

UNIVERSITE PARIS DESCARTES

ANNEE 2017-2018

**MEMOIRE POUR LE DIU : FORMATION A LA FONCTION DE MEDECIN
COORDONNATEUR D'ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR
PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

INTERÊT D'UN ATELIER D'EQUILIBRE EN EHPAD

INCIDENCE SUR LES DOULEURS

LES TROUBLES DE L'EQUILIBRE ET DE LA MARCHE

LA QUALITE DE VIE

Dr Françoise CARBOU-de GUILHEM de LATAILLADE

Directeur Mémoire : Dr Cynthia LAURENT Médecin PH Gériatrie

I-INTRODUCTION

II-ORGANISATION ATELIER D'EQUILIBRE EN EHPAD

III-ETUDE

A-Protocole

B-Etude groupe A

1) Profil des résidents

2) Etude groupe A

-Bilan à J0

-Bilan à J60

-Bilan à J90

3) Synthèse

C-Etude du groupe B

1) Profil des résidents

2) Etude du groupe B

-Bilan à J0

-Bilan à J60

-Bilan à J90

3) Synthèse

IV-ANALYSE

V-CONCLUSION

VI-BIBLIOGRAPHIE

VII-ANNEXE

I INTRODUCTION

Les troubles de la marche sont fréquents chez le sujet âgé en rapport avec le vieillissement de l'appareil locomoteur (troubles statiques rachidiens, arthrose, atteintes musculaires physiologiques ou dégénératives), vieillissement du système neurosensitif et neurovégétatif périphérique ; et se majorent lorsqu'il existe associés des troubles neurologiques, des troubles de l'équilibre secondaires à des pathologies neurologiques centrales dégénératives ou non (démences, maladie de parkinson, sclérose en plaque, séquelles d'AVC, hydrocéphalie, pathologies tumorales....)

Ils peuvent aussi être accentués par un traitement mal adapté chez le sujet âgé dont les traitements médicamenteux sont souvent trop nombreux avec des risques d'interaction, de potentialisation, de surdosage et sont responsables de chutes fréquentes.

Les troubles sensoriels, les facteurs environnementaux favorisent également la survenue des chutes du sujet âgé.

Les troubles de l'équilibre et de la marche provoquent des chutes chez les personnes âgées qui parfois lorsqu'elles sont graves nécessitent une hospitalisation en urgence ou une intervention chirurgicale, voire même peuvent engager le pronostic vital (45000 personnes âgées de plus de 65ans chutent chaque année, et on note 12000 décès par an liés à ces chutes et leurs conséquences).

Ces chutes ont un retentissement sur la qualité de vie des résidents, des conséquences économiques importantes (coût des hospitalisations en urgence, coût des interventions chirurgicales, coût en lien avec la majoration de la dépendance du sujet âgé).

Le coût global des chutes des personnes âgées et de leurs conséquences est estimé à plus de deux milliards d'euros par an.

Une politique de prévention a été mise en place au-delà des prises en charge en kinésithérapie prescrites par le médecin traitant ; des études ont montré qu'une activité physique régulière, la participation à un atelier d'équilibre, permettait le maintien des capacités de déplacement et limitait la survenue des chutes chez le sujet âgé.

Un dépistage des résidents à risque de chutes se fait de façon régulière par les soignants

De l'EHPAD du CASTELET, l'ergothérapeute ou le médecin coordonnateur, et une participation aux ateliers d'équilibre est proposée aux résidents.

Par ailleurs, l'exercice physique aurait un impact sur les douleurs qui sont plurifactorielles chez la personne âgée et souvent chroniques, l'évolution de ces douleurs sera analysée au cours de cette étude .

De même une étude de l'incidence de cette activité sur la qualité de vie du résident sera Réalisée.

II ORGANISATION D'UN ATELIER EQUILIBRE EN EHPAD

-Sélection du groupe :

Un groupe de 5 à 6 résidents est constitué choisi par l'ergothérapeute après concertation avec les soignants , le médecin coordonnateur ou après signalement de l'équipe animant L'EPP chutes.

Les résidents choisis doivent avoir une autonomie de transfert et de marche suffisante et Pas de troubles du comportement majeurs.

Un accord du résident est demandé avant le début des séances .

L'ergothérapeute réalise un bilan initial : test d'équilibre et de marche qui sera Renouvelé à la fin de la session.

-Déroulement des séances :

Les séances sont organisées une fois par semaine sur une durée de une heure.

L'ergothérapeute propose des exercices de mobilisations actives des différentes Articulations, un travail du reflexe parachute, travail du transfert du poids du corps Un travail de la sensibilité plantaire et de l'appui plantaire, un travail des transferts assis debout, un travail de l'équilibre statique pieds joints ,de l'équilibre statique unipodal et un travail de l'équilibre dynamique.

Des exercices de retournements , demi -tour, un travail de coordination ,d'adresse, Assis et debout sont également proposés.

III ETUDE

A-Protocole :

L'étude portera sur le suivi de deux groupes de résidents pris en charge en atelier d'équilibre par l'ergothérapeute pour lesquels les bilans seront réalisés à J0 soit au début de la session, puis à J60 , puis à J90 un mois après l'arrêt de l'atelier d'équilibre.

Ces résidents ont été sélectionnés par l'ergothérapeute et présentent des troubles de L'équilibre invalidants ou des épisodes de chutes fréquents .

Leur participation nécessite une autonomie de déplacement conservée avec ou sans aide Technique , des capacités cognitives suffisantes .

Le groupe de résidents A a suivi l'atelier d'équilibre en mars et avril 2018 et sera suivi de Mars à mai 2018 ; le groupe B a suivi l'atelier d'équilibre de Juin à Juillet 2018 et se sera suivi de juin à août 2018.

-Bilan à J0 :

-Analyse des douleurs : Echelle EVS

-Analyse de l'équilibre et de la marche :

.Equilibre statique : polygone de sustentation, maintien station unipodale

.Equilibre dynamique : test de Tinetti , Get up and Go test

Test de Tinetti : score normal = 28 points

24 à 27 points : risque de chutes peu élevé

20 à 23 points : risque de chute élevé

Moins de 20 points : risque de chute très élevé

Get up and Go test : cotation de 1 à 5 (cotation=1 pas d'instabilité , cotation=5 très Anormal, supérieur ou égal à 3 :risque de chute élevé)

.Périmètre de marche : distance maximale parcourue pour chaque résident.

-Analyse de l'autonomie et de la dépendance : score ADL, indice GIR

-Analyse de la qualité de vie : Echelle de Whoqol Bref

-Bilan à J60 :

-Analyse des douleurs

-Analyse de l'équilibre et de la marche

.équilibre statique

.équilibre dynamique

.Périmètre de marche

-Bilan à J90 :

-Analyse des douleurs

-Analyse de l'équilibre et de la marche

.équilibre statique

.équilibre dynamique

.périmètre de marche

-Analyse de l'autonomie et de la dépendance : score ADL, indice GIR

-Analyse de la qualité de vie :

L'échelle de qualité de vie de WHOQOL-BREF a été développée par l'OMS pour

Evaluer la qualité de vie des personnes âgées de plus de 60ans, elle comporte 26

Items qui explorent 4 domaines : la santé physique, la santé mentale , la relation

sociale, l'environnement.

B-Etude groupe A

1)Profil des résidents groupe A

	AGE	Pathologies	MMS
Résident 1	82ans	Troubles équilibre et marche Arthrose Hyperthyroïdie Tr.cognitifs	--
Résident 2	91ans	Lombalgies :tassements vertebraux+canal lombaire étroit Arthrose genoux Tr.de l'équilibre, Tr.cognitifs	--
Résident 3	92 ans	Séquelles d'AVC :hémiparésie D Troubles de l'équilibre PTGG, osteoporose Antécédents :fracture bassin, fracture grand trochanter ,antécédents : Neo du sein	—
Résident 4	90ans	Arthrose rachidienne avec cyphose, discopathies L4-L5,L5-S1 Troubles de l'équilibre Antécédents de neo :sein, col utérin ,colon avec colostomie	22
Résident 5	86 ans	Syndrome parkinsonien Troubles de l'équilibre et marche Diabète, AOMI Ostéoporose, neuropathie Antécédents fracture fibula et tibiaG	28

2)Etude groupe A

-Bilan à J0 :

-Analyse des douleurs :

	localisation	type	Intensité
Résident 1	-	-	EVS=0
Résident 2	Rachis +MI	neuropathiques	EVS=4
Résident 3	MI	neuropathiques	EVS=3
Résident 4	Rachis lombaire	arthrosiques	EVS=2
Résident 5	Rachis lombaire MI	arthrosiques neuropathiques	EVS=2 EVS=2

-Analyse des troubles de l'équilibre et de la marche :

.Troubles de l'équilibre statique et dynamique

	Polygone	Equilibre unipodal	Tinetti	Get Up and And Go Test
Résident 1	++++	Sup.5sec	9	3
Résident 2	++++	Inf.5sec	25	5
Résident 3	++++	Inf.5sec	19	3
Résident 4	++++	Sup.5sec	26	3
Résident 5	++++	Sup 5sec	13	2

.Périmètre de marche

	Périmètre de marche
Résident 1	38m + canne simple
Résident 2	42m +Rollator
Resident 3	15m
Resident 4	36m + Rollator
Résident 5	71m +Rollator

-Analyse de l'autonomie, de la dépendance

	Echelle ADL	Indice GIR
Résident 1	5,5	GIR=4
Résident 2	3,75	GIR=4
Résident 3	1,75	GIR=2
Résident 4	4,5	GIR=3
Résident 5	5	GIR=4

-Analyse de la qualité de vie : Echelle de WHOPOL-BREF

	Santé physique	Santé mentale	Relations sociales	Environnement
Résident 1	60%	76%	53%	70%
Résident 2	57%	66%	53%	72%
Résident 3	48%	70%	53%	72%
Résident 4	54%	66%	53%	70%
Résident 5	40%	46%	53%	65%

-Bilan à J60 :

-Analyse des douleurs :

	localisation	Type	Intensité
Résident 1			EVS=0
Résident 2	Rachis+MI	Arthrosiques Neuropathiques	EVS=3
Résident 3	MI	Neuropathiques	EVS=2
Résident 4	Rachis	Arthrosiques	EVS=4
Résident 5	MI	Neuropathiques	EVS=3

-Analyse des troubles de l'équilibre et de la marche :

.Equilibre statique et dynamique :

	Polygone	Equilibre unipodal	Get up and Go test
Résident 1	++++	Sup.5 sec.	2
Résident 2	++++	Inf.5 sec.	4
Résident 3	++++	Inf.5 sec.	3
Résident 4	++++	Sup.5 sec.	3
Résident 5	++++	Sup.5sec.	3

.Périmètre de marche

	Périmètre de marche
Résident 1	75m +canne simple
Résident 2	42m +Rollator
Résident 3	15m
Résident 4	36m +Rollator
Résident 5	71m + Rollator

-Bilan à J90 :

-Analyse des douleurs :

	Localisation	Type	Intensité
Résident 1			EVS=0
Résident 2	MID et MIG	neuropathiques	EVS=2
Résident 3	MIG	neuropathiques	EVS=2
Résident 4			EVS=0
Résident 5	MID et MIG	neuropathiques	EVS=2

-Analyse des troubles de l'équilibre et de la marche

.Equilibre statique et dynamique :

	Polygone	Equilibre unipodal	Get up and Go test	Tinetti
Résident 1	++++	Sup.5sec.	2	24
Résident 2	++++	Inf.5 sec.	3	12
Résident 3	++++	Inf.5 sec.	3	9
Résident 4	++++	Sup.5sec.	2	26
Résident 5	++++	Sup.5sec.	2	28

.Périmètre de marche :

	Périmètre de marche
Résident 1	179m
Résident 2	17m + Rollator
Résident 3	70m
Résident 4	139m +Rollator
Résident 5	174m +Rollator

-Analyse de l'autonomie, de la dépendance :

	Echelle ADL	Indice GIR
Résident 1	4,25	GIR=3
Résident 2	3,5	GIR=3
Résident 3	1,75	GIR=2
Résident 4	5	GIR=3
Résident 5	5,25	GIR=4

-Analyse de la qualité de vie : Echelle de WHOQOL-BREF

	Santé physique	Santé mentale	Critères sociaux	Environnement
Résident 1	51%	63%	46%	72%
Résident 2	54%	60%	53%	70%
Résident 3	48%	56%	53%	60%
Résident 4	51%	60%	40%	77%
Résident 5	40%	43%	46%	75%

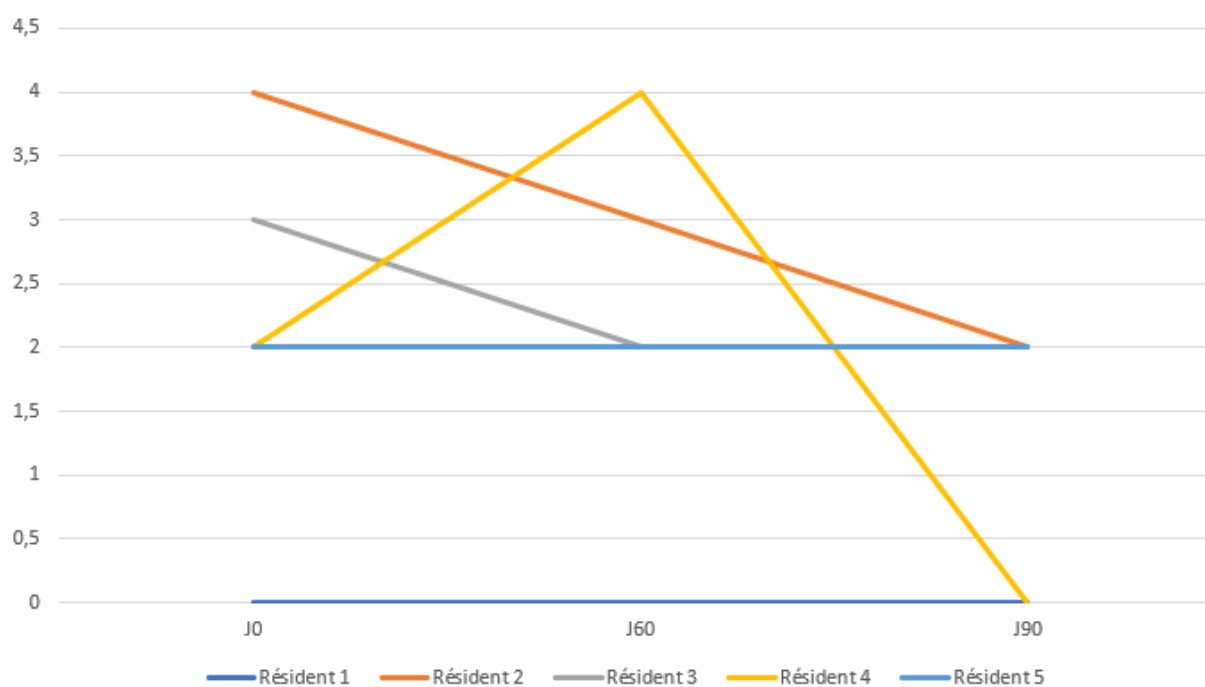
3) Synthèse Groupe A

3-1 Evolution des douleurs (schéma N°1)

On note une diminution des douleurs pour 3 résidents /5, une stabilité des douleurs pour 2 résidents /5. Les traitements antalgiques ont été modifiés sur cette période d'étude le résident 4 présentant des douleurs post chute et pour le résident 5.

	Traitement antalgique J0	Traitement antalgique J60	Traitement antalgique J90
Résident 1	Paracétamol 500mg (2M-2M-2S si besoin)	idem	idem
Résident 2	Doliprane 500mg(2-2-2)	idem	idem
Résident 3	0	0	0
Résident 4	Nefopam si douleurs aiguës	Nefopam si douleurs aiguës	Nefopam si besoin Ibuprofen 200 1-1-1(traitement ponctuel)
Résident 5	Doliprane 500mg 2-2-2	Lyrica 25 1 matin et soir	Lyrica 25 1 matin et soir

Evolution Douleurs Groupe A (Schéma n°1)



3-2 Evolution des troubles de l'équilibre et de la marche

-Nombre de facteurs prédictifs de chutes :

.Bilan à J0 :

	Augmentation polygone	Appui monopodal Inf.5sec.	Get up and Go test inf.ou=3	Tinetti Inf.à 19	Nombre Facteurs Prédictifs de chutes
Résident 1	+	-	+	+	3
Résident 2	+	+	+	-	3
Résident 3	+	+	+	-	3
Résident 4	+	-	+	-	2
Résident 5	+	-	-	+	2

.Bilan à J90 :

	Augmentation du polygone	Appui monopodal inf.5 sec.	Get up andGo test Inf.ou=3	Tinetti Inf.à19	Nombre Facteurs Prédicatifs de chutes
Résident 1	+	-	-	-	1
Résident 2	+	+	+	+	4
Résident 3	+	+	+	+	4
Résident 4	-	-	-	-	0
Résident 5	+	-	-	-	1

On note une diminution du nombre de facteurs prédictifs de chutes pour 3 Résidents sur 5, deux résidents /5 ont augmenté leurs facteurs prédictifs de Chute.

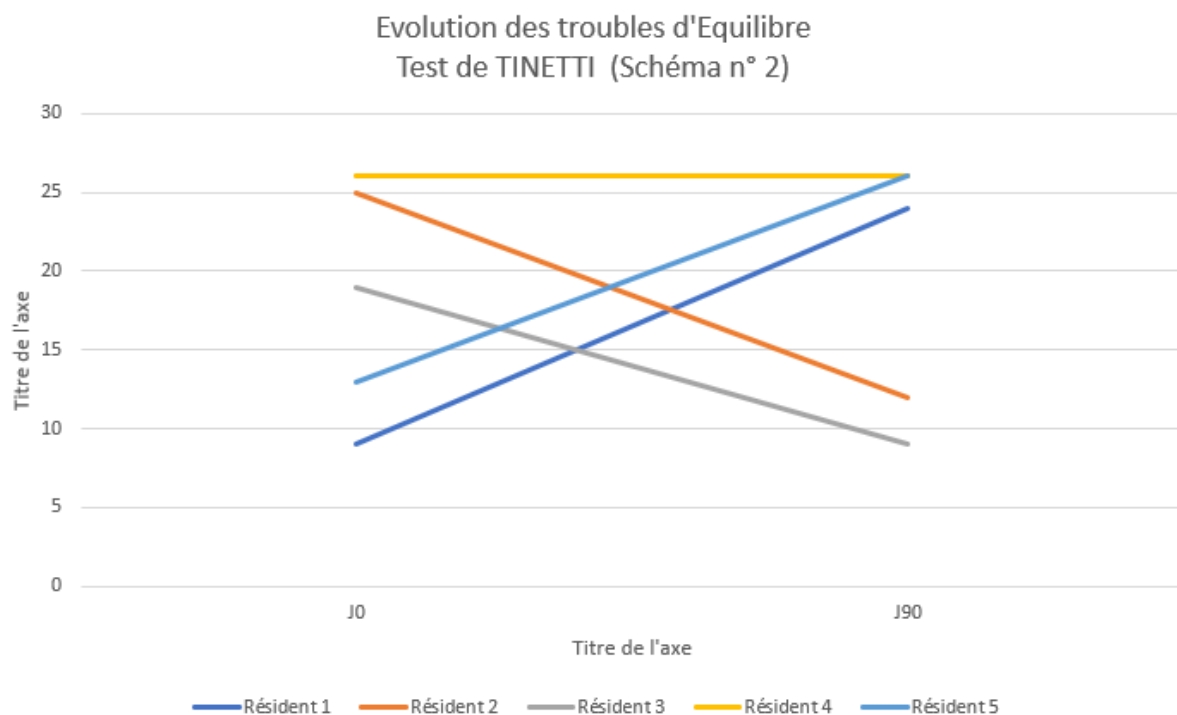
Les périmètres de marche sont améliorés pour 4 résidents /5.

-Evolution du Tinetti (schéma N°2)

Deux résidents sur cinq ont une amélioration du score de Tinetti entre J0 et J90,

Un résident a un score stable , et deux résidents sur cinq ont une diminution nette Du score de Tinetti.

Un résident à un test de Tinetti normalisé, deux résidents ont un score compris entre 24-27 avec un risque de chutes peu élevé, et deux résidents ont un score inférieur à 20 avec un risque de chutes très élevé.



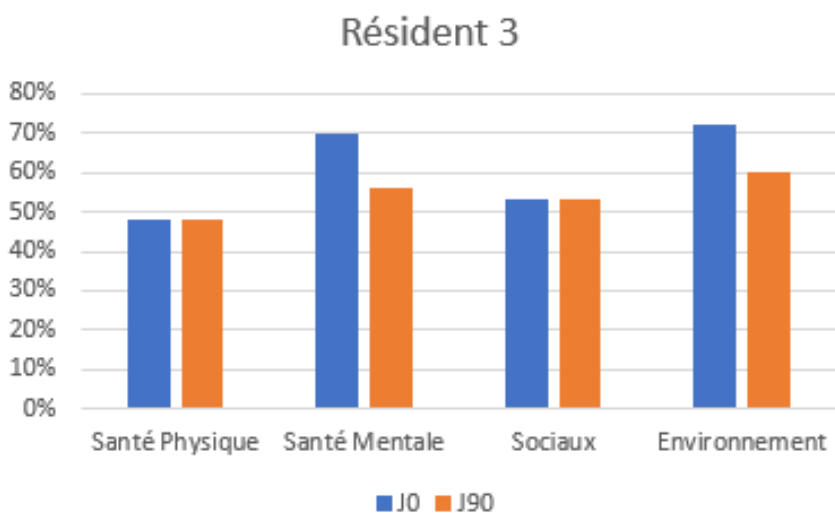
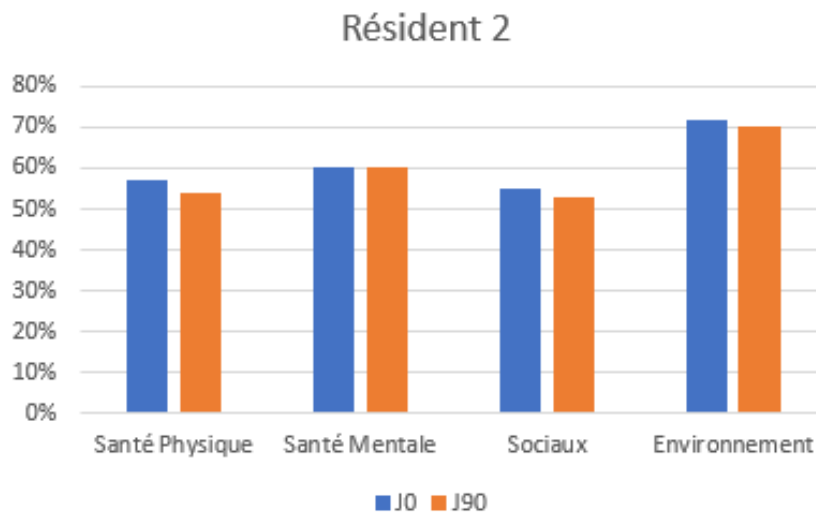
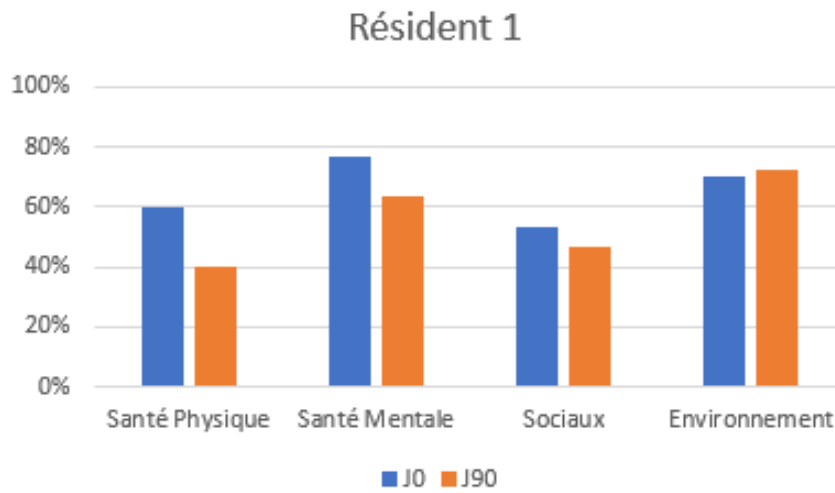
3-3-Evolution de la qualité de vie (schéma N°3)

Les critères de qualité de vie des résidents du groupe A sont peu modifiés entre J0 et J90 , on note cependant pour 3 résidents sur 5 une légère progression des critères d'environnement .Les critères de santé physique , de santé mentale et les critères sociaux restent diminués par rapport à la population idéale en raison de l'existence de polypathologies , de troubles cognitifs ; et pour les critères sociaux la diminution des activités, l'arrêt de la vie professionnelle et de la vie sexuelle .

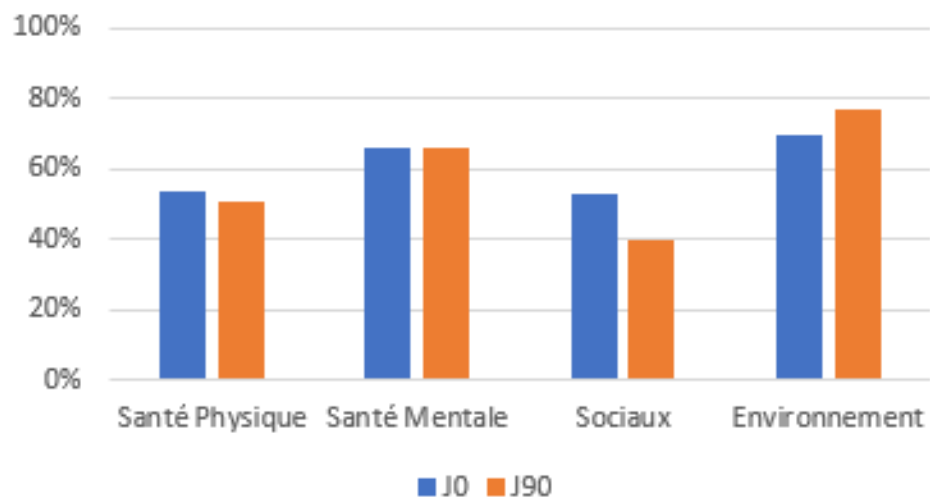
Dans les critères d'environnement on note une augmentation positive de l'item Q8 concernant le sentiment d'être en sécurité dans son lieu de vie pour deux Résidents sur cinq.

Dans les critères de santé physique , l'item Q17 :satisfaction de la capacité à Effectuer les tâches de la vie quotidienne est augmenté pour 2 résidents sur cinq , Mais sans corrélation avec les variations de l'ADL ou du GIR pour ces résidents.

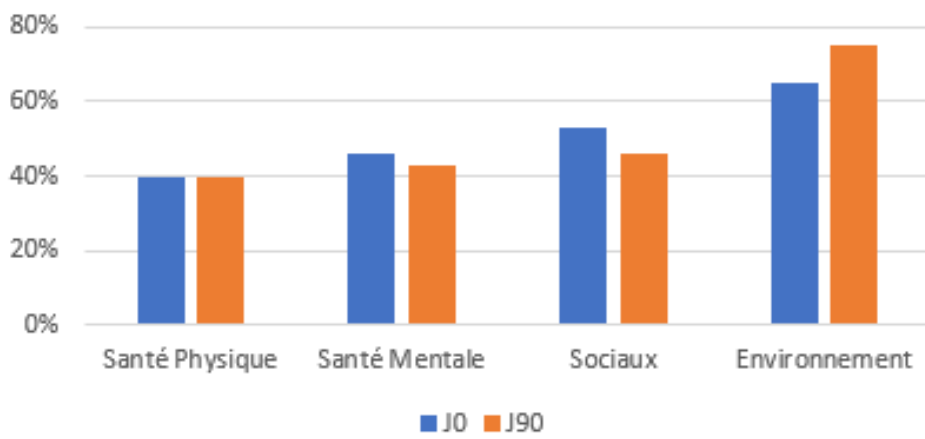
Evolution de la Qualité de vie groupe A: schéma N°3



Résident 4



Résident 5



C-Etude Groupe B

1) Profil résidents groupe B

	Âge	Pathologies	MMS
Résident 6	83 ans	Epilepsie Séquelles encéphalopathie Insuffisance veineuse Tumeur du pancréas	16/30
Résident 7	66 ans	Maladie de parkinson	27/30
Résident 8	85 ans	Démence mixte Dénutrition Fracture cervicale D,PTHD.	12/30
Résident 9	72 ans	Psychose Syndrome dépressif Thyroidectomie HTA Antécédents de phlébite	8/30
Résident 10	78 ans	Démence modérée Cardiopathie ischémique AOMI +angioplastie Cure hernie inguinale Thrombocytemie essentielle	29/30

2) Etude du groupe B

-Bilan à J0 :

-Analyse des douleurs

	Localisation	Type	Intensité
Résident 6	0	0	EVS= 0
Résident 7	0	0	EVS=0
Résident 8	Rachis cervical	Arthrosiques	EVS=1
Résident 9	Rachis dorsal+ lombaire	Arthrosiques	EVS=3
Résident 10	0	0	EVS=0

-Analyse des troubles de l'équilibre et de la marche :

.Troubles de l'équilibre statique et dynamique :

	Polygone	Equilibre unipodal	Tinetti	Get Up and Go test
Résident 6	++++	Infà5sec.	13	3
Résident 7	++++	Inf.à 5sec.	15	4
Résident 8	++++	Inf.à5sec.	8	3
Résident 9	++++	Supà 5 sec.	12	2
Résident 10	++++	Infà 5 sec	8	3

.Périmètre de marche

	Périmètre de marche
Résident 6	71m +rollator
Résident 7	37m +rollator
Résident 8	39m +cane simple
Résident 9	106m
Résident 10	53m +rollator

-Analyse de l'autonomie et de la dépendance

	ADL	GIR
Résident 6	5	GIR=4
Résident 7	4,25	GIR=4
Résident 8	4,75	GIR=2
Résident 9	5,25	GIR=2
Résident 10	4	GIR=3

-Analyse de la qualité de vie :Echelle de WHOQOL-BREF

	Santé physique	Santé mentale	Vie sociale	Environnement
Résident 6	57%	63%	53%	75%
Résident 7	40%	53%	26%	70%
Résident 8	48%	56%	53%	50%
Résident 9	57%	73%	53%	77%
Résident 10	51%	60%	46%	67%

-Bilan à J60

-Analyse des douleurs :

	Localisations	Type	Intensité
Résident 6	Genoux	arthrosiques	EVS=3
Résident 7	0	0	EVS=0
Résident 8	0	0	EVS=0 -
Résident 9	-	-	-
Résident 10	0	0	EVS=0

-Analyse des troubles d'équilibre et de la marche

.Equilibre statique et dynamique :

	Polygone	Equilibre unipodal	Get up and Go test
Résident 6	++++	Inf 5sec.	4
Résident 7	++++	Inf5sec.	3
Résident 8	++++	Inf5sec.	3
Résident 9	++++	Sup5sec.	2
Résident 10	++++	Inf5 sec	3

.Périmètre de marche :

	Périmètre de marche
Résident 6	71m +rollator
Résident 7	37m +rollator
Résident 8	145m
Résident 9	98m
Résident 10	118m+canne simple

-Bilan à J90

-Analyse des douleurs :

	Localisation	Type	Intensité
Résident 6	Fémur D	Post fracturaire	EVS=4
Résident 7	0	0	EVS=0
Résident 8	0	0	EVS=0
Résident 9	0	0	EVS=0
Résident 10	0	0	EVS=0

-Analyse des troubles de la marche et de l'équilibre

.Equilibre statique et dynamique :

	polygone	Appui unipodal	Get up And Go test	Tinetti
Résident 6	-----	-----	-----	-----
Résident 7	+++++	Inf 5sec	4	9
Résident 8	+++++	Sup5sec	2	25
Résident 9	+++++	Sup5sec	2	26
Résident 10	+++++	Sup5sec	2	24

.Périmètre de marche :

	Périmètre de marche
Résident 6	-----
Résident 7	14m +rollator
Résident 8	221m
Résident 9	201m
Résident 10	209m

-Analyse de l'autonomie et de la dépendance

	ADL	GIR
Résident 6	1	2
Résident 7	2,75	2
Résident 8	5,5	4
Résident 9	5,5	4
Résident 10	5,75	4

-Analyse de la qualité de vie : Echelle de WHOQOL-BREF

	Santé physique	Santé mentale	Vie sociale	Environnement
Résident 6	54%	63%	53%	72%
Résident 7	40%	50%	26%	65%
Résident 8	60%	60%	53%	75%
Résident 9	63%	70%	46%	77%
Résident 10	54%	76%	53%	72%

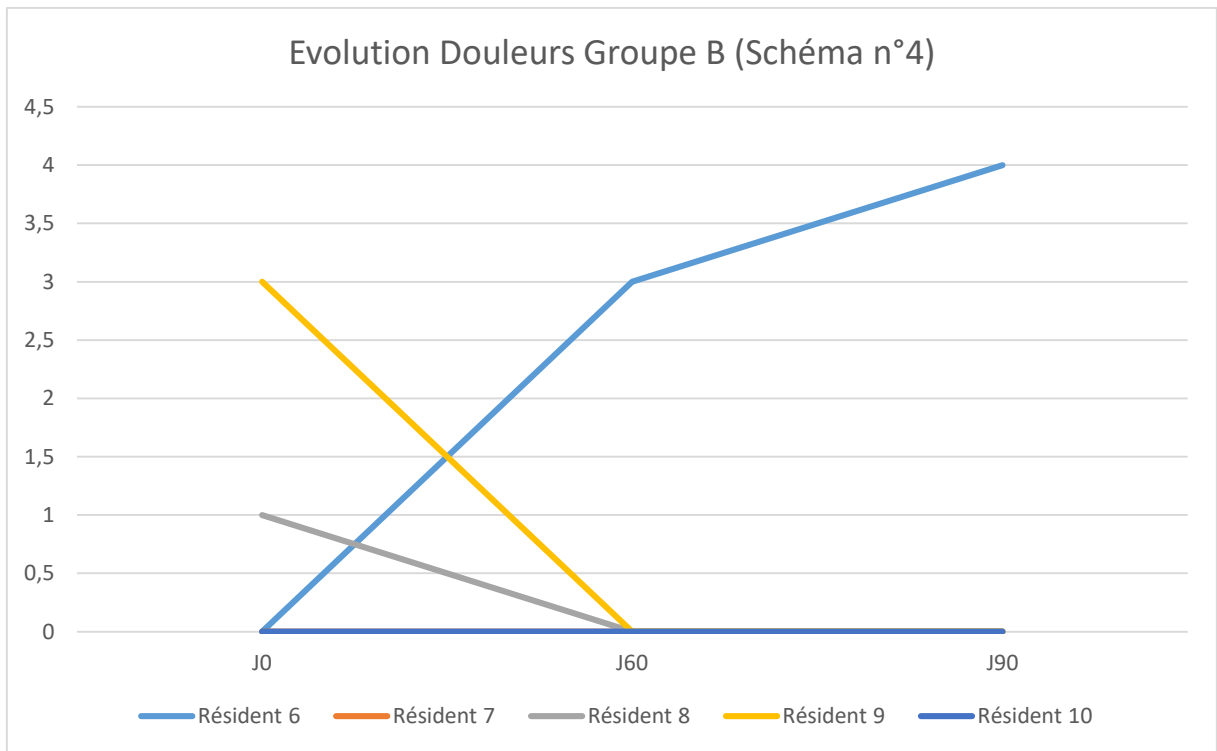
3) Synthèse Groupe B

3-1 Evolution des douleurs (schéma N°4)

Les patients du groupe B ne présentent pas tous des douleurs on note une diminution des douleurs entre J0 et J90 pour deux résidents ,une stabilité des douleurs pour 2 résidents; une résidente a présenté une majoration des douleurs en raison de la survenue d'une fracture post traumatique entre J60 et J90.

En dehors du cas de cette résidente , les traitements antalgiques n'ont pas été modifiés pendant l'étude.

	Traitement antalgique à J0	Traitement antalgique à J60	Traitement antalgique à J90
Résident 6	Doliprane 500mg si besoin	Doliprane 500mg si besoin	Doliprane 500mg 3 fois/J+codoliprane si douleurs aigues
Résident 7	Doliprane 500mg 1-1-1 si besoin	idem	idem
Résident 8	Paracétamol 500mg 1-1-1 si besoin	idem	idem
Résident 9	Paracétamol 500mg 2-2-2	idem	idem
Résident 10	Paracétamol 500mg 2-2-2	idem	idem



3-2 Evolution des troubles de l'équilibre et de la marche

-nombre des facteurs prédictifs de chutes :

. J0 :

	Polygone	Appui unipodal	Get up and Go test	Tinetti	total
R6	++++	Inf 5sec	3	13	4
R7	++++	Inf5sec	4	15	4
R8	++++	Inf 5sec	3	8	4
R9	++++	Sup5sec	2	12	2
R10	++++	Sup5sec	3	8	3

. J90 :

	Polygone	Appui unipodal	Getup and Go test	Tinetti	Total
R6	-----	-----	-----	-----	
R7	++++	Inf5 sec	4	9	4
R8	++++	Sup5sec	2	25	1
R9	++++	Sup5sec	2	26	1
R10	++++	Sup5sec	2	24	1

Entre J0et J90 le nombre de facteurs prédictifs de chute a diminué pour 3 résidents sur 5 de façon significative , un résident n'a pu être testé en raison de sa mise en décharge pour fracture .

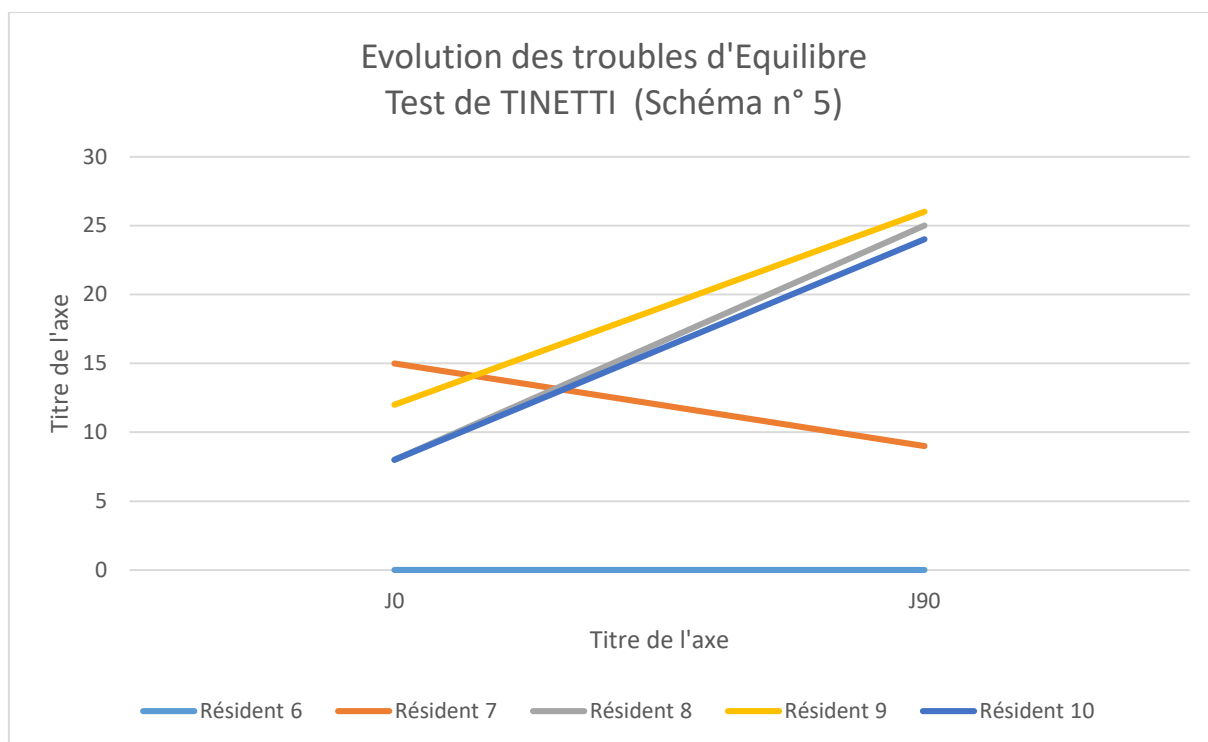
.Les périmètres de marche des résidents ont progressés entre le début de l'atelier et J90, sauf pour les résidents 6 et 7.

-Evolution du Tinetti (schéma N°5)

On note une amélioration du test de Tinetti pour 3 résidents sur 4 qui ont un risque de chute peu élevé , une aggravation pour 1 résident avec un risque de chute très élevé.

Le résident N°6 n'a pu participer au test.

3 résidents sur 5 ont un risque de chute peu élevé, un résident sur 5 a un risque de chute très élevé.



3-3 Evolution de la qualité de vie (schéma N°6)

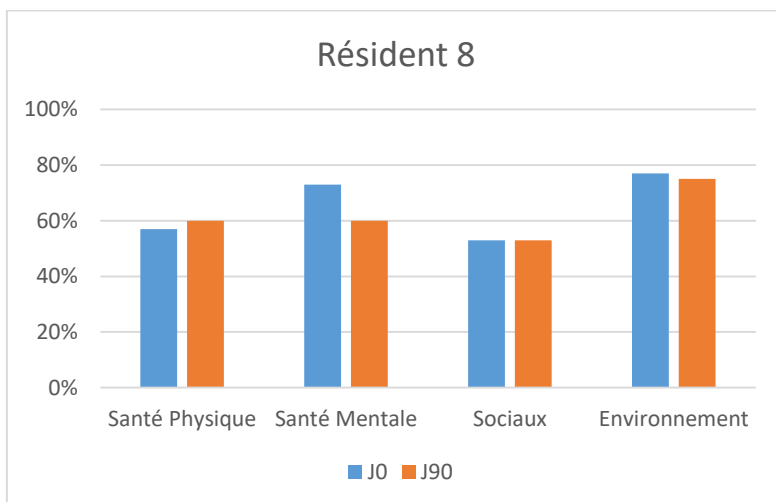
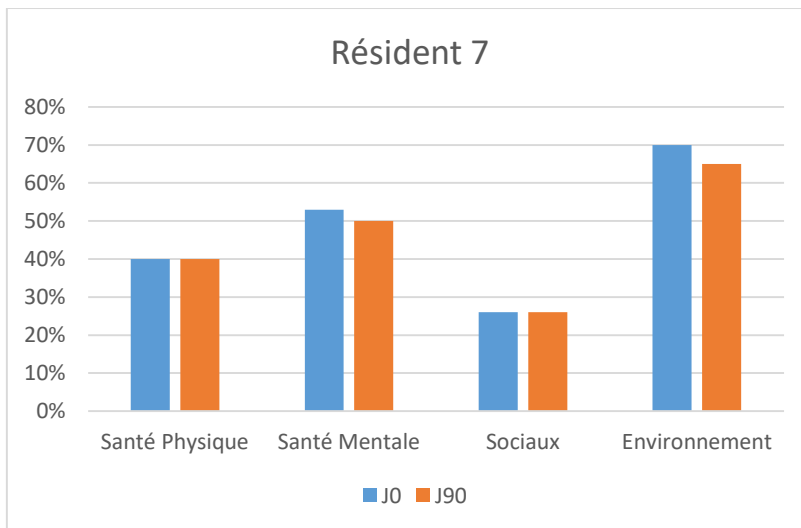
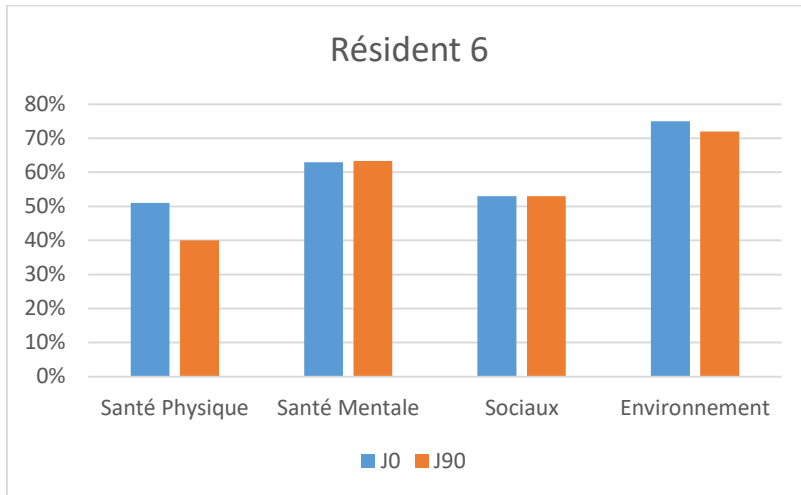
Comme dans le groupe A, les résidents du groupe B ont des critères de de santé Physique, de santé psychique , des critères de vie sociale abaissés par rapport à la population idéale .

Les critères d'environnement restent prépondérants sauf pour un résident .

L'évolution à J 90 montre cette fois une variation positive des critères de santé physique Pour 3 résidents /5 , une progression des critères de santé mentale pour 2 résidents / 5, Une progression de critères d'environnement pour 2 résidents sur 5.

L'analyse d'un item 17 dans les critères de santé physique : satisfaction concernant la Capacité à effectuer les tâches quotidiennes montre une amélioration pour 1 résident /5, l'analyse d'un critère d'environnement item 8 : sentiment d'être en sécurité est augmenté pour 2 résidents /5.

Evolution de la qualité de vie groupe B : schéma N°6





IV ANALYSE

L'étude des groupes A et B montre une évolution favorable des douleurs pour une partie des résidents des groupes A et B entre le début de la prise en charge en atelier d'équilibre et le mois qui suit l'arrêt de l'activité (diminution des douleurs pour 3 résidents /5 dans le groupe A, pour 2 résidents /5 dans le groupe B)

La majoration des traitements antalgiques pour deux résidents du groupe A doit être prise en compte.

Les critères d'équilibre et de marche sont améliorés ainsi que les distances parcourues :

-Diminution des facteurs prédictifs de chute pour 6 résidents sur 10

-Evolution positive du test de Tinetti 5 résidents /10

-Amélioration du périmètre de marche pour 7 résidents /10

L'étude de la qualité de vie montre un impact sur les critères d'environnement pour une partie des résidents du groupe A et des résidents du groupe B.

Un impact sur les critères de santé physique et critères de santé mentale pour une partie des résidents du groupe B.

V CONCLUSION

L'atelier d'équilibre organisé au sein de l'EHPAD du Castelet aurait donc une incidence sur les douleurs neuropathiques ou arthrosiques de certains résidents , il participerait à l'amélioration des troubles l'équilibre et de la marche limitant la survenue de chutes (diminution significative des facteurs prédictifs de chute , amélioration du Tinetti ,et Augmentation du périmètre de marche .)

Un retentissement sur la qualité de vie a été noté pour les résidents participant à cette étude portant sur les critères environnementaux et pour certains sur les critères de santé physique et de santé et santé mentale .

Ces améliorations ressenties par les résidents ne sont pas toujours corrélées à

La variation des indices d'autonomie et de dépendance.

L'organisation d'un atelier d'équilibre en EHPAD fait partie d'une politique de

Prévention des chutes chez le sujet âgé , ces chutes peuvent avoir un retentissement

Important sur l'autonomie , l'état de santé de la personne âgée et à plus grande échelle

Un retentissement économique national.

Cet atelier d'équilibre ne remplace pas le suivi en kinésithérapie prescrit par le médecin

réfèrent , mais s'intègre dans une démarche plus globale , participative ou les interac-

-tions entre les résidents ont un effet positif tant sur le plan moteur que psychique

favorisant une certaine socialisation .

Cet atelier aurait pu être plus efficace encore en proposant deux séances hebdomadaires, mais le temps d'ergothérapeute limité à un 0,10ETP n'a pas permis ce développement .

VI BIBLIOGRAPHIE

1-Recommandations HAS : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée
Nov.2005

2-Plan « bien vieillir »Améliorer la prise en charge des personnes âgées
Lettre information HAS,N°15 janv /fev 2009

3-Haut conseil de la santé publique national :Evaluation du plan « bien vieillir »
2007-2009

4-Voisin T., unité de neurogériatrie CHU Purpan
Principales pathologies neurologiques responsables de chutes
www.medecine.ups-tlse.fr/capacite/2017/03_24chute-marche.pdf

5-Podvin-Deleplanque J., Dreuil D., Huvent D., Puisieux F.,
Prévention des chutes en EHPAD
Revue de Gériatrie ,tome 40 ,n°6,juin 2015

6-Puisieux F.
Get up and g test et Time up and go test,deux tests pour évaluer simplement
Le risque de chute.
Revue de gériatrie , tome 40, n°6, juin 2015

7-Lafont CH., Médecine physique et réadaptation ,pôle gériatrique CH Toulouse
Chutes du sujet âgé, évaluation du risque de chute, prévention
www.medecine.ups-tlse.fr//duog-janvier 2016-prevention

8-Pr Manckoundia service médecine int.gériatrie CHU Dijon
Démences et troubles de la marche
Journées SFGG -2-4 octobre 2012, faculté médecine Dijon,InsermU1093

9-Nkodo Mekongo Y.P, De Breucker S., Delvaux N., Pepersalk T.
La peur de chuter et le syndrome post chute du sujet âgé
Service psychologique clinique et gériatrie, hôpital Erasme
Rev.med.BruX.200

10-Decker L ., Hanweiler C., Yvain F., Leroux P., Lermite P., Berrut G.,

Hily S., Beauchet O.,

**Les troubles de la marche de la personne âgée de plus de 65 ans ayant une
Démence légère à modérée.**

Ger.psychol.Neuropsychiatr.Vieill 2011 -9 (3) :269-76

11-Timotin L.

**Impact des comorbidités, de la qualité du sommeil, de la fragilité psychosociale
Sur la qualité de vie des personnes âgées**

Thèse pour doctorat en médecine 31/05/2012

12-Collège des enseignants de Neurologie (enseignement deuxième cycle)

Troubles de la marche et de l'équilibre du sujet âgé

www.cen-neurologie.fr

13-Université médicale virtuelle francophone

Item 62 :Troubles de la marche et de l'équilibre, chutes chez le sujet âgé

Cofer 2010-2011

14-Dargen Molina P., Cassou B.

Prévention des chutes chez la personne âgée de plus de 75ans

Centre gérontologie APHP Paris

UMR-S 1168.336/11juillet 2007/BEH16-17

Vieillesse et fragilité approche de santé publique

15-Belmin J.(hôpital Charles Foix), Lazimi N.(Université Paris-Diderot)

Prévention des chutes du sujet âgé

Université Paris Diderot.faculté de médecine IDFJMG 2011

VII ANNEXE