

Université René Descartes - Paris V

Faculté Cochin – Port Royal

Mise en place d'ateliers d'Activité Physique Adaptée en EHPAD

Dr Maximilien GRAFTIEAUX

DIU de Médecin Coordonnateur en EHPAD

Année 2013/2014

Tables des matières

1. Introduction

2. Contexte :

- 2.1. Epidémiologie des chutes
- 2.2. Prévention des chutes
- 2.3. Réponse à un appel à projet de l'ARS

3. Méthode :

- 3.1. Sélection
- 3.2. Intervention
- 3.3. Observation
- 3.4. Evaluation

4. Résultats :

Formation du personnel : Programme SIEL BLEU

Evaluation initiale et Evaluation à 6 mois : tests

Taux de chutes

5. Discussion

6. Conclusion

7. Bibliographie

8. Annexes

9. Remerciements

1. Introduction :

La population française vieillit, comme celle des pays voisins, conséquence de l'allongement important et régulier de la durée de la vie. Aussi, près de 500000 personnes en France vivent en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Dans ce contexte, la fréquence des chutes chez la personne âgée, leur gravité éventuelle et les coûts induits ont conduit à plusieurs engagements nationaux et régionaux pour prévenir ces chutes. La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini des objectifs nationaux de santé publique exprimés en résultats sur l'état de santé de la population. Elle a notamment fixé comme résultat à atteindre à un horizon quinquennal une diminution de 25 % du nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année. Pour atteindre ces objectifs, les pouvoirs publics ont levé des fonds pour inciter, promouvoir, soutenir et développer des initiatives dans le domaine de la prévention des chutes chez les personnes âgées.

2. Contexte :

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), la chute accidentelle se définit chez la personne âgée comme le fait de tomber de manière inopinée non contrôlée par la volonté, au sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ. La HAS précise également, dans ses recommandations, que le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins 2 chutes sur une période de 12 mois.

2.1. Epidémiologie des chutes

La HAS estime qu'environ un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et 50 % des personnes âgées de plus de 80 ans vivant à domicile tombent au moins une fois dans l'année et que la moitié de ces personnes font des chutes répétées. Le nombre de chutes par personne âgée est plus élevé en établissement qu'à domicile. Dans son article de 2006, L. Rubenstein indique que les taux de chute les plus élevés concernent les personnes de plus de 75 ans vivant en long séjour ou en institution médicalisée et sont compris entre 0,6 et 3,6 chutes par personne et par année (moyenne calculée à 1,7) alors qu'ils sont de 0,3 à 1,6 chez les personnes âgées vivant à domicile.

Le mécanisme de la chute est le plus souvent complexe chez la personne âgée en raison de son caractère polyfactoriel. Ces facteurs peuvent être intrinsèques (qui reflètent l'état de santé de la personne), comportementaux (qui dépendent de l'activité physique de la personne au moment de la chute) ou environnementaux (qui correspondent aux caractéristiques du lieu de chute).

a) Rappels physiologiques :

- Déterminants de la fonction d'équilibre et de marche

La marche est une modalité particulière du mouvement nécessitant l'intégrité des voies motrices, cérébelleuses, vestibulaires et des afférences proprioceptives.

Les voies motrices comprennent les systèmes pyramidal et extra-pyramidal.

Les voies cérébelleuses sont impliquées dans les réactions d'équilibre statique et dynamique.

Les voies vestibulaires participent au tonus postural et à l'information sur la direction et la vitesse du mouvement.

Les afférences proprioceptives informent de la position des articulations et des membres dans l'espace. Les afférences prenant leurs origines de la face plantaire sont particulièrement importantes pour la marche. Cette voie chemine par les cordons postérieurs de la moëlle.

- Description de la marche

La marche est une activité alternée des membres inférieurs qui permet le déplacement du corps tout en assurant le maintien de son équilibre en orthostatisme. C'est une activité motrice automatique qui demande un apprentissage dès l'enfance. On décrit 3 systèmes impliqués dans la marche.

Le système anti-gravitaire : ce système sert au maintien de l'attitude érigée en s'opposant à l'effet de la pesanteur. Il est sous la dépendance du tonus des muscles antigravitaires qui sont, chez l'homme, les muscles extenseurs des membres inférieurs et les muscles paravertébraux. Les afférences de ce système proviennent de la plante des pieds, du labyrinthe de l'oreille interne et des récepteurs musculo-tendineux.

Le système de production du pas : la marche pourrait être décrite comme une suite de ruptures d'équilibre conduisant à une chute suivie d'une réaction " parachute " d'un des membres inférieurs en alternance.

La production du pas est donc une activité rythmique au cours de laquelle le poids du corps alterne d'un membre inférieur à l'autre, par l'intermédiaire d'un appui unipodal.

Le système d'équilibre et d'adaptation posturale : la station debout définit la posture. La fonction d'équilibration vise au maintien de la posture. Ce système est complexe et intègre les informations de 4 modes de perception : la vue, le système vestibulaire, les voies sensitives afférentes proprioceptives, les voies sensitives afférentes tactiles épicrotiques.

Ce système est statique (tonus postural) et dynamique (marche). La réaction d'équilibration se définit comme l'ensemble des mouvements compensatoires automatiques qui permet l'adaptation posturale pour des débalancements posturaux (mouvement oscillatoire du centre de gravité).

- Modifications liées à l'âge

Plusieurs arguments tendent à montrer que les réactions posturales se maintiennent efficacement au cours du vieillissement physiologique mais la vitesse des réactions et les capacités d'adaptation aux situations extrêmes sont moindres.

b) Facteurs prédisposants :

Ils correspondent le plus souvent au cumul de facteurs de risque dits intrinsèques, c'est-à-dire dépendant le plus souvent de l'état de santé de la personne.

- âge \geq 80 ans.
- sexe féminin.
- antécédents de fractures traumatiques.
- polymédication : rechercher plus particulièrement les classes thérapeutiques susceptibles d'induire une chute (psychotropes, hypotenseurs, etc.). Le seuil de plus de 4 médicaments est celui le plus utilisé pour parler de polymédication.
- prise de psychotropes incluant les benzodiazépines, les hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques.
- prise de médicaments cardio-vasculaires : diurétiques, digoxine ou antiarythmiques de classe I.

- présence d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre : évaluer ces troubles à l'aide de deux tests cliniques :

le timed up & go test : une anomalie est retenue si le score est ≥ 20 secondes.

la station unipodale : une anomalie est retenue si la personne ne peut pas se maintenir sur une jambe au-delà de 5 secondes.

- diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs évaluer ces troubles en :

+ examinant la capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains,

+ appréciant l'état nutritionnel global en calculant l'index de masse corporelle (poids(kg)/taille(m²), une valeur < 21 étant retenue comme un critère de dénutrition) et en recherchant la notion de perte de poids récente (une perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois indiquant une dénutrition).

- arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis : rechercher systématiquement des déformations articulaires et/ou des douleurs de caractère mécanique du rachis et/ou des membres inférieurs, en particulier une raideur des chevilles.

- anomalie des pieds incluant les déformations des orteils et les durillons.

- troubles de la sensibilité des membres inférieurs : recherche à l'aide d'un monofilament et d'un diapason.

- baisse de l'acuité visuelle.

- syndrome dépressif.

- déclin cognitif (test MMSE : déclin suspecté par un score $< 27/30$, test des cinq mots, test de l'horloge).

c) Facteurs précipitants :

Ce sont des facteurs qui interviennent ponctuellement dans le mécanisme de la chute.

- cardio-vasculaires : rechercher les notions de malaise et/ou perte de connaissance et rechercher une hypotension orthostatique.

- neurologiques : rechercher l'existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur de topographie vasculaire constitué ou transitoire, et d'une confusion mentale.

- vestibulaires : rechercher la notion de vertige.

- métaboliques : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémifiants.
- environnementaux : examiner l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie ainsi que le chaussage.

Les chutes entraînent des fractures dans environ 5 % des cas et un recours aux soins dans environ 10 % des cas. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur, qui représente l'une des conséquences les plus graves des chutes, survient dans moins de 1 % des cas. Le syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice est une complication fonctionnelle aiguë grave des chutes, véritable urgence gériatrique. Cette désadaptation par réduction spontanée de l'activité, diminution des capacités fonctionnelles, troubles posturaux et de la marche, augmente le risque de nouvelle chute.

2.2. La prévention des chutes

Les recommandations de la HAS

La HAS, dans ses recommandations pour la pratique clinique, insiste sur le fait que les conséquences des chutes en terme de morbidité et mortalité justifient une démarche de prévention systématique. La prévention primaire repose sur le repérage du risque. Il est recommandé de demander à toute personne âgée, quel que soit le motif de la consultation si elle est tombée durant l'année précédente. L'examen clinique et l'interrogatoire permettent ensuite de mettre en évidence les différents facteurs de risque éventuels, intrinsèques et extrinsèques. L'examen clinique doit être complété par des tests simples validés de repérage à titre systématique pour confirmer l'absence de risque de chute et en cas de chute signalée ou de présence de facteurs de risque (timed up and go test, test unipodal, poussée sternale, walking and talking test). Si ces tests sont positifs, une évaluation multifactorielle et interdisciplinaire est nécessaire dans le cadre d'une stratégie progressive personnalisée. En présence de facteurs de risque de chute ou d'antécédents de chute, un programme personnalisé de rééducation- réadaptation destiné à améliorer les capacités physiques et renforcer l'autonomie doit être proposé. Ce programme doit au minimum associer les éléments suivants : rééducation de la force musculaire des muscles porteurs, rééducation de l'équilibre et de la marche, apprentissage de l'usage approprié des matériels d'assistance (cannes, déambulateurs, etc), aménagement des dangers du domicile, correction des troubles visuels éventuels, analyse des ordonnances médicamenteuses, notamment en ce qui concerne les psychotropes. Des situations particulières peuvent en outre nécessiter des mesures spécifiques supplémentaires (risque élevé de fractures de hanche, carence en vitamine D, etc).

La prévention des chutes en EHPAD

Le guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD de 2007, élaboré par la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de l'Action Sociale et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, comporte une fiche sur la prévention des chutes. Il est notamment recommandé aux établissements de mettre en place des actions pour diminuer le risque de chutes : sensibiliser le personnel au problème des chutes, aménager les locaux afin de minimiser les facteurs de risque environnementaux, repérer les sujets les plus à risque (ceux qui sont déjà tombés, ceux qui cumulent les facteurs de risque de chute), pour tous les individus à risque identifier les facteurs de risque individuels et environnementaux et corriger ceux qui sont modifiables, éviter le déconditionnement physique, inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière (marche, groupe de gymnastique), réduire les temps d'alitement des personnes âgées malades et les remettre rapidement à la marche, faire adopter aux soignants de bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche, prévenir la dénutrition, prescrire aux individus à haut risque de chute des séances de rééducation par un masseur kinésithérapeute pour un travail progressif de l'équilibre et de la marche. Par ailleurs, toute chute doit être signalée (fiche de déclaration des chutes) et donner lieu à une évaluation médicale à la recherche des facteurs de risque de rechute. L'usage des contentions physiques doit être limité et codifié, les contentions entraînant un déconditionnement physique et souvent une confusion mentale à l'origine d'un risque plus élevé de chute.

Les gains de l'Activité Physique Adaptée.

En France, seules quelques facultés proposent la licence professionnelle Santé, vieillissement et activités physiques adaptées à Angoulême et Paris, soit seulement 30 étudiants par an. Pourtant, la demande est forte.

Le problème est que l'activité physique adaptée ne bénéficie pas d'un statut médical ou paramédical. Dans cette filière comme dans les facultés d'éducation physique, les stagiaires ne peuvent pas être rémunérés sur le budget soins des établissements. Parfois, les étudiants partagent leur temps entre deux établissements. Ils peuvent aussi être rémunérés sur le budget animation.

En EHPAD, l'accompagnement est quotidien. Il vise le maintien de l'autonomie par trois axes de travail : prévention des chutes, des maladies cardio-vasculaires et des troubles de la mémoire.

Fin décembre 2013, le rapport du professeur Rivière commandé par la ministre Michèle Delaunay plaidait pour « généraliser l'accueil d'éducateurs sportifs au sein des équipes des Ehpads et intégrer les activités physiques et sportives dans le projet d'établissement ». Depuis lors, le projet de loi Autonomie prévoit de déléguer 140 millions d'euros aux

départements pour des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie : activité physique, nutrition et prévention des troubles du sommeil.

2.3. REPONSE A UN APPEL A PROJET DE L'ARS CHAMPAGNE-ARDENNE

Proposition de l'ARS- contexte

Conformément à la circulaire n° DSS/MCGR/DGCS/3A/DGOS/PF2/2013/132 du 29 mars 2013 relative aux actions de l'axe de gestion du risque concernant la qualité et l'efficacité des soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les ARS contribuent à la diffusion de la culture de gestion du risque (GDR) en EHPAD.

L'objectif est d'inciter les EHPAD à mettre en œuvre des actions visant à améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des résidents sur la base des recommandations élaborées notamment par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de l'Évaluation de la Qualité des Établissements et Services sociaux et médico-sociaux.

En 2013, le thème retenu était la prévention des chutes des personnes âgées.

L'objectif était de réduire le nombre de chutes dans l'EHPAD.

Constitution du dossier

L'appel à candidature s'adressait aux EHPAD de la région Champagne-Ardenne qui s'engageaient à mettre en place une action concrète de prévention des chutes avant juin 2014.

Les actions éligibles pouvaient porter notamment sur :

- la formation des personnels sur la prévention des chutes (transfert de personnes, verticalisation...)
- l'aménagement des locaux pour réduire les risques de chutes des résidents (luminosité, obstacles, rampes dans les couloirs, appel malade, barres d'appui...)

- des actions d'amélioration de la prise en charge de la dénutrition et de prévention (mise en place de la pesée mensuelle...)
- la mise en place d'ateliers de prévention pour les résidents
- la mise en place d'outils spécifiques pour le suivi par les équipes
- la production de supports de communication adaptés sur la prévention des chutes.

Le financement des actions était assuré sous forme de crédits non reconductibles versés au porteur du projet en novembre-décembre 2013, avec une mise en œuvre attendue avant le 30.06.2014.

Le plafond des crédits attribués par EHPAD était fixé à 25000 euros.

Calendrier :

+ Lancement de l'appel à projet : 06.09.2013

+ Clôture du dépôt des dossiers : 11.10.2013

+ Instruction des dossiers : seconde quinzaine octobre 2013

+ Comité de sélection des projets (constitué de la DRJSCS au titre de ses missions sport santé, la CARSAT au titre de ses missions en matière de prévention pour les personnes âgées et l'ARS) : début novembre 2013

+ Notification et paiement des CNR : novembre-décembre 2013 (dans le cadre de la décision tarifaire modificative de l'EHPAD).

Notre établissement (Les Jardins de Creney situé dans l'Aube (10)) étant récent (ouverture en 12/2012), il bénéficiait déjà d'une organisation et de matériel conséquent et optimisé pour éviter les chutes des résidents : sol anti dérapant, éclairage des parties communes, éclairages automatiques des toilettes et salles de bains, mains courantes dans les couloirs et les salons. Nous avons donc opté pour la mise en place d'ateliers d'activité physique adaptée réalisés par un professeur d'APA, acquisition de matériel pour réaliser les ateliers et formation du personnel de la résidence.

Dans le dossier de demande de crédits pour la mise en place d'actions de prévention des chutes en EHPAD (Annexe 1), nous avons demandé le financement de l'achat de petit

matériel de base pour 769.34 euros (annexe 2), achat d'un vélo Motomed de renforcement musculaire pour 6135 euros (annexe 3), deux sessions de formation du personnel pour 2000 euros de coût pédagogique et 2538.80 euros de coût salarial (annexe 4), deux séances hebdomadaires d'activité physique adaptée aux personnes âgées pendant 1 an pour 2900 euros (annexe 5) ; soit une demande totale de financement à hauteur de 14 343.14 euros.

En Novembre 2013, nous avons reçu un avis positif de notre projet avec un financement à hauteur de 8209 Euros, le vélo Motomed n'ayant pas été financé.

3. Méthode :

La résidence les Jardins de Creney a une capacité d'accueil de 60 lits dont 17 en EHPAD classique, 15 en grande dépendance et 2x14 en UASA (Unité d'accueil Spécifique Alzheimer).

GMP : 767 ; PMP : 236.

Sélection :

Constitution de groupes homogènes de résidents pour la réalisation des séances d'activité physique adaptée : 1 en EHPAD classique (GIR 4 et 5) et 1 en UASA (GIR 2 et 3).

Réalisation d'une séance de présentation des ateliers aux résidents par le professeur d'APA.

Sélection par le médecin coordonnateur suivant la motivation des résidents, l'examen clinique et le respect des contres indications médicales.

Renseignement de la fiche traumatologie destinée au professeur d'APA (annexe 4).

Implication des médecins traitants en les informant du programme et en leur demandant la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique de l'APA.

Intervention :

Il a été mis en place pour chaque groupe, 1 séance d'APA de 30 minutes par semaine, pour une période d'1 an (hormis les vacances scolaires d'été) de Janvier à Décembre 2014. Ceci correspondait au financement obtenu pour ce projet.

Formation du personnel de l'EHPAD avec le programme Siel Bleu (annexe 6).

Observation :

- Contres indications médicales :

Evènements cardiovasculaires récents ou instables : modification de l'ECG, angor instable, arythmie incontrôlée, BAV du 3eme degré, insuffisance cardiaque aigue.

- Une maladie cardiovasculaire stable, un diabète, un ATCD d'AVC, une ostéoporose, une dépression, une démence, une maladie pulmonaire chronique, une insuffisance rénale chronique, une maladie vasculaire périphérique, de l'arthrite, qui peuvent être tous présents chez un individu, ne sont pas des contre-indications à l'exercice. En fait pour plusieurs de ces pathologies, l'activité physique adaptée apporte même un effet bénéfique.
- Les personnes en fauteuil roulant sont tout à fait capables de pratiquer des activités physiques assises ce qui favorise les déplacements en fauteuil, augmente la capacité de transfert et contribue à maintenir une certaine autonomie.
- Les personnes démentes peuvent présenter un renoncement, une maladresse motrice et du ralentissement. L'apprentissage moteur reste possible selon l'avancée de la maladie. La démence majore le risque de chute, il faut mettre l'accent sur le travail de l'équilibre et de la marche qui fait redécouvrir les schémas corporels et préserve les capacités fonctionnelles. Pour les démences de type maladie d'Alzheimer, l'activité physique a un effet bénéfique sur l'humeur, la qualité du sommeil, les capacités physiques et la capacité à communiquer. Une activité physique régulière peut retarder la survenue et ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer.

Evaluation :

Il a été réalisé par les professeurs d'APA un suivi par un test de Tinetti et Timed Up and Go Test (annexes 7 et 8) avant le début du programme et à 6 mois.

Nous avons également mesuré le nombre de chutes dans la résidence avant le programme et à 6 mois. Cette donnée a été obtenue par extraction informatique du logiciel Médicor à partir des déclarations de chutes faites, répertoriées et informatisées par le personnel soignant.

4. Résultats

La formation du personnel selon le programme Siel Bleu s'est déroulée sur deux journées de sept heures de formation chacune. Au total, 16 personnes ont été formées (1 animatrice, 4 AVS, 4 AMP, 5 AS et 2 ASH).

Dans le groupe EHPAD, ont été inclus initialement 10 résidents, la moyenne d'âge était de 87.5 ans, le plus jeune ayant 70 ans et la plus âgée 93 ans.

Dans le groupe UASA, ont été inclus initialement 13 résidents, la moyenne d'âge était de 83.5 ans, le plus jeune ayant 78 ans et la plus âgée 94 ans.

Durant les 6 mois, 22 séances ont été dispensées par le professeur d'APA avec la participation du personnel soignant formé lorsqu'il était disponible.

Dans le groupe EHPAD : 1 résidente est passée UASA, 1 résident est décédé, 4 résidents ont arrêté par manque d'intérêt ou manque de motivation.

Dans le groupe UASA : 3 résidents ont présenté de nouvelles pathologies empêchant la poursuite des séances, certains résidents étaient opposants pour les tests.

TUG Test pour le groupe EHPAD, initial et à 6 mois :

Référence du résident	TUGT Initial (secondes)	TUGT à 6 mois (secondes)	Evolution
J93	26	30 (passage en UASA)	↗
S80	16	15	↘
M90	16	14	↘
P91	28	20	↘
S90	53	x	x
P89	23	22	↘
F92	25	x	x
D90	20	?	x
G70	?	décédé	x
J90	x	35	x

Sur les 10 résidents du groupe EHPAD, 4 ont amélioré leur TUG test, 1 a baissé ses performances et 3 n'ont pas poursuivi les ateliers. Globalement, ceux qui ont poursuivi les séances d'APA ont amélioré leur TUG test à 6 mois.

TUG Test pour le groupe UASA, initial et à 6 mois :

Référence du résident	TUGT initial (secondes)	TUGT à 6 mois (secondes)	Evolution
L78	14	12	↘
M79	22	14	↘
Q81	12	10	↘
G83	21	30	↗
D85	36	50	↗
L83	15	x	x
B78	16	9	↘
M91	17	12	↘
C83	27	29	↗
V87	40	x	x
D94	58	47	↘
F84	58	x	x
P79	13	11	↘

Sur les 13 résidents du groupe UASA, 7 ont amélioré leur TUG test, 3 ont diminué leurs performances et 3 n'ont pas poursuivi les séances d'APA. Globalement, la majorité des résidents ayant suivi les ateliers ont amélioré leur TUG test à 6 mois.

Tinetti pour le groupe EHPAD, initial et à 6 mois :

Référence du résident	(Equilibre/16 + Marche/12) Total(/28) initial	(Equilibre/16 + Marche/12) Total(/28) à 6 mois	Evolution
J93	(12/9) 22	(15/8) 23 (passage en UASA)	↗
S80	(14/10) 24	(16/10) 26	↗
M90	(15/9) 24	(16/12) 28	↗
P91	(13/9) 22	(14/11) 25	↗
S90	(9/8) 17	x	x
P89	(10/9) 19	(12/7)19	=
F92	(15/9) 24	x	x
D90	(13/12) 25	(16/12) 28	↗
G70	(12/10) 22	décédé	x
J90	x	(12/10) 22	x

Sur les 10 résidents du groupe EHPAD, 5 ont amélioré le test de Tinetti, 1 a gardé le même résultat et 4 n'ont pas poursuivi les séances d'APA. Globalement, les résidents ayant suivi les ateliers ont amélioré leurs performances à 6 mois.

Tinetti pour le groupe UASA, initial et à 6 mois :

Référence du résident	(Equilibre/16 + Marche/12) Total(/28) initial	(Equilibre/16 + Marche/12) Total(/28) à 6 mois	Evolution
L78	(14/8) 22	(16/10) 26	↗
M79	(14/11) 25	(15/8) 23	↘
Q81	(16/12) 28	(15/12) 27	↘
G83	(14/8) 22	(16/10) 26	↗
D85	(12/6) 18	(10/10) 20	↗
L83	(13/10) 23	x	x
B78	(16/12) 28	(16/12) 28	=
M91	(15/12)27	(16/12)28	↗
C83	(15/12) 27	25	↘
V87	(8/0) 8	x	x
D94	(11/7) 18	(15/8) 23	↗
F84	(7/8) 7	x	x
P79	(16/11) 27	(16/12) 28	↗

Sur les 13 résidents du groupe UASA, 6 ont amélioré leur test Tinetti, 1 est resté au même résultat (28), 3 ont diminué leurs performances et 3 ont dû arrêter le programme en route.

Globalement, les résidents ayant suivi les séances d'APA ont amélioré leurs performances à 6 mois.

Taux de chutes :

Le nombre de chutes dans la résidence était de 146 sur la période du 01/07/2013 au 31/12/2013, soit les 6 mois précédents le programme. Il est passé à 102 entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014, soit après les 6 premiers mois du programme.

Durant la période de 6 mois précédant le programme d'ateliers APA, on totalisait 37 chuteurs dans la résidence.

A l'issue des 6 mois d'ateliers d'APA on ne totalisait plus que 35 chuteurs.

En analysant de près ces relevés de chutes, on s'aperçoit que la majorité des chuteurs ne participaient pas au programme. Cependant, parmi ceux qui font partie des chuteurs, on retrouvait 6 résidents ayant adhéré au programme sur les 6 mois précédents le programme et 4 résidents après les 6 mois.

5. Discussion :

L'activité physique est telle que la définit l'OMS : tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense énergétique supérieure à celle du repos. L'OMS classe la sédentarité comme un facteur de risque de mortalité des plus importants (1 personne sur 10 meurt par sédentarité).

Plusieurs activités physiques sont adaptées pour les personnes âgées dépendantes, il peut s'agir d'activités sportives ou de loisirs. Toutes peuvent contribuer à l'amélioration et au maintien des capacités physiques, bien sûr en se fixant des objectifs réalistes à partir d'une bonne évaluation, qui est chez les personnes âgées, l'élément important de motivation en faveur de la poursuite d'un mode de vie actif et de la pratique régulière d'exercices appropriés. Ces activités doivent être réalisées le plus régulièrement possible et bien sûr de façon raisonnable, c'est-à-dire sans forcer en respectant les limites individuelles de la personne âgée.

Les résultats ont montré globalement une amélioration des tests sur 6 mois. Nous n'avons pas pu réaliser les tests à 1 an car le programme est encore en cours jusqu'à la fin de l'année 2014.

Sur les 60 résidents, seuls 23 ont participé au programme initial. Il y a eu de nouvelles intégrations depuis, avec l'entrée de nouveaux résidents.

On a pu observer une diminution du nombre de chutes alors que les participants aux séances d'APA ne faisaient, en majorité, pas partie des chuteurs. La formation du personnel ayant eu lieu en début de programme, on peut penser que l'impact de cette formation a été bénéfique pour l'ensemble des résidents et pas uniquement pour les participants. L'implication du personnel, l'émulation au sein de la résidence, le dynamisme et le professionnalisme du professeur d'APA ont participé à la prise de conscience collective dans la réalisation de la prévention de chutes chez les résidents.

L'assiduité aux séances d'APA a été variable au fil du temps : méforme pour certains, manque de motivation pour d'autres, opposition dans l'UASA.

Les résidents déments avaient parfois un problème de compréhension des consignes notamment lors de la réalisation des tests.

Critiques du programme :

La formation du personnel n'a été suivie que par 16 salariés sur 36 ; les infirmières, la psychologue et le médecin coordonnateur n'ont pas participé.

Les kinésithérapeutes n'ont pas été impliqués dans le programme.

Manque de temps : les séances duraient 30 minutes alors que la durée optimale serait de 45 minutes (installation des résidents, prise de contact, mise en place du matériel, cœur de séance et récupération).

Même en essayant d'avoir des groupes homogènes, il y avait une disparité entre les résidents du groupe UASA (l'homogénéité permet d'adapter plus facilement les séances pour les rendre accessibles à tous).

Les participants étaient trop nombreux par groupe : 10 et 13 alors que le maximum optimal serait de 5 résidents par groupe (permet de garantir un maximum de passage sur les ateliers avec un minimum de risque surtout lorsqu'il y a 1 seul encadrant).

Manque de matériel : tapis de sol pour travailler le relever de chute et matériel de travail proprioceptif.

Le financement du programme n'était assuré que pour une année. Ce qui représente une dynamique pour les établissements est rarement prolongé dans le temps par manque de moyens financiers.

Peu d'EHPAD aujourd'hui ont les moyens de salarier un professeur d'APA à plein temps, ou alors au détriment d'autres postes. Fin décembre 2013, le rapport du professeur Rivière commandé par la ministre Michèle Delaunay plaidait pour généraliser l'accueil d'éducateur sportifs au sein des équipes des EHPAD et intégrer les activités physiques et sportives dans le projet d'établissement. Depuis lors, le projet de loi Autonomie a prévu de déléguer 140 millions d'euros aux départements pour des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie : activité physique, nutrition, prévention des troubles du sommeil.

6. Conclusion :

Les bienfaits de l'Activité Physique Adaptée sur la population des personnes âgées ont bien été démontrés. L'expérience réalisée dans notre EHPAD en est le reflet. Il appartient au médecin coordonnateur de pouvoir mettre en place ce type d'action dans chaque EHPAD et de pouvoir budgétiser cela de façon pérenne. Il faut travailler avec les conseils généraux et les ARS pour obtenir une ligne de financement durable et des projets au titre de la prévention.

L'ARS doit permettre de dégager des fonds dédiés ou de transférer des financements rarement pourvus comme le poste d'ergothérapeute ou le psychomotricien.

Le conseil général doit participer dans le cadre du financement de la dépendance.

Les mutuelles peuvent également financer directement des actions de prévention envers leurs assurés.

L'exécution doit pouvoir être réalisée par des professionnels formés, en lien avec le ministère de la jeunesse et des sports et avec la participation des réseaux sport santé.

Ces activités doivent figurer dans la convention tripartite des EHPAD pour être prises en charge sous forme de financement pérenne et avec des emplois dédiés. Cela implique de définir un « profil prévention » au sein de l'outil Pathos qui est d'ailleurs en cours de restructuration à la demande de la ministre des Affaires sociales et de la santé.

7. Bibliographie :

1. Les bonnes pratiques de soins en EHPAD ; quelques recommandations. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Octobre 2007. <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2009/11/Guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-EHPAD1.pdf>.
2. Qualité de vie en Ehpad (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QDV4_Novembre_2012-2.pdf].
3. La qualité de vie en EHPAD approchée à partir des enquêtes statistiques françaises. Revue de la littérature relative à la qualité de vie en Ehpad. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/4.revue_de_litterature_france_enquetes_quantitatives_version_site.pdf.
4. La Haute Autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non Médicamenteuses validées. Avril 2011.
5. Activité physique adaptée : les gains de l'APA, JMCn°56, Mars-Avril 2014.
6. Généraliser l'accueil d'éducateurs sportifs, JMC n°55, Janvier-Février 2014.
7. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétés. Recommandations avril 2009, HAS et Société Française de gériatrie et Gérontologie, www.HAS-santé.fr.

8. Prévention des chutes accidentelles chez les personnes âgées. HAS novembre 2005.
www.HAS-santé.fr

9. OMS : recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599978_fre.pdf

10. TINETTI ME , Clinical Practice : préventing falls in elderly persons New England, Journal of Medicine 2003 – 348 : 42 -9.

11. Soins Gériatrie N°95 Mai Juin 2012 : “l'activité physique adaptée en EHPAD”.

12. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société, Comité Avancée en Age, prévention et Qualité de vie, Dr JP AQUINO, Février 2013.

13. Dispositif d'activité physique et sportive en direction des âgés, rapport remis aux ministres, établi par le groupe de travail, sous la présidence du Professeur Daniel Rivière, décembre 2013.

Annexe 1 :



Annexe 1

Dossier de demande de crédits pour la mise en place d'actions de prévention des chutes en EHPAD

1. Le porteur du projet

Nom de l'EHPAD : LES JARDINS DE CRENEY

Numéro Finess établissement : 100007558

Adresse : 3 rue de l'Aulne
10150 CRENEY PRES TROYES

Personne à contacter sur ce dossier (nom, fonction, mail et téléphone) :

Dr GRAFTIEAUX MEDEC 03 25 46 66 70 medec.jdc@residalya.com

Me VAN RECHEM IDEC 03 25 46 66 70 idec.jdc@residalya.com

2. Le contexte et le déroulement du projet

Situation antérieure :

- | | | |
|--|---|---|
| - lancement d'une dynamique sur ce thème | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - poursuite d'actions existantes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

Les objectifs poursuivis dans le cadre de cette demande :

Dans le cadre d'une structure neuve (ouverture Déc. 2012) nous disposons de locaux adaptés (mains courantes, éclairage automatique, sol antidérapants, salles de bains adaptées, sonnettes appel d'urgence) l'objectif sera donc de réaliser des ateliers équilibre dans le but de réduire la fréquence

ARS CA / DSMS / PCQ / CL

et les conséquences des chutes, favoriser le lien social entre les résidents , avec le personnel et de stimuler les fonctions cognitives.

Action (s) prévue (s) :

- acquisition de matériel adapté et nécessaire aux différents exercices des ateliers équilibre
- formation de l'équipe pluridisciplinaire (IDE, AS AMP, AUXILLAIRE DE VIE ,ANIMATRICE ,PSYCHOLOGUE) à l'évaluation du risque de chute, à l'assimilation de techniques, et à développer un savoir faire pour reproduire des ateliers équilibre
- évaluation du risque de chute par des tests pour les résidents (time up, appui unipodal...)
- constitution de groupes de résidents dans les différents secteurs (EHPAD, UASA) en lien avec les projets de vie individualisés
- réalisation d'ateliers adaptés par les professeurs d'activité physique adaptée
- accompagnements des personnels par les professeurs d'APA pour reproduire les ateliers afin de pérenniser l'action
- mise à disposition du « MOTOMED » en libre accès (pour le renforcement musculaire)

Les acteurs impliqués :

- ARS (solicitation pour l'appel à projet et le financement)
- L'équipe pluridisciplinaire de l'institution : Directeur, MEDEC, IDEC, IDE, AS AMP, AUXILLAIRE DE VIE , PSYCHOLOGUE,ANIMATRICE
- les résidents
- les professeurs d'activité physique adaptée (association ACTiv'santé)
- les médecins traitants (respect des contre indications, suivi nutritionnel)
- les familles (chaussures et vêtements adaptés)
- les formateurs (association SIEL BLEU)
- les kinésithérapeutes intervenants dans la structure (complémentarité)

Les modalités concrètes de réalisation le cas échéant (lieu, organisation...) :

- achat du matériel nécessaire (petit matériel pour atelier équilibre)
- aménagement d'un dispositif déjà existant dans les jardins des UASA (sécurisation du parcours)
- séances hebdomadaires dans les différents secteurs (EHPAD, UASA) en extérieur ou en intérieur pour appréhender des situations et un environnement différent par les professeurs d'APA pendant 1 an puis par le personnel formé
- formation du personnel dans la structure

La communication autour du projet :

- information des résidents, des familles, des médecins traitants
- presse locale
- évaluation régulière fournie aux autorités de contrôle
- réalisation d'un mémoire de DIU de médecin coordonnateur (Dr Graftieaux Nov. 2014)

3. L'évaluation du projet

Modalités d'évaluation des actions qui seront conduites :

- nombre de personnel formé
- Suivi des ateliers (nombre des participants, nombre d'ateliers)
- réalisation des tests d'équilibre

Indicateurs de suivi des actions prévus :

- nombre de chutes
- fréquence de participation aux différents ateliers
- progression des résultats des tests d'équilibre

Indicateurs d'impact sur les chutes

Les indicateurs de suivi des chutes évoqués dans le cahier des charges sont-ils disponibles actuellement dans votre EHPAD : oui non

Si, oui quelles sont les dernières valeurs connues (2012) :

- Taux moyen de chutes par résident :
- Taux de résidents ayant chuté :
- Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation de plus de 24h :

Si non, préciser les modalités de mise en place de ces indicateurs (calendrier...) :

Ouverture de la structure en Décembre 2012 : pas de chiffres à fournir pour l'année 2012 mais depuis 10 Décembre 2012 enregistrement de toutes les chutes, recueil détaillé (lieu , circonstances ,conséquences ,actions correctives éventuelles),ces indicateurs peuvent donc être fournis pour 2013 jusqu'à ce jour :

-181 chutes pour 79 résidents : 2.29

-53 résidents ont chuté : 0.67

-2 chutes ont entraîné une hospitalisation >24h :0.011

Les chiffres seront réactualisés sur une année complète

Commentaires complémentaires éventuels de l'EHPAD :

Ce projet permettrait d'inscrire l'établissement dans une dynamique d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents ; l'analyse et la prévention des chutes représente une thématique à laquelle il faut associer la dénutrition et la iatrogénie (préoccupations de l'établissement pouvant faire l'objet d'amélioration)

4. Synthèse de la demande de l'EHPAD

EHPAD : LES JARDINS DE CRENEY

Numéro Finess : 100007558

Actions prévues	Type d'actions	Calendrier prévisionnel	Indicateurs de réalisation	Budget total de l'action	Aide ARS sollicitée
Achat petit matériel atelier équilibre en intérieur	Acquisition matériel de base	Décembre 2013	Facture	769,34eurosTTC	769.34 euros
Aménagement des 2 jardins UASA pour parcours en extérieur	-revêtement de l'escalier existant avec matériaux anti chute -installation d'une main courante le long du parcours -installation d'un tabouret d'équilibre à ressort	Décembre 2013	Facture	Devis en cours de réalisation	Intégralité de l'aménagement
Achat d'un vélo Motomed	-Acquisition d'un vélo pour le renforcement musculaire des MI	Décembre 2013	Facture	6135 euros	6135 euros
Réalisation des tests d'équilibre et constitution des groupes selon les secteurs		Décembre 2013	Traçabilité des tests	0	0

ARS CA / DSMS / PCQ / CL

Formation personnel	Sensibilisation des personnels aux facteurs de risque Apprendre à animer un atelier équilibre et un parcours de marche	2 Sessions de 1 journée en Janvier 2014 pour 16 personnels	Emargement des présences	Cout pédagogique : 2000 euros Cout salarial : 2536.80 euros	2000 euros 2538.80 euros
Mise en place ateliers équilibre par les professeurs APA	2 séances hebdomadaires en UASA et en EHPAD en extérieur et en intérieur pendant 1an	Décembre 2013 à Décembre 2014	Nombre de séances réalisées Nombre de participants	2900 euros	2900 euros
Poursuite de séances hebdomadaires en 2015	2 séances hebdomadaires en UASA et en EHPAD par le personnel formé	A partir de Janvier 2015	Nombre de séances et de participants	0	0
Réalisation d'un mémoire de DIU de médecin coordonnateur	Suivi et analyse des actions entreprises(im pact des ateliers équilibre sur le nombre de chute)	Novembre 2014		0	0

(Types d'actions : formation, matériel, ateliers, supports...)

Montant total de l'aide ARS sollicitée : 14343.14 euros plus montant du devis en cours concernant l'aménagement des jardins extérieurs

ARS CA / DSMS / PCQ / CL

Le calendrier de mise en œuvre :

- a. Le projet sera engagé **dès 2013** oui non
b. Le projet sera réalisé **au 30 juin 2014** oui non

Les achats des différents matériel, l'aménagement des parcours extérieur, la formation du personnel seront terminés au 30 juin 2014 mais les ateliers équilibre par le professeur APA se poursuivront jusqu'à fin 2014

Caractère innovant de l'action : oui non

Précisions : Travail en équipe pluridisciplinaire
Création d'une activité inexistante à ce jour

Caractère modélisable de l'action : oui non

Précisions
Achat du matériel, aménagement des installations, formation du personnel pour reproduire les ateliers, suivi des indicateurs de chute

Caractère partenarial : oui non

Précisions :
Intervention de 2 associations : locale pour la réalisation des ateliers (ACTIV SANTE) ; régionale pour la formation du personnel (SIEL BLEU)

Annexe 3 :



N° de Devis : **DE4949**
 Date : 10/10/2013
 Réf. Client : LESJARDINS10

DEVIS

LES JARDINS DE CRENEY
 RESIDALYA
 3 rue de l'Aube
 10150 CRENEY-PRÈS-TROYES

Référence :

Référence	Désignation	Qté	P.U. HT	Mt HT	Mt TTC	TVA
RECK200NS	Entraîneur thérapeutique MOTOmed viva2 motorisé pour mobilisation passive ou entraînement actif des membres inférieurs. - Système de protection des mouvements. - Semelles pour pieds plastifiées. - Poignée. - Analyse d'entraînement. - Grand écran couleurs. GARANTIE 2 ANS.	1	3 653,85	3 653,85	4 370,00	1
RECK302	Guides jambes escamotables avec appuis mollets	1	188,13	188,13	225,00	1
RECK507	Ajustement rapide du rayon de pédalage multi-positions.	1	234,11	234,11	280,00	1
RECK250C	Entraîneur motorisé pour bras avec système de protection des mouvements, entraînement actif ou mobilisation passive des bras et du torse.	1	898,83	898,83	1 075,00	1
RECK562	Moufle permettant une fixation fiable des mains sur l'entraîneur pour bras MOTOmed.	2	45,99	91,97	110,00	1
1001	Transport livraison installation et mise en service par nos soins. Comprenant 1€ de Taxe Eco-participation	1	62,71	62,71	75,00	1

Code	Base HT	Taux TVA	Montant TVA
1	5 129,60	19,60	1 005,40

Total HT	5 129,60
Net HT	5 129,60
Total TVA	1 005,40
Total TTC	6 135,00

Votre conseiller : Dominique Crépin
 Téléphone : 06 37 50 92 74
 Email : dominique.crepin@mobilefrance.fr

"Ce devis est valable pour une durée de 6 mois".

Domiciliation bancaire :

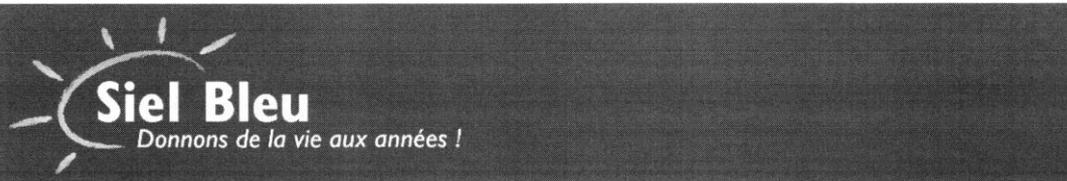
Crédit Agricole Brie Picardie
 Banque : 18706. Guichet : 00000. Compte : 72191225413. Clé RIB : 02
 IBAN : FR76 1870 6000 0072 1912 2541 302
 BIC : AGRIFRPP887

RESERVE DE PROPRIETE : Nous nous réservons la propriété des marchandises jusqu'au complet paiement du prix par l'acheteur.
 Notre droit de revendication porte aussi bien sur les marchandises que sur leur prix si elles ont déjà été revendues (Loi du 12 mai 1980).

BON POUR ACCORD (Mention Manuscrite) CACHET & SIGNATURE

MOBILE France - 5 rue Pasteur 77590 CHARTRETTES
 Tél. : 01 64 09 04 71 Fax : 01 64 09 53 41 Mail : catherine.pivin@mobilefrance.fr
 S.A.R.L. au capital de 7 700 Euros - R.C.S. MELUN 433 628 187 - APE : 4646Z - TVA Intra-Communautaire N° FR16433628187
 Site : www.mobilefrance.fr

Annexe 4 :



GRILLE TARIFAIRE PREVENTION DES CHUTES

<u>Atelier prévention des chutes</u>	<u>Tarifs</u>
Séance d'une heure	60 €
Coût pour un atelier de 20 séances	1 200 €

<u>Formation prévention des chutes</u>	<u>Tarifs</u>
Journée de formation de 7h	900 €
Frais de déplacement, hébergement, restauration	100 €
Coût d'une formation	1 000 €

Annexe 5 :

Association Activ'Santé

14 rue Henri Vincenot, 1000 Troyes
Tel : 06 17 51 05 06

Association sportive type loi 1901
SIREN 509 183 877

EHPAD Les Jardins de Creney
3 rue de l'Aulne 10150 Creney-près-Troyes

Devis N° :1

Reference : article libelle	prix unité	quantité	Montant TTC
séance d'activité physique adaptée ;	2900€	1	2900€

- ❖ Forfait d' 1 séance d'une heure pendant 1 an, de janvier à décembre hors vacances scolaire
➔ 2900€

Cela inclus :

- ✓ Prestation+ session test
- ✓ Défraiement du transport

Cela n'inclue pas l'investissement du matériel

- ❖ Nous pouvons assurer 2 séances par semaine de 17H30 à 18h30 ➔ jour à déterminer

Monsieur Detroy Mattieu
Président d'Activ'Santé
Le 8 octobre 2013

Annexe 6 :

Prévention *des* Chutes

L'entretien de l'équilibre au quotidien



1 personne sur 3 de plus de 65 ans chute en France chaque année.
D'après CARTER (2001), l'Activité Physique Adaptée régulière peut contribuer à réduire de 20 à 35 % le risque de fracture, car elle diminue le risque de chute chez les personnes âgées mais aussi parce qu'elle a un effet direct sur la résistance des os.

Les conséquences sont multiples, aussi bien physiques (fractures, hématomes, entorses,...) que psychologiques (syndrome de glissement, entrée en institution...). Les chutes, même si elles n'entraînent pas dans tous les cas des blessures, peuvent créer une insécurité qui incite la personne à limiter ses déplacements et ses activités, contribuant ainsi à la rendre plus dépendante.

Ainsi, cette formation a pour objectif de sensibiliser les personnes aux facteurs de risque de chute et aux solutions pour y pallier. Des démonstrations et des mises en pratique permettront aux personnes de mieux appréhender cette problématique prépondérante dans la vie d'un senior.

Objectifs

- ▶ Comprendre le système de l'équilibration et son évolution tout au long de la vie : oreille interne, proprioception...
- ▶ Appréhender et évaluer le risque de chute de la personne âgée
- ▶ Assimiler les techniques de transferts et de verticalisation
- ▶ Connaître les bonnes pratiques pour éviter la chute : savoir l'anticiper et l'éviter
- ▶ Développer un savoir-être face au risque
- ▶ Savoir se relever en sécurité pour soi et pour la personne aidée

Thèmes Généraux Abordés

- ▶ Les systèmes d'équilibration et tests d'évaluation du risque de chute
- ▶ Le vieillissement et l'évolution des capacités d'équilibration
- ▶ Comment réagir en cas de chutes : maîtrise du sol, relevé de chutes, bonnes pratiques pour éviter les chutes au quotidien
- ▶ Entretien de l'équilibre : quels moyens ?

Public Concerné

Personnel paramédical, équipes soignantes, aides soignantes hospitalières

Modalités

- ▶ **Effectif** : 15 personnes maximum
- ▶ **Durée de la formation** : 1 journée
- ▶ **Intervenant** : un formateur Siel Bleu diplômé et spécialisé

Contact

Arnaud REYBOIS – Responsable Inter Région Nord Est
03.26.54.30.92 – 06.69.77.26.43
arnaud.reybois@sielbleu.org
www.sielbleu.org



Annexe 7 :

Timed up and go Test (TUG)

Podsiadlo D, Richardson S. The timed „up&go“: a test of basic functional mobility for frail elder persons. J Am Geriatr Soc

1991;39:142-148.

Schädler S et al. Assessments in der Neurorehabilitation. Huber Verlag 2006.

Le test Timed up and go (TUG) est recommandé par les sociétés de gériatrie américaine et britannique pour examiner la mobilité d'un patient. Il peut être fait avec ou sans chronométrage, mais ne renseigne pas très précisément sur le risque direct de chute.

Bref descriptif:

1. Demandez au patient de se lever d'une chaise avec dossier, de s'éloigner de 3 mètres, puis de revenir vers la chaise pour y reprendre place.
2. Mesurez le temps pris par le patient pour cette activité. Il peut utiliser ses moyens auxiliaires d'aide à la marche.

Evaluation:

Temps nécessaire < 14 secondes ☐ normal

Temps nécessaire 20 – 30 secondes ☐ limitation (légère) de la mobilité

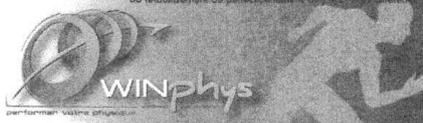
Temps nécessaire > 30 secondes ☐ limitation importante de la mobilité

Annexe 8 :

L'ÉQUILIBRE		Évaluation de Tinetti de l'équilibre et de la démarche	
1. Équilibre en position assise	<ul style="list-style-type: none"> • S'incline ou glisse sur la chaise → 0 • Stable, sûr → 1 		
2. Lever	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable sans aide → 0 • Capable mais utilise les bras pour s'aider → 1 • Capable sans utiliser les bras → 2 		
3. Essai de se relever	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable sans aide → 0 • Capable mais nécessite plus d'une tentative → 1 • Capable de se lever après une seule tentative → 2 		
4. Équilibre en position debout (5 premières mn)	<ul style="list-style-type: none"> • Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc) → 0 • Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support → 1 • Stable en l'absence d'un déambulateur d'une canne ou d'un autre support → 2 		
5. Équilibre en position debout	<ul style="list-style-type: none"> • Instable → 0 • Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise une canne, un déambulateur, ou un autre support → 1 • Polygone de sustentation étroit sans support → 2 		
6. Au cours d'une poussée (sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible : pousser 3 fois légèrement le sternum du patient)	<ul style="list-style-type: none"> • Commence à tomber → 0 • Chancelle, s'agrippe, mais maintient son équilibre → 1 • Stable → 2 		
7. Les yeux fermés (même position que en 6)	<ul style="list-style-type: none"> • Instable → 0 • Stable → 1 		
8. Rotation 380°	<ul style="list-style-type: none"> • Pas discontinus → 0 • Pas continus → 1 • Instable (s'agrippe, chancelle) → 0 • Stable → 1 		
9. S'asseoir	<ul style="list-style-type: none"> • Hésitant (se trompe sur la distance, tombe dans la chaise) → 0 • Utilise les bras ou le mouvement est brusque → 1 • Stable, mouvement régulier → 2 		
LA MARCHÉ		Score de l'équilibre / 16	
10. Initiation à la marche (immédiatement après l'ordre de marcher)	<ul style="list-style-type: none"> • S'incline ou glisse sur la chaise → 0 • Stable, sûr → 1 		
11. Longueur et hauteur du pas	<ul style="list-style-type: none"> - Balancement du pied droit <ul style="list-style-type: none"> • Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche → 0 • Le pas dépasse le pied d'appui gauche → 1 • Le pied droit ne quitte pas complètement le plancher → 0 • Le pied droit quitte complètement le plancher → 1 - Balancement du pied gauche <ul style="list-style-type: none"> • Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit → 0 • Le pas dépasse le pied d'appui droit → 1 • Le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher → 0 • Le pied gauche quitte complètement le plancher → 1 		
12. Symétrie des pas	<ul style="list-style-type: none"> • Inégalité entre la longueur des pas du pied droit et gauche → 0 • Égalité des pas du pied droit, et gauche → 1 		
13. Continuité des pas	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt ou discontinuité des pas → 0 • Continuité des pas → 1 		
14. Trajectoire (estimée par rapport à un carreau de 30 cm observer le mouvement des pieds sur environ 3 m de trajet)	<ul style="list-style-type: none"> • Déviation marquée → 0 • Déviation légère ou modérée ou utilise un déambulateur → 1 • Marche droit sans aide → 2 		
15. Tronc	<ul style="list-style-type: none"> • Balancement marqué ou utilisation d'un déambulateur → 0 • Sans balancement mais avec flexion des genoux ou du dos ou élargit les bras pendant la marche → 1 • Sans balancement, sans flexion, sans utilisation des bras et sans utilisation d'un déambulateur → 2 		
16. Attitude pendant la marche	<ul style="list-style-type: none"> • Talons séparés → 0 • Talons presque se touchant pendant la marche → 1 		
Plus le score est bas, plus le trouble est sévère Un score total < 26 indique habituellement un problème ; et si < 19, risque de chutes augmenté de 5 fois		Score de la marche / 12	
		Score total (équilibre + marche) / 28	

Annexe 9 :

"Du rétablissement au perfectionnement - From recovery to perfection"



WINphys
performance votre objectif...

Vandevelde Jérémie
Préparateur physique, mental et prof. A.P.F.A.S.

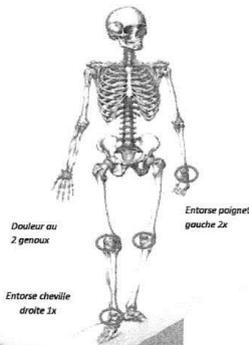
06.99.14.13.93
contact@winphys.com
www.winphys.com

Fiche Traumatologie

Nom :

Prénom :

Exemple:



- Si non licencié dans un club, apporter un certificat médical autorisant la pratique de « l'activité physique »
- Entourer les endroits où vous avez eu des lésions osseuses, musculaires, tendineuses
- Indiquer à côté le type de lésion exemples : tendinite, déchirure, fracture, entorse, luxation, ligaments croisés...
- Indiquer le nombre de lésion si vous en avez eu plusieurs au même endroit.



Informations complémentaires: (opérations, maladies, personnel encadrant...)

.....

.....

.....

.....

9. Remerciements

Je remercie l'ensemble du personnel de la résidence Les Jardins de Creney pour leur participation et leur implication dans le programme.

Merci à Jérémie, le professeur d'APA.

Merci à Marie, ma femme.