

La prise en charge

3 groupes homogènes de patients, fonction de leur niveau d'autonomie, déterminée lors de l'évaluation initiale.

- groupe 1 : instabilité posturale, gêne IAVQ
- groupe 2 : phobie marche, chutes, aides techniques, gêne AVQ
- groupe 3 : dépendance, aides +++

Concept de la prise en charge

Groupe 1 → prévention I

Groupe II → prévention II

Groupe III → prévention III

Information du patient

- ▣ Calendrier des séances en HDJ
- ▣ Déroulement et organisation des soins
- ▣ Présentation de l'équipe
- ▣ Fréquence des séances de réadaptation et durée prévue de prise en charge
- ▣ Présentation des objectifs

Rythme de prise en charge

Groupes 1 et 2 :

2 fois par semaine pendant 2 mois

Groupe 3 :

1 fois par semaine pendant 2 à 3 mois

Avec une évaluation intermédiaire (à 1 mois)
et une évaluation de fin de prise en charge

Possibilité de suivi et de séances ultérieures

Rythme de prise en charge

- fonction de la fatigabilité, des capacités motrices, des objectifs de réadaptation
- prend en compte les interventions à domicile (à continuer) – transmissions écrites, orales.

READAPTATION PLURIDISCIPLINAIRE

En salle de rééducation :

Renforcement musculo-articulaire

Stimulation et massage de la voûte plantaire

Travail sur mousse, ballon

Parcours de marche avec obstacles

Parcours extérieurs (pente, terrains variés)

ATELIER PREVENTION DES CHUTES

Prévention des chutes

- ▣ Visite à domicile
- ▣ Mise en situation dans studio de simulation de logement
- ▣ Aides techniques (aides de marche)
- ▣ Téléalarme
- ▣ Protectors de hanches
- ▣ Plaquettes de recommandations

Durée de prise en charge

moyenne de 2 mois

- Permet d'obtenir des efforts et une adhésion du patient aux séances (motivation)
- Difficultés parfois de démarrage des séances (contraintes, transports....)
- Phase de « plateau »
- Progrès souvent obtenus dès le 1^{er} mois

Au cours de la prise en charge

évaluation à 1 mois

faire le point des objectifs, vécu du patient,
retentissement dans sa vie quotidienne,
amélioration des performances (tests),
réajustement des séances, des exercices

Fin de la prise en charge

évaluation à 2 mois

- Conclusion des séances, analyse avec le patient des acquis
- Conseils après la prise en charge, documents (kiné, ergo) remis au patient
- Prescription séances en ville – réseau, clic
- Eventuellement programmation d'un bilan à 6, 9 ou 12 mois

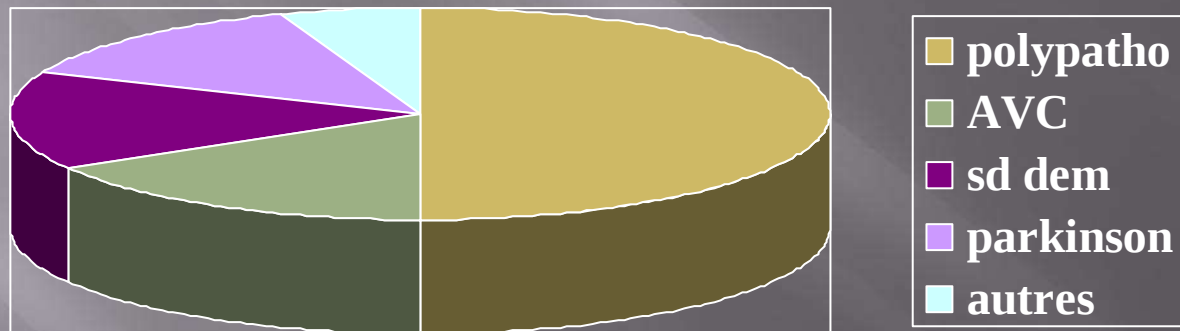
Quelques chiffres / readaptation

Données 2007

Les patients (2007)

- âge moyen : 79 ans
- discrète prédominance féminine
- venant de leur domicile
- adressés pour perte d'autonomie, troubles de la marche et de l'équilibre

Distribution des pathologies (2007)



Antécédents de chute (2007)

- ▣ Plus de 66 % des patients ont chuté
- ▣ Chute récente, dans les 3 derniers mois, pour la moitié des pts chuteurs
- ▣ A domicile : 55.5 % / à l'extérieur : 44.5 %
- ▣ 58.3 % n'ont pu se relever seul

Résultats avt/après réadaptation (2007)

- ▣ Tinetti-poma:
 - ↗ score équilibre sur 13 (10.37 / 11.6)
- ▣ Temps de marche sur 10 m:
 - ↘ de 18 à 15 sec
- ▣ MMS: ↗ score sur 30 (22.7 / 24.5)

Conclusion (1)

- ▣ Importance du dépistage précoce des troubles de l'équilibre
- ▣ Intérêt de l'identification des patients à risque et du degré de fragilité
- ▣ Importance de la détection des situations favorisantes et des conduites à risque

 pertinence de la prise en charge en HDJ

Conclusion (2)

- 1) Des objectifs clairement établis
- 2) Un nombre de séances programmé
- 3) Une durée limitée dans le temps, avec possibilité d'adaptation et de suivi si nécessaire
- 4) Importance de la motivation et de l'implication des patients (information ++)

Conclusion (3)

La prise en charge est définie précisément selon un programme de réadaptation ciblé avec l'adhésion et la coopération du patient



Pertinence de la fréquence et de la durée
de prise en charge