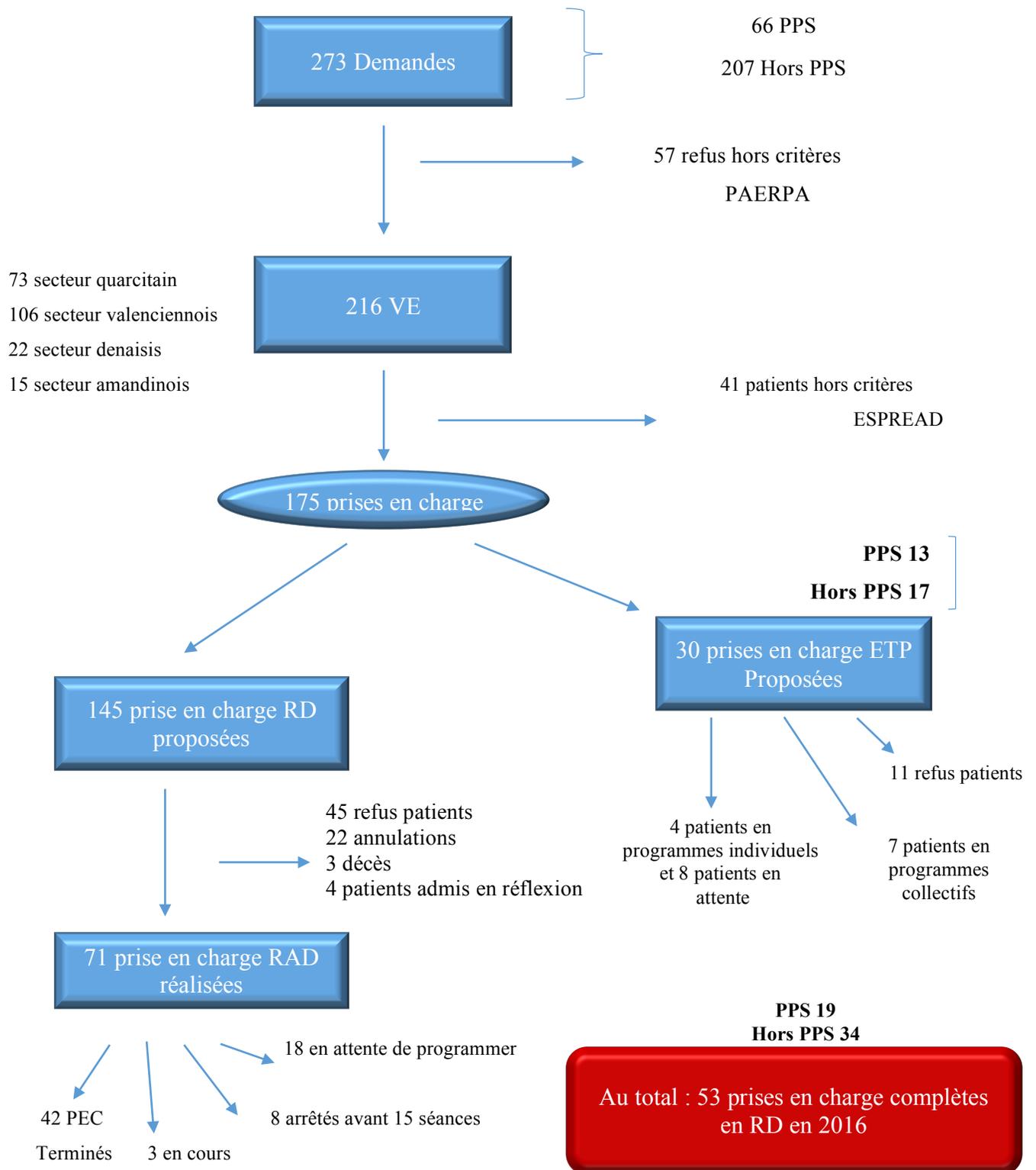


Schéma 5 : Arbre descriptif de l'effectif de notre population en 2016 ; répartition en fonction du type de prise en charge, VE, RD, ETP. Proportion de prise en charge patients avec PPS ou sans PPS.

6. Enquête de satisfaction des professionnels libéraux :

Une enquête de satisfaction a été envoyée aux médecins traitants et aux kinésithérapeutes après chaque prise en charge en 2016 (non réalisée en 2015 pour cause organisationnelle). Nous n'avons eu que très peu de retours de ces questionnaires.

➤ Médecins traitants :

- 71 médecins ont au moins eu 1 contact par courrier et ont reçu un questionnaire de satisfaction sur la PEC proposée
 - 8 seulement ont répondu, soit 12% : Ils étaient tous satisfaits de la prise en charge.

➤ Kinésithérapeutes :

- 28 ont au moins eu 1 contact par courrier et ont reçu un questionnaire de satisfaction sur la PEC proposée : Il n'y a eu aucun retour.
 - Ils ont donc été contactés par téléphone : Ils étaient tous satisfaits de la prise en charge.

Partie III : Suivi des patients à 6 mois avec réévaluation :

1. Bilan des prises en charge : (cf Annexe B)

Pour le suivi à 6 mois des patients pris en charge en 2015, celui-ci a été réalisé début 2016. On constate que 63 % des patients n'ont pas chuté pendant cette période, 3 patients, soit 14% ont dû être hospitalisés pendant ces 6 mois secondairement à une chute pour 2 d'entre eux. Enfin, après la visite de suivi, 57 % des patients ont évoqué le souhait d'une nouvelle prise en charge par l'ESPREAD. (cf tableau 19)

Pour le suivi à 6 mois des patients pris en charge en 2016, on constate que 49 % des patients n'ont pas chuté pendant cette période, 3 patients ont été hospitalisés pour un contexte de récurrence de chutes soit 6%. Les récurrences de chutes ont en majorité provoqué des traumatismes légers (hématomes contusions). Enfin, après la visite de suivi, 45% des patients ont évoqué le souhait d'une nouvelle prise en charge par l'ESPREAD. (cf tableau19)

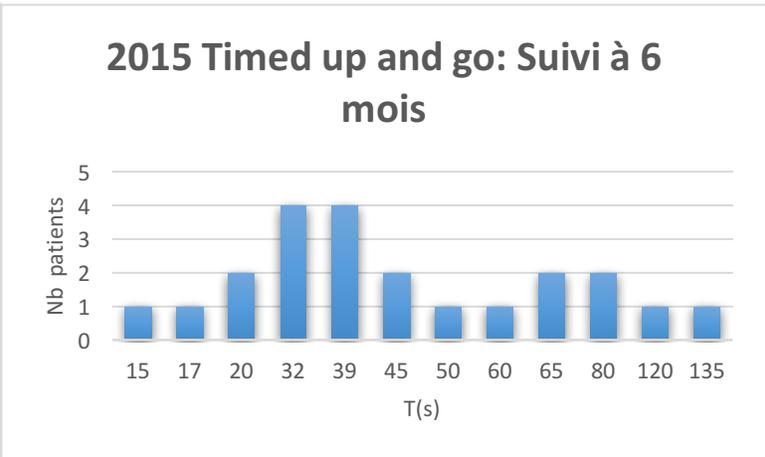
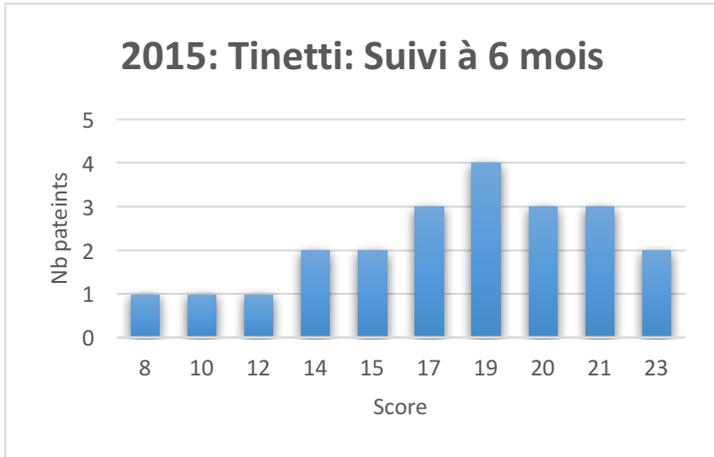
Tableau 19 : Suivi des patients à 6 mois, comparatif de l'évolution à 6 mois pour les patients pris en charge en 2015 et les patients pris en charge en 2016. Critères basés sur la récurrence des chutes sur 6 mois, le nombre d'hospitalisation, les conséquences suite aux chutes et souhait d'une nouvelle prise en charge après le suivi.

Patients de 2015 dont le suivi a été réalisé en 2016	Patients de 2016 dont le suivi a été réalisé en 2016 et 2017
<p><u>23 PEC réalisées en 2015 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 20 suivis réalisés à domicile ⇒ 1 suivi réalisé par téléphone ⇒ 1 refus patient ⇒ 1 refus ESPREAD (PEC courte) 	<p><u>53 PEC réalisées en 2016 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 29 suivis réalisés à domicile ⇒ 4 suivis réalisés par téléphone ⇒ 20 suivis ne seront pas réalisés <ul style="list-style-type: none"> - 4 PEC très courte, arrêt pour raisons médicales - 4 Patients entrés en structure d'hébergement - 3 Troubles cognitifs importants, arrêt de la PEC avant la fin - 1 Souhait d'arrêt par le patient - 5 Patients Décédés - 1 Refus de suivi par le patient - 1 hospitalisé au moment du suivi - 1 à recontacter car absent
<p><u>Nombre d'hospitalisations: 3/21 soit 14%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 hospitalisations pour chute ➤ 1 hospitalisation pour AVC 	<p><u>Nombre d'hospitalisations: 10/53 soit 19%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En cours de PEC : <ul style="list-style-type: none"> - 10/53 (motifs d'hospitalisation différents des chutes sauf pour 2 patients) ➤ Suivi à 6 mois <ul style="list-style-type: none"> - 3/53 après une chute - 4/53 pour autres pathologies (problèmes cardiaques, neuro.)
<p><u>Conséquences suite aux chutes :</u></p>	<p><u>Conséquences suite aux chutes :</u></p>

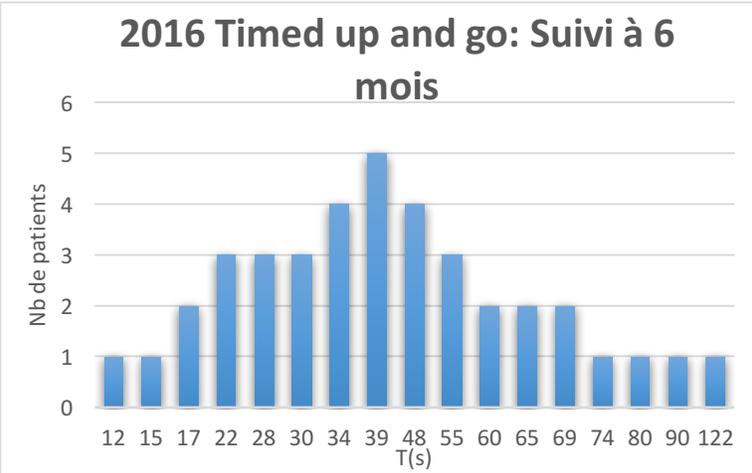
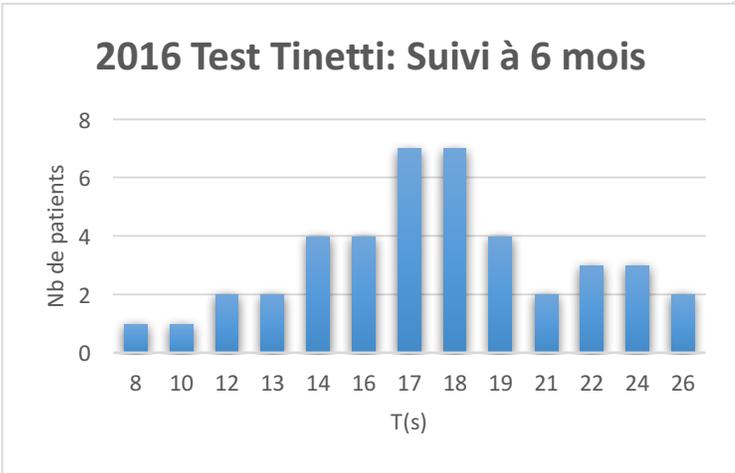
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fracture : poignet, côtes ↵ 3 ➤ Hématomes, contusions ↵3 ➤ Perte en autonomie (décubitus stricte) ↵ 1 ➤ Hébergement en structure ↵1 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fracture : poignet, côtes ↵ 1 ➤ Hématomes, contusions ↵ 3 ➤ Perte en autonomie (décubitus stricte) ↵1 ➤ Hébergement en structure ↵2 ➤ Décès ↵ 1
<p><u>Souhait d'une nouvelle PEC suite à la visite de suivi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 12/21 soit 57.1% 	<p><u>Souhait d'une nouvelle PEC suite à la visite de suivi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 15/33 soit 45%

2. Evaluation des test Tinnetti et « Timed up and go » à 6 mois :

On constate, après réalisation des tests 6 mois après la fin de la prise en charge, que la médiane des tests reste quasi identique à celle des tests réalisés immédiatement après la fin de prise en charge. Il persiste une amélioration du « Timed up and go » d'environ 10 secondes avec une médiane à 35 en 2015 et 39 en 2016. Pour le Tinetti, la médiane lors du suivi est à 19 en 2015 et à 18 en 2016.



Graphique 7 : Evolution des test Tinetti et « Timed up and go » en 2015



Graphique 8 : Evolution des test Tinetti et « Timed up and go » en 2016

DISCUSSION

I. Principaux résultats :

1. Population prise en charge par l'ESPREAD

Parmi nos principaux résultats, nous pouvons voir une disparité des données entre 2015 et 2016. En effet, l'année 2015 représente la mise en place de l'activité de l'ESPREAD, la population de patients dans notre étude est donc moins importante qu'en 2016. Que ce soit en 2015 ou en 2016, la population orientée vers l'ESPREAD répond la plupart du temps aux critères d'inclusion. Il s'agit bien d'une population âgée, bien souvent au-delà de 75 ans, deux tiers de nos patients sont âgés de plus de 80 ans, à risque élevé de chute et fragiles.

Près des trois quarts des patients pris en charge par l'ESPREAD sont polypathologiques. Près des trois quarts des patients présentent des pathologies cardiovasculaires, un tiers présentent des maladies neurologiques type Parkinson et AVC, et un tiers présentent une démence vasculaire. En revanche, les ATCD déclarés de maladie d'alzheimer et apparentés sont probablement sous estimés car le pourcentage de patients présentant un tel ATCD est faible par rapport à la proportion de patients ayant un MMS inférieur ou égal à 24 qui est de 68% pour les deux années.

La majorité des patients pris en charge en RD sont en GIR 4, ce qui représente les deux tiers des patients. On a pu observer une progression chez ces personnes. Le risque de chute dans notre population, est élevé comme le montrent les scores au Tinetti et au « Timed up and go ». Cependant, nous notons une progression au cours du programme puisque ces scores s'améliorent en fin de prise en charge dans la plupart des cas. Le score de Tinetti s'est vu augmenter chez les trois quarts

des patients, quant au temps au “*timed up and go test*” il s’est amélioré (diminution du temps) chez plus d’un tiers des patients.

Dans le cas contraire, en observant le profil des patients concernés, il s’agit des patients les plus dépendants, aux multiples antécédents dont MMS bas, mais aussi des patients polyopathologiques pour les trois quarts, avec en majorité, des ATCD cardiovasculaires et vivant seuls pour la quasi totalité.

En ce qui concerne l’inquiétude face à la chute, après sondage, un tiers des patients ont exprimé une peur modérée au lieu d’éllevée après les séances. Globalement, les patients expriment une amélioration de leur qualité de vie même si il est difficile de le mesurer sur une échelle adapté car pour les patients, avoir une bonne qualité de vie correspond à rester au domicile, être le plus autonome possible et être entouré par leur famille.

Enfin les trois quarts des patients après sondage ont exprimé être très satisfaits de la prise en charge après questionnaire de satisfaction et plus de la moitié expriment avoir un ressenti positif sur leur moral et leur qualité de vie.

2. Place de l’ESPREAD dans le PAERPA

Différents bénéfices ont été mis en évidence, l’équipe ESPREAD est à ce jour bien intégrée dans le dispositif PAERPA avec la création de liens entre tous les partenaires nouveaux et anciens comme le montre l’origine diverse des demandes. Egalement, on constate que l’ESPREAD intervient dans l’ensemble du territoire, ce qui montre une bonne implantation sur le secteur PAERPA. Parmi les secteurs à l’origine des demandes, les secteurs hospitaliers gériatriques arrivent en tête,

suivi par le secteur médicosocial (CLIC, MAIA, SSIAD...). En revanche peu de demande proviennent des médecins traitants (10% en 2015 et 12% en 2016), même si les chiffres sont en cours d'augmentation en 2016, il faut donc poursuivre dans cette dynamique afin d'inclure davantage les professionnels de santé libéraux.

On constate une évolution progressive du nombre de PPS à l'origine des demandes d'intervention de l'ESPREAD, peu de PPS sont mis en place au début de l'activité de l'ESPREAD en 2015 avec 21% des patients qui ont un PPS en place, contre 24% en 2016 ce qui montre une faible croissance de mise en place des PPS. Il y a bien une volonté d'améliorer la coordination des soins entre les professionnels de santé libéraux pour permettre un meilleur suivi coordonné pour le patient, mais la mise en place d'un PPS est encore lourde dans les démarches et représente une charge administrative supplémentaire, ce qui explique le faible taux de PPS mis en place à ce jour.

Concernant la participation des professionnels de santé libéraux pour encadrer les séances d'ETP, on constate une absence de volontaires. Il n'y a eu que peu de candidats par le fait que la formation demande beaucoup de temps au professionnel. D'une part cela nécessite 40 heures de formation, et d'autre part la rémunération est faible et non proportionnelle à l'investissement du professionnel.

3. Satisfaction des Médecins traitants et kinésithérapeutes :

Une enquête de satisfaction a été envoyée aux médecins traitants et aux kinésithérapeutes après chaque prise en charge. Nous n'avons eu que très peu de retour de ces questionnaires par les

médecins traitants avec 12% de réponse, et aucun retour par les Kinésithérapeutes. Ceci s'explique par le manque de temps mais aussi par la surcharge de travail administratif des professionnels libéraux. A l'avenir il serait intéressant de refaire une étude de satisfaction en utilisant une autre méthode, comme un sondage directement au cabinet, afin d'améliorer le taux de réponse.

4. Suivi des patients à 6 mois :

En 2010, l'étude EPAC a montré que 14,6 % des accidents de la vie courante enregistrés concernaient les personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les personnes de 65 ans et plus, les accidents de la vie courante dont les chutes surviennent principalement dans l'habitat à 66 %, et dans 85% des cas surtout à l'intérieur du domicile. Il est donc nécessaire d'effectuer un suivi des patients à leur domicile afin d'évaluer les bénéfices de la prise en charge et le taux de récurrence de chutes éventuelles. **(23)**

On constate que pour 2015, 92% des patients ont bénéficié d'un suivi, contrairement à 2016 avec seulement 62% des patients. Il ne s'agit pas de la volonté de l'ESPREAD de ne pas réaliser le suivi mais d'une impossibilité de poursuivre le suivi en majorité pour raisons médicales mais aussi suite à des patients entrés en institution ou encore à des décès survenus entre la prise en charge et le suivi.

Au niveau du nombre de récurrence de chutes à 6 mois, en 2015, 63% des patients n'ont pas présenté de chute. En 2016, l'absence de récurrence de chutes a concerné 49% des patients.

Cette différence entre les 2 années s'explique par le fait que la population prise en charge en 2016 est une population plus âgée que celle PEC en 2015, mais aussi plus marquée par la poly-pathologie. Les patients sont donc plus fragiles, les marges d'amélioration sont plus limitées. **(24)**

Dans notre étude, les statistiques sont identiques que ce soit en 2015 ou en 2016 en ce qui concerne les conséquences des chutes, nous retrouvons le même pourcentage de traumatisme secondaire aux chutes. En majorité on retrouve des hématomes/contusions suivi de fractures, mais aussi des entrées en EHPAD ou encore la survenue du décès du patient après la chute.

Enfin un patient sur deux a le souhait d'une nouvelle prise en charge suite à la visite de suivi ce qui témoigne d'un retour positif des prises en charge faites par l'ESPREAD et encourage à continuer à s'occuper des patients chuteurs.

II. Difficultés rencontrées par l'ESPREAD et aménagements effectués :

1. Pour la Réhabilitation à domicile :

1.1 Pour les personnes les plus âgés (+ de 90 ans) :

Les patients très âgés (à partir de 90 ans), se fatiguent rapidement. De ce fait, les séances proposées ont dû être aménagées, leur durée a été raccourcie ainsi que le nombre total de séances. Ils expriment souvent le souhait d'arrêter la prise en charge précocement. Lorsque le patient a évoqué la multiplicité des intervenants à domicile, l'équipe a proposé de tester un aménagement du planning avec une séance par semaine au lieu de deux sur 9 semaines mais la progression du patient est moins rapide que lorsqu'on effectue 2 séances/semaine.

1.2 Sur le plan de l'autonomie :

Aucune demande de prise en charge n'a été demandée pour des patients en GIR1. Pour les patients en GIR 2 et 3, la réhabilitation est difficile et limitée car la perte d'autonomie est importante. Pour ces patients, la PEC s'est plutôt orientée vers le confort et l'aménagement de l'environnement du patient mais aussi dans la formation et l'accompagnement des aidants.

1.3 Relever du sol

Le relever de sol et la mise en sécurité sont systématiquement abordés au cours des séances. La pratique du relever de sol, n'est possible qu'avec une minorité des personnes, car dans un premier temps le retour au sol est assez angoissant, beaucoup ne le souhaitent pas et les douleurs articulaires peuvent être un frein. Il est la plupart du temps abordé en image et en démonstration par l'équipe.

1.4 Troubles cognitifs

Les patients ont en majorité un MMS < 24 pour 2015 et 2016 (multipliant par 2,3 le risque de chute et augmentant le risque de chutes multiples) (15). La présence de troubles cognitifs peuvent interférer avec la compréhension des consignes et la mécanique du travail effectué lors des séances. On observe cependant une progression au cours des séances avec une amélioration des tests de tinetti et « Timed up and go » chez ces patients au faible MMS mais ils ne sont pas en capacité de refaire seuls les mouvements et de faire consciemment le lien entre ce qui est fait en séance et les gestes de la vie quotidienne. Une PEC sur le long terme serait peut-être intéressante pour eux, avec plutôt « un entretien des amplitudes articulaires » avec la mise en place d'une activité physique adaptée régulière au domicile en liaison avec les Kinésithérapeutes.

2. Pour l'ETP :

Les freins restent identiques en 2015 et en 2016. Il s'avère que ces patients présentent une dépendance trop importante pour envisager des séances d'ETP collectives. De plus, on s'adresse à une population à risque élevé de chute avec une appréhension à la chute importante ce qui représente une épreuve pour se déplacer aux séances d'ETP lorsque le patient quitte son domicile.

Un autre problème survient avec le manque de moyens de locomotion. Ils dépendent souvent de quelqu'un pour les accompagner, mais aussi souvent d'un manque de moyen économique pour utiliser d'autres moyens de transport.

2.1 Les aménagements :

De ce fait, en 2016 une évolution organisationnelle s'est mise en place après ces constats. L'équipe a décidé d'élargir les critères afin de prendre en charge en ETP des patients en GIR 5 -6 à haut risque de chutes. De ce fait, 60 % des patients pris en charge en ETP sont en GIR 5-6 fin 2016, ce qui permet de viser un public plus large et plus adapté aux séances d'ETP. Il est également possible de prendre en charge les patients en ETP en séance individuelle uniquement, pour cibler les besoins de chaque individu. Il s'agit d'un programme plus court par rapport au programme collectif, adapté en fonction des besoins du patient.

III. ESPREAD et programme PAERPA : quel bilan et quel avenir ?

60% des médecins traitants du territoire ont déjà réalisé au moins un Plan Personnalisé de Santé (PPS) ; c'est le constat que révèle une étude effectuée en Avril 2017 par l'ARS, par l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S) et par l'Ecole des Hautes études en santé publique (EHESP), rapportée dans le magazine « Actualités Sociales Hebdomadaires ». Cette étude montre que le dispositif d'appui territorial du PAERPA du Valenciennois-Quercitain créée en 2014 a permis de multiplier les rencontres avec les professionnels libéraux pour les initier à un travail partenarial. Pour les patients pris en charge par l'ESPREAD, le constat est le même, on s'aperçoit que le nombre de PPS mis en place a doublé entre 2015 et 2016, ce qui montre la volonté d'une harmonisation pour une meilleure coordination des soins. **(8)**

Au total, plus de 550 PPS ont ainsi été créés sur le territoire du Valenciennois, chacun impliquant plusieurs professionnels libéraux et débouchant sur des actions spécifiques définies par ces derniers. Après analyse des médecins traitants du territoire, on constate que plus de 1200 Plan Personnalisé de Santé (PPS) ont été mis en place pour les patients, également 200 hospitalisations ont pu être évitées tout cela depuis Janvier 2016.**(8)**

Plus globalement en France, les coordinations territoriales d'appui répondent à 2200 appels par mois via leur numéro unique. Leur activité est en croissance permanente. Le numéro unique mis en place sur le secteur des Hauts de France afin d'orienter les professionnels libéraux est un succès, plus de 5000 appels ont été reçus en 2016 et 2017 (chef de projet PAERPA de l'ARS des Hauts-de-France).

Enfin en France 5000 PPS ont vu le jour depuis l'installation des premiers territoires PAERPA. Le dispositif PAERPA est sur le point de vivre un tournant des plus importants avec le passage de 9 territoires pilotes à 16 territoires très prochainement. **(22)** Mais avant cela, il sera intéressant d'attendre le bilan d'activité réalisé fin 2018 afin de savoir si l'expérimentation PAERPA sera pérennisée en fonction du service rendu.

Une éventuelle généralisation du PAERPA est à prévoir d'ici deux ans, mais son avenir demeure toutefois tributaire de la réponse à un grand nombre de questions. En effet, il s'implante sur le terrain, une multitude de dispositifs dont l'ESPREAD fait partie. Dans un tel contexte, comment assurer la coordination et la circulation des informations nécessaires au suivi du parcours d'un patient ?

C'est pourquoi, l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP), opérateur de l'Etat pour la numérisation des informations de santé, annonce la création d'un programme d'accompagnement pour fin 2017 avec la création de logiciels qui permettrait de se rapprocher d'une interopérabilité des systèmes. **(22)**

IV. Qu'en est-il des autres études en France et en Europe :

Certains programmes d'exercices physiques structurés ont montré leur efficacité dans la prévention des chutes, y compris chez les personnes à haut risque de chute. **(25)** La plus importante revue de la littérature est celle de la *Cochrane Collaboration* publiée en 2012, qui a combiné les résultats de 59 essais contrôlés randomisés d'évaluation de l'exercice, totalisant plus de 13 000 participants ayant plus de 60 ans et vivant au domicile. Pour l'analyse, les interventions ont été rassemblées en fonction de leur mode d'administration ainsi que du type d'exercices proposés.

Selon la classification, on distingue six catégories d'exercices proposées par le réseau européen de recherche ProFaNE (*Prevention of Falls Network Europe*). Les résultats de la méta-analyse Cochrane démontrent que les programmes d'exercices multi-catégories diminuent le taux de chutes d'environ 30%. **(26)**

L'hétérogénéité des résultats des autres études, notamment pour ce qui concerne les programmes d'exercice de groupe, révèlent très probablement le fait qu'il n'existe pas un programme d'exercices type qui conviendrait à tous ; le contenu et les modalités de mise en œuvre du programme doivent être adaptés à l'état de santé, à l'âge ainsi qu'à l'état fonctionnel de la population cible si on veut que l'intervention soit acceptable et efficace, plus particulièrement sur le long terme. L'ESPREAD quant à elle, contrairement aux autres études, présente une population homogène pour laquelle les exercices de rééducation proposés sont plus adaptés aux patients pris en charge.

Les résultats d'une autre méta-analyse (44 essais soit environ 9 600 personnes âgées) démontrent que les deux éléments clés qui déterminent l'efficacité d'un programme d'exercice pour

la prévention des chutes sont : une stimulation efficace de l'équilibre et une dose suffisante d'exercice et une stimulation efficace de l'équilibre. L'hétérogénéité des modes d'administration des programmes montrés efficaces (en individuel, en groupe au domicile ou une combinaison des deux) est intéressante car cela tend à penser qu'il sera possible de répondre aux différentes attentes et préférences des personnes âgées en offrant un panel varié de programmes utiles. On notera qu'il y a généralement très peu d'effets secondaires négatifs aux programmes rapportés dans les essais, et on remarque que les divers exercices d'entraînement de l'équilibre ne présentent pas de danger particulier s'ils sont encadrés et prescrits par des professionnels qualifiés.

Des données récentes, dont les résultats de l'essai contrôlé randomisé français « Ossébo », montrent que l'exercice peut également diminuer les chutes traumatiques (entraînant recours aux soins et/ou symptômes cliniques), qui sont les plus préoccupantes d'un point de vue clinique et de santé publique. L'aménagement de l'habitat, surtout chez les personnes à haut risque, la diminution progressive des psychotropes et la correction des troubles de la vision sont également efficaces pour réduire les chutes. **(26)**

Toutes ces raisons ont mené à réaliser un essai contrôlé randomisé de grande envergure, l'essai « Ossébo », dont l'objectif principal était d'évaluer l'efficacité d'un programme d'exercices physiques centrés sur l'entraînement de l'équilibre et le renforcement musculaire sur la prévention des chutes traumatiques. Durant les deux ans d'études, 305 chutes avec blessures sont survenues chez les femmes suivant le programme d'exercices physiques, contre 397 dans le groupe contrôle. L'analyse des données a montré que le programme d'exercices Ossébo est associé à une diminution de 19% (statistiquement significative) du risque de chutes avec traumatismes. Le bénéfice de l'exercice physique sur le risque de traumatismes graves (fractures, traumatismes crâniens, luxations) était du même ordre de grandeur, avec une baisse de 17%. À l'issue des deux ans, les femmes

du groupe « intervention » avaient de meilleures performances à tous les tests physiques et une meilleure perception de leur capacité physique générale que les femmes du groupe « contrôle ». En un an, elles avaient de meilleurs scores de bien-être psychologique et avaient moins peur de chuter, ce qui pourrait représenter d'autres modes d'action possible du programme d'exercices permettant d'expliquer son effet bénéfique sur la diminution du risque de chute. **(26)** Toutefois, il s'agit dans cette étude d'une population à risque modéré de chute contrairement à l'ESPREAD où les patients sont à risque élevé.

En collaboration avec l'Université de Montréal, une étude française a tenté elle aussi d'évaluer l'efficacité d'un programme d'exercices physiques connus permettant d'expliquer son effet bénéfique sur la réduction du risque de chute. Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'efficacité du programme PIED tel qu'il est proposé en France sur l'équilibre objectif. Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) est un programme multifactoriel de prévention des chutes destiné aux personnes âgées. **(27)** Ce programme, créé au Québec en 1995, est géré par une équipe multidisciplinaire comportant des ergothérapeutes, des kinésiologues et des épidémiologistes. Les exercices inclus dans le programme PIED stimulent la plupart des modalités sensorielles affectées par les effets du vieillissement. Une expérimentation a été réalisée auprès de 292 personnes âgées autonomes qui ont été aléatoirement répartis en deux groupes. L'évaluation du programme PIED tel qu'il est réalisé actuellement en France n'a pas montré de résultats significatifs sur les déterminants physiques des risques de chute. **(27)** En parallèle, ce programme permet également aux personnes âgées de mieux se connaître et de leur faire prendre conscience de leur vrai niveau d'équilibre ce qui a également été constaté par l'équipe ESPREAD.

V. Perspectives pour 2017 :

Au vu du nombre important de patients souhaitant faire une autre prise en charge par l'équipe ESPREAD, en fonction des besoins et priorités, certains patients ont pu bénéficier d'une nouvelle PEC avec plusieurs séances afin de pouvoir renforcer les différents éléments mis en place lors de la première réhabilitation. A ce jour, il est difficile de savoir si le bénéfice obtenu à 6 mois perdure au delà, sans relais de l'activité physique suivie par des professionnels. Le problème qui se pose aujourd'hui est de savoir quel relais peut être mis en place après la prise en charge par l'ESPREAD. Ceci est d'autant plus vrai pour les patients présentant des troubles cognitifs qui présentent des troubles de mémorisation. Il serait intéressant d'instaurer un suivi supplémentaire à un an pour voir si les bénéfices apportés perdurent sur le long terme.

Les enquêtes actuellement disponibles apportent des résultats permettant d'assurer globalement la surveillance épidémiologique des chutes, mais n'aident pas à réaliser des actions ciblées de prévention. Les données OSCOUR-SurSaUD[®] seront susceptibles à l'avenir de répondre en partie à la demande de mesure de l'évolution des taux de recours aux Urgences pour chute. **(28)** L'enquête ChuPADom sur les chutes des personnes âgées à domicile établira des profils de chuteurs de 65 ans et plus selon leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques, la présence de maladies chroniques et/ou de polyopathologies, l'autonomie avant la chute, leur santé mentale, l'aide à domicile, une polymédication, les séquelles physiques et psychologiques, les facteurs de risque extrinsèques, mais aussi leur qualité de vie un an après la chute. **(28)** Il serait donc intéressant de comparer toutes les données recueillies par cette étude afin de les comparer aux résultats obtenus dans la population prise en charge par l'ESPREAD notamment lors du suivi en termes de récurrence et de conséquence des chutes, mais aussi sur la qualité de vie après prise en charge.

Enfin, une autre recherche pourrait être effectuée afin de comparer les résultats de notre analyse avec les prises en charge effectuées par l'ESPRAD de Lille et de Dunkerque pour lesquelles aucune étude n'a été réalisée à ce jour.

CONCLUSION

L'ESPREAD est une équipe expérimentale créée dans le cadre du PAERPA née en juin 2015. La date prévue de fin d'expérimentation est prévue pour fin 2018. Passé ce délai il s'agira de faire un bilan en tenant compte de l'efficacité et du service rendu, afin de connaître la pérennité du PAERPA.

Globalement, les résultats de notre étude sont satisfaisants. On constate une baisse du nombre de récurrences de chutes à 6 mois ainsi qu'une diminution des complications post chute. Les patients sont très satisfaits de la prise en charge. Même si l'appréhension face à la chute reste difficile à diminuer, celle-ci devient néanmoins gérable, et ce, grâce aux capacités d'adaptation de chacun, acquises au cours des séances.

Toutefois, quelques aménagements ont été effectués face à certaines difficultés tels que l'extension du GIR à 5 et 6 pour l'ETP, l'augmentation des séances individuelles en ETP ainsi que l'adaptation du nombre et de la durée des séances en RD.

Il reste néanmoins le problème de la participation des professionnels de santé libéraux en ETP. L'ESPREAD prend donc le relais face à cette difficulté en mettant en place des programmes plus courts, et individuels.

Enfin, il serait intéressant d'effectuer une autre recherche afin de comparer les résultats de notre analyse avec les données obtenues par les autres équipes ESPREAD pour lesquelles aucune étude n'a été réalisée à ce jour.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG), Haute Autorité de santé (HAS). *Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire*. Saint-Denis La Plaine: HAS, 2005 : 69 p
2. Colvez A, Ropert G, Beauchet O, Krolak-Salmon P, Saussac R. *Comprendre la santé des aînés: Manuel pratique de recherche-action en gérontologie-gériatrie*. Paris : Dunod ; 2011 : 448p
3. Dargent-Molina P, Bréart G. *Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées*. *Rev Epidém et santé Publ.* 1995 ; 43 : 72-83
4. Beck F., Guilbert P., Gautier A. *Baromètre santé 2015. Attitudes et comportements de santé*, INPES. 2015
5. Alkema, L, Chou, D, Hogan, D et al. *Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 ; September 2017. Volume 390, n° 10100. p1151–1210*
6. Thélot B., Ermanel C., Jouglu E., Pavillon G. *Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France*, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2006. n° 42, octobre, p. 323-328, InVS.
7. Cooper, C. (1997). *The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life* *The American Journal of Medicine*, 103(2), S12-S19.
8. Haute Autorité de Santé – HAS. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*. (2009). HAS, Paris.

9. Bohl AA, Fishmann PA, Ciol MA, Williams B, Logerfo J, et coll. A longitudinal analysis of total 3 year healthcare costs for older adults who experience a fall requiring medical care. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010, 58 : 853-860
10. Gonthier R. Epidemiology, morbidity, mortality, cost to society and the individual, and main causes for falls. *Bull Acad. Natle Med.* 2014. 198, n°6 ; 1025-1039
11. Andres J, Blanc M, Bourges M, Desambrois F, Deslandes A. Module interprofessionnelle de santé publique « *La prévention des chutes des personnes âgées à domicile et en institution* ». EHESP. 2014. p 1-31
12. Ennuyer B. Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation. 2^{ème} édition. Paris : Dunod ; 2014, 310 p
13. Dantoine T. Evaluation des impacts médico-économiques des nouvelles technologies appliquées à la prévention des chutes. *SilverEco*. Avril 2016, n° 55, octobre, p. 28-30
14. Tinetti, M.E., Speechley, M., Ginter, S.F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *The New England Journal of Medicine*. 1988. 319(26), 1701-1707.
15. Graafmans, W.C., Ooms, M.E., Hofstee, H.M., Bezemer, P.D., Bouter, L.M., Lips, P. Falls in the elderly: a prospective study of risk factors and risk profiles. *Am J Epidemiol*. 1996 ; 143(11) : 1129-36.
16. Thumerelle M, Dambre D, PAERPA, Le Valenciennois-Quercitain s'engage dans le « bien vieillir à domicile ». *Revue Hospitalière de France. RHF*. Mai-Juin 2016 ; 570 ; 72-75
17. Ermanel C., Thélot B., Jougla E., Pavillon G., 2006, Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2002. n° 42, octobre, p. 328-330, InVS.
18. Prevoteau C, Beauchamp Y, Duchange E, Proutt E, Lussier MD. Le système d'information dans PAERPA, un outil de coordination pour des parcours de santé plus fluides. *Revue Hospitalière de France. RHF*. Juillet-Aout 2015 ; 565 : 74-78

19. Calvet L. Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. DREES. Dossier Solidarité Santé. Aout 2013 ; n°42
20. Chaudieu E. L'expérimentation PAERPA a créé des dynamiques territoriales positives. Actualités Sociales Hebdomadaires. ASH. Mai 2017 ; 3011 : 11-12
21. Le parcours de santé des aînés. Sécurité sociale. (En ligne) <http://www.securite-sociale.fr/Le-parcours-de-sante-des-aînés-des-acteurs-coordonnes-pour-une-autonomie-preservée-PAERPA>. Consulté le 06 Octobre 2017
22. Paquet M. Programme PAERPA, les leçons de l'expérimentation. Actualités Sociales Hebdomadaires. ASH. Avril 2017 ; 3005 ; 30-33
23. Claudine B. Vieillesse, du normal au pathologique, beaucoup de zones grises. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. BEH. Juillet 2017 ; 16 : 292-293
24. Robine JM, Cambois E. Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. BEH. Juillet 2017 ; 16 : 294-300
25. Atramont A, Bourdel-Marchasson I, Bonnet-Zamponi D, Tangre I, Résidents admis en Ehpad au cours du premier trimestre 2013 : pathologies prises en charge, traitements et hospitalisations l'année suivante. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. BEH. Juillet 2017 ; 16 : 317-327
26. Dargent-Molina P, Cassou B. Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile : analyse des interventions efficaces et perspectives de santé publique. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. BEH. Juillet 2017 ; 16 : 336-343
27. Kern L, Termoz N, Le Cren F, Couillandre A, Terlicoq A. Évaluation de l'apport d'un programme d'activité physique et de séances éducatives dans la prévention des chutes. UFR Staps, Université Paris Ouest Nanterre La Défense. Département de Kinesologie, Université de Montreal, Quebec, Canada. INSERM. 2012 ; p479-497
28. Thélot B, Lasbeur L, Pédrone G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. BEH. Juillet 2017 ; 16 : 328-335

Annexes :

Annexe A : Dossier de mise en place d'un PPS :



Plan Personnalisé de Santé Multirisque Optimisé Évaluation IDE - Pharmacien

Territoire du Valenciennois Quercitain



SOMMAIRE

MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ.....	3
LA PERSONNE ET SES CONTACTS UTILES.....	4
CONTACTS UTILES.....	5
ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTES – DÉPRESSION – DÉNUTRITION	6
ÉVALUATION DU RISQUE ‘MÉDICAMENTS’.....	10
TABLEAU DE BILAN DE LA MÉDICATION - PROBLÈME = DISCORDANCE ENTRE MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR LE MÉDECIN ET MÉDICAMENTS PRIS PAR LA PERSONNE	13
CHECK-LIST D’AIDE À L’IDENTIFICATION DES PRIORITÉS DES PROFESSIONNELS (OUI / NON / ?)	17
TABLEAU DE SUIVI DU PPS.....	18

Modèle du plan personnalisé de santé

Chaque PPS Multirisque optimisé est composé :

- **D'un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles.**
- **De l'évaluation IDE des risques et du plan d'action qui en découle** (cf. guide d'utilisation).

Cette grille PAERPA comprend pour **chaque risque** (en 2^{de} partie)

1. différents items d'évaluation :

- Il suffit de :
- **choisir et d'entourer les réponses** adéquates
 - **qualifier** le niveau global de chaque risque en faible, modéré ou élevé
 - **renseigner la zone libre** par des commentaires complémentaires

2. des propositions d'actions :

- ✓ Les propositions d'actions **ne sont pas exhaustives** et sont à compléter, si nécessaire.
- ✓ **L'IDE coche les actions dans la colonne impartie (IDE), qu'elle propose au MT-**
- ✓ **LE MT coche les actions validées dans la colonne dédiée (MT) qu'elles soient proposées ou non par IDE.**

Cette grille PAERPA comporte la **synthèse globale des évaluations** en 1^{ère} page avec

- 1. la synthèse des évaluations de chaque risque**
Il suffit d'entourer le niveau global identifié lors de l'évaluation, pour chaque risque.
- 2. la proposition IDE et la décision du MT de mettre en œuvre des actions sur les risques évalués**
Il suffit de **cocher** les cases adéquates
- 3. les propositions d'actions multirisques :** il suffit de choisir la proposition d'action en l'entourant .
- 4. Le suivi des PPS :** le suivi des actions retenues est synthétisé à ce niveau en précisant **les acteurs et la temporalité.**

- **De l'évaluation du risque médicament et du plan d'action qui en découle** (cf. guide d'utilisation).

- ⇒ Le document comporte en 1^{ère} page, la synthèse d'évaluation du risque Médicaments avec une zone à renseigner par des actions complémentaires si nécessaire et par les modalités de suivi du PPS en indiquant la temporalité les acteurs référents des actions et leur temporalité.
- ⇒ en deuxième partie, la grille d'évaluation du risque Médicaments
- ⇒ en dernière partie, 2 tableaux complémentaires :
 - le tableau des Alertes/Alarmes pharmacologiques comportant des actions spécifiques d'optimisation thérapeutique
 - le tableau servant à établir le bilan de médication

Avant de mener l'entretien pharmaceutique, il convient préalablement

- **d'effectuer l'analyse pharmacologique à l'aide du tableau d'alertes/alarmes pharmacologiques**
- **d'établir le bilan de la médication**

L'entretien pharmaceutique permettra ensuite de compléter l'analyse pharmacologique ainsi que le bilan de médication

- **D'une check-list de problèmes** sur une page permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter. Certains problèmes qui méritent d'être mieux explorés peuvent être notés avec un « ? » ; les point d'étape réalisés par le référent permettent de suivre la réalisation et les résultats des actions selon les critères choisis et de les réajuster si nécessaire. Le réajustement est décidé avec les autres acteurs concernés sans donner lieu systématiquement à une réunion à plusieurs, sauf **exception**.
- **D'un tableau de suivi du PPS**

La personne et ses contacts utiles

Nom :					
Prénom :					
Date et lieu de naissance		à		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Numéro du PPS		Date d'initiation du PPS		ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui nombre ALD
Coordonnateur du PPS	Profession :		Nom :		
Informations sur la personne				Numéro de sécurité sociale	
Adresse de la personne				Code Postal	
				Ville	
Aidant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre : ____ Nom(s) :	<i>Tel :</i>		Recherche d'hébergement en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<i>Email :</i>			
Référents familiaux / amicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre : ____ Nom(s) :	<i>Tel :</i>		APA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6) 6 ▼
		<i>Email :</i>			
Personne de confiance			<i>Tel :</i>	Directives anticipées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<i>Email :</i>		
Caisse de retraite	Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées)			Mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :
Préférences de la personne					
Priorité actuelle de la personne					
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le cadre de la démarche Paerpa <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

Contacts utiles

<i>Niveau d'information (cf. fiche jointe)</i>	<i>Catégorie professionnelle</i>	<i>Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme</i>	<i>Accès aux informations Oui/Non</i>	<i>Téléphone</i>	<i>Email</i>
<i>Niveau 1</i>	<i>Médecin traitant</i>				
	<i>Infirmier(s)</i>				
	<i>Pharmacien</i>				
	<i>Kinésithérapeute</i>				
	<i>Ergothérapeute</i>				
	<i>Géiatre</i>				
	<i>Autre spécialiste</i>				
<i>Niveau 2</i>	<i>Assistant social</i>				
	<i>Dispositif d'appui Territorial</i>				
<i>Niveau 3</i>	<i>Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)</i>				
<i>Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3) :</i>					

Évaluation des risques de chutes – dépression – dénutrition

Date de l'évaluation : _____ **Évaluation réalisée par :** _____
 dans le cadre de la Coopération Clinique de Proximité

Patient	Médecin (MT)	Infirmier (IDE)	Pharmacien	Kiné

SYNTHESE GLOBALE des évaluations

Risque	Faible	Modéré	Élevé	IDE	Décision MT/CCP
Risque Chutes	oui	oui	oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque Dépression	oui	oui	oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque dénutrition	oui	oui	oui		
Risque Médicaments	oui	oui	oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre risque suggéré					
Doute sur Troubles cognitifs	oui	oui	oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doute sur intoxication œnologique	oui	oui	oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation sociale à risque	oui	oui	oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actions spécifiques en cas de multirisque : 2 risques ou plus

- Consultation gériatrique pluridisciplinaire
- Expertise gériatrique à domicile par le réseau en cas d'impossibilité de la personne de se déplacer
- Si nécessité d'examen paraclinique d'emblée, hôpital de jour gériatrique
- En cas de risque Médicaments, une évaluation est à réaliser par le pharmacien d'officine.
- Les actions d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) sur les Chutes, la Dépression, l'iatrogénie peuvent constituer des actions du PPS en première intention, en cas de difficulté majeure lors de l'évaluation ou lors d'une réévaluation du PPS

Modalités Globales de suivi du PPS : Actions- référents des actions-temporalité du suivi-

EVALUATION DES RISQUES

Risque de Troubles cognitifs	Faible	Modéré/Élevé		Proposition d'action spécifique		
				IDE	MT	
Mini-COG	3 mots	1 mot ou 2 mots	Aucun mot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CS Mémoire Plateforme territoire
Date du jour	Date complète	Date partielle	Date non connue			

Risque CHUTES	Faible	Modéré	Élevé	Propositions d'actions spécifiques			Propositions d'actions générales		
				IDE	MT		IDE	MT	
Marche	sans aide	avec canne, déambulateur	se tient aux meubles et aux murs				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamine D per os au rythme d'une ampoule de 100 000 UI par trois mois
Chutes dans les 12 derniers mois ?	pas de chute	1 à 2 chutes	> 2 chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminuer la consommation des psychotropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Favoriser l'activité physique au quotidien
Test d'appui monopodal :	> 5 sec	< 5 sec					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correction des troubles sensoriels (vue, audition)
Timed Get and Go test :	< 20 sec	20-29 sec	≥ 30 sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réhabilitation pour chuteurs sans fracture : individuelle en situation de vie par le SSIAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aides techniques (canne, déambulateur)
Chaussage adapté ?	oui		Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adapter le chaussage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prise en charge des problèmes podologiques
Test d'hypotension orthostatique :	négatif		Positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) Toujours baisser le traitement anti-HTA 2) Port de bas de contention si hypo TA persiste. 3) Conseiller la prudence lors du lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	séances de kinésithérapie à domicile et/ou en cabinet
Incontinence urinaire ou Impériosité mictionnelle ?	non	occasionnel	fréquent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évaluation du risque médicamenteux (anticholinergique)			
Peur de tomber ?	non	oui		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apprentissage du relevé du sol			Consultation Chutes hospitalière
Antécédent de fracture	non	oui		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évaluer l'indication à un traitement par biphosphonates selon le site de fracture			
Domicile	adapté	peu adapté	Dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergothérapie par le SSIAD pour les diagnostics du logement : adaptation du logement			
Risque Chutes	Faible	Modéré	Élevé						

Commentaires – Actions complémentaires - Modalités de suivi du PPS pour les risques TROUBLES COGNITIFS-CHUTE-MEDICAMENT

Risque Médicaments	Faible	Modéré	Élevé	Proposition d'action générale		
				IDE	MT	
Pb potentiel d'observance ?	non	oui				
Pb potentiel de prise des traitements (galénique, horaire, ...)	non	oui		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évaluation du risque Médicamenteux
Risque Médicaments	Faible	Modéré	Élevé			

Risque DEPRESSION	Faible	Modéré	Élevé	Proposition d'actions générales		
				IDE	MT	
Troubles du sommeil	non	occasionnels	fréquents			
Patient déprimé ?	non	parfois anxieux ou triste	Déprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évaluation de l'intérêt d'un traitement médicamenteux par le médecin traitant (Ne doit pas être systématique = selon avis du patient ; anxiolyse 15j et AD plusieurs mois)
Perception de sa santé par rapport aux personnes de son âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évaluation du risque médicamenteux
Éléments du Mini GDS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultation psychogériatrique
- Vous sentez-vous souvent découragé et triste ?	non		oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Équipe mobile de psychogériatrie à domicile
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	non		oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mona Lisa
- Êtes-vous heureux la plupart du temps ?	oui		non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Associations locales
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	non		oui			
Idées suicidaires ?	jamais		occasionnelle/ permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expertise psychiatrique en CMP
Vit seul (deuil, séparation récente, ...) ?	non	oui				
Déjà tentative de suicide ?	non		oui			
Planification d'un acte (procédure opérationnelle claire dans son esprit)	non		oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urgence de prise en charge : - téléphoner au médecin traitant + - avis psychogériatrique très rapide
Risque Dépression	Faible	Modéré	Élevé			

Commentaires – Actions complémentaires - Modalités de suivi du PPS pour le risque DEPRESSION

Situations sociales à risque	Faible	Modéré	Élevé	Proposition d'actions générales		
				IDE	MT	
Activités instrumentales de la vie quotidienne (faire les courses, préparer ses repas, gérer son budget, utiliser le téléphone, s'occuper de ses médicaments, utiliser les moyens de transport,....)	Faible	Modéré	Élevé			CLIC - vérifier l'accès aux droits - CMU - ALD - aux soins - APA - Aide à domicile
Activités de base de la vie quotidienne (soins d'hygiène, toilette, habillage, ...)	Faible	Modéré	Élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes financiers	non	oui				
Isolement social	non	oui				
Risque	Faible	Modéré	Élevé			

Risque DENUTRITION	Faible	Modéré	Élevé	Proposition d'actions générales	
				IDE	MT
Poids =					
Taille =					
Calcul IMC =					
IMC		< 21	< 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perte de poids - par observation indirecte (alliance, vêtements 'flottent')	non	faible	importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids - objectivée par la pesée		≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois Ou ≥ 15 % en 6 mois		
Albumine à interpréter avec la CRP	> 35 g/l	>30 g/l et < 35 g/l	< 30 g/l		
Perte d'appétit ?	non	récente depuis 15 jours	nette persistante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexie	non	Modérée	Franche		
Prenez-vous 3 repas ?	oui		non		
Problème dentaire	non	oui avec suivi dentaire	oui sans suivi dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la déglutition, Troubles de la mastication	non		oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Régime</u>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diabétique	non	oui			
- sans sel	non	oui			
- amaigrissant	non	oui			
<u>Contexte du patient</u>					
- Pb d'accès à la nourriture : (achat des aliments) : financier ou déplacement	non	oui		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pb pour cuisiner les aliments achetés : frigo plein mais ne cuisine pas	non	oui		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque Dénutrition	Faible	Modéré	Élevé		

Commentaires – Actions complémentaires - Modalités de suivi du PPS pour le risque DENUTRITION

Consommation d'alcool : questionnaire DETA			Proposition d'actions	
	IDE	MT		
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	non	oui		
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	non	oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous l'impression que vous buvez trop ?	non	oui		
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	non	oui		

Annexe B : Evaluation du bilan de suivi à 6 mois et tests Tinetti et « Timed up and go »:

Equipe ESPREAD.



Nom/Prénom :
Date de naissance :

BILAN FONCTIONNEL A 6 MOIS

Date d'évaluation :	Evaluateur :
---------------------	--------------

STATION MONOPODALE

Demander au patient de rester en appui sur un pied sans aide pendant au moins 5 secondes :

	Oui	Non	Avec aide	Non réalisable
Pied droit				
Pied gauche				

Observations :

.....

TIME UP AND GO TEST

Le patient doit se relever d'un siège muni d'accoudoirs, marcher 3 mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir.

DATE :	Temps :
Observations :	

Test jugé positif (troubles mobilité, risque de chute) si le score dépasse 12 à 14 secondes.

Observations :

.....

TEST DE TINETTI

EVALUATION DE L'EQUILIBRE STATIQUE	DATE :
1. Equilibre en position assise 0 : Penche ou s'affale 1 : Position assise stable et sûre	
2. Se mettre debout 0 : Impossible sans aide 1 : Possible à l'aide de l'appui des bras 2 : Possible sans l'aide d'un appui des bras	
3. Tentatives pour se mettre debout 0 : Impossible sans aide 1 : Possible après plusieurs essais 2 : Possible lors du premier essai	
4. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 : instable (chancelant, oscillant) 1 : sûr, mais nécessite une aide technique 2 : sûr sans aide technique	
5. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints 0 : instable 1 : stable, mais avec pieds légèrement écartés (plus de 10cm) ou nécessite une aide technique 2 : pieds joints, stable	
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) 0 : commence à tomber 1 : chancelant, s'agrippe et se stabilise 2 : stable	
7. Yeux fermés 0 : instable 1 : stable	
8. Rotation de 360° 0 : Petits pas irréguliers 1 : Petits pas réguliers	
9. Rotation de 360° 0 : Instable (vacille) 1 : stable	
10. S'asseoir 0 : Peu sûr (tombe, calcule mal la distance) 1 : Utilise les bras 2 : Mouvements sûrs et aisés	
SCORE	/16

1. Se mettre en marche au premier signal 0 : Hésitations ou diverses tentatives 1 : sans hésitations	
2. Longueur et hauteur du pas pied D en mouvement 0 : Ne dépasse pas le pied G au repos 1 : Dépasse le pied G au repos	
3. Longueur et hauteur du pas pied D en mouvement 0 : Ne se détache pas du sol 1 : Se détache du sol	
4. Longueur et hauteur du pas pied G en mouvement 0 : Ne dépasse pas le pied D au repos 1 : Dépasse le pied D au repos	
5. Longueur et hauteur du pas pied G en mouvement 0 : Ne se détache pas du sol 1 : se détache du sol	
6. Symétrie du pas 0 : Inégalité des pas G et D 1 : Egalité des pas G et D	
7. Continuité des pas 0 : Arrêt ou discontinuité des pas 1 : Les pas semblent continus	
8. Marche déviante 0 : Nette déviance 1 : Déviance moyenne ou utilisation d'une aide à la marche 2 : Marche droite sans aide	
9. Tronc 0 : Mouvement prononcé du tronc ou utilisation d'une aide à la marche 1 : Pas de mouvement du tronc mais flexion des genoux, du dos ou écartement des bras 2 : Droit sans aide à la marche	
10. Ecartement des pieds 0 : Talon séparés 1 : Talons se touchant presque lors de la marche	
Score à la marche :	/12
Score total :	/28

Interprétation :

Total inférieur à 20 points : risque de chute très élevé

Total entre 20-23 points : risque de chute élevé

Total entre 24-27 points : risque de chute peu élevé, cherche une cause comme une inégalité de longueur des membres

Conclusion :

AUTEUR : Nom : PIETTE

Prénom : Cédric

Date de Soutenance : 07 Décembre 2017

**Titre de la Thèse : « Prévention du risque de chute chez les patients de plus de 75 ans : Evaluation de l'activité de l'ESPREAD, équipe expérimentale dans le cadre du PAERPA »
Etude prospective évaluant l'activité de l'ESPREAD ainsi que les bénéfices apportés aux patients chuteurs.**

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale, médecine gériatrique

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : PAERPA, chute, sujet âgé, ESPREAD, perte autonomie

Résumé : L'ESPREAD est une équipe expérimentale créée dans le cadre du PAERPA née en juin 2015. Nous nous proposons de faire un état des lieux de l'activité de cette équipe durant ses deux premières années de mise en place. Nous allons évaluer le retentissement de la prise en charge proposée par l'ESPREAD chez les patients de plus de 75 ans sur la prévention des chutes et la qualité de vie. La satisfaction des personnes prises en charge sera évaluée, ainsi que celle des médecins généralistes.

Cette étude prospective a inclus, sur 18 mois, les personnes âgées de 75 ans et plus ayant un antécédent de chute grave ou étant à haut risque de chute résidant dans le territoire du PAERPA. Trois groupes seront constitués en fonction du type de prise en charge qui leur est proposée : Visite Environnementale, Réhabilitation à Domicile et Education Thérapeutique. Un suivi à 6 mois sera également réalisé ainsi qu'un questionnaire sur le ressenti des patients mais aussi celui des professionnels de santé libéraux.

Au total, 156 demandes de prise en charge en 2015 et 273 en 2016 ont été enregistrées. 115 visites environnementales ont été effectuées en 2015 et 216 en 2016. 23 patients ont une prise en charge complète en rééducation à domicile en 2015. En 2016, 53 prises en charge complètes en rééducation à domicile sont réalisées. On constate une amélioration des tests fonctionnels après prise en charge, une diminution du test « time up and go » ainsi qu'une amélioration du test de Tinetti pour la plupart des patients. 11 patients sont pris en charge en ETP soit en collectif ou par séances individuelles.

Globalement, les résultats de notre étude sont satisfaisants. On constate une baisse du nombre de récidives de chutes à 6 mois ainsi qu'une diminution des complications post chute. Les patients sont très satisfaits de la prise en charge. Il reste néanmoins le problème de la participation des professionnels de santé libéraux en ETP. L'ESPREAD prend donc le relais face à cette difficulté en mettant en place des programmes plus courts et individuels. La date de fin d'expérimentation est prévue pour fin 2018. Passé ce délai il s'agira de faire un bilan en tenant compte de l'efficacité et du service rendu, afin de connaître la pérennité du PAERPA. Enfin, il serait intéressant d'effectuer une autre étude afin de comparer les résultats de celle-ci avec les prises en charge réalisées par les autres équipes ESPREAD pour lesquelles aucune recherche n'a été effectuée à ce jour.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Madame le Docteur Rachèle CIUPA

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Jean-Luc MALBRUNOT