

Consultation multidisciplinaire de la chute : retour sur 10 ans d'expérience



J. BIOGEAU¹, R. GALY¹, M. MONSEU¹,
J. LORTHIOIS¹, N. BALLOUCHE¹, M. FLEURY¹,
J. LARUE², J-B. GAUVAIN¹

20 mai 2017

¹ CHR d'Orléans

² Université d'Orléans

Pourquoi s'intéresser à la chute?

- **Un évènement :**

- Fréquent : 1 PA/3 si > 65 ans et 1 PA/2 si > 80 ans
50 % des chuteurs = ont fait au moins 2 chutes
- Grave : chutes accidentelles + recours SAU = 450 000 si > 65 ans – France
1^{ère} cause de décès par accident vie courante = 9 412 DC en 2008
- Cause majeure d'adressage au SAU, d'hospitalisation en Court Séjour Gériatrique, en SSR, en EHPAD et en USLD



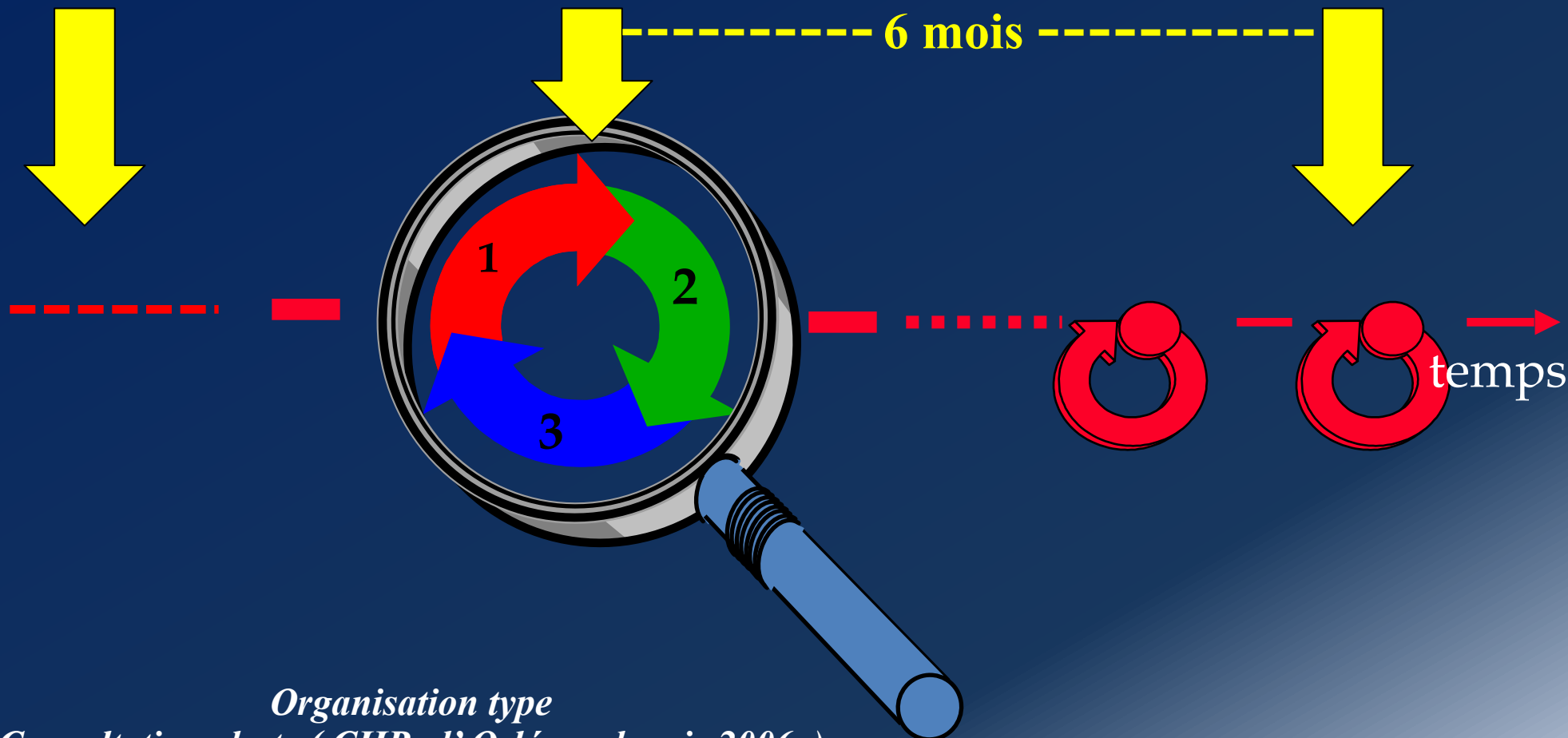
- **Contexte Orléanais :**

- 10 ans d'expérience d'une CS Pluridisciplinaire de la chute : quel recul?
- « pénurie médicale » +++ et difficultés de recrutement de kinésithérapeutes et ergothérapeutes => fragilisent la filière gériatrique + la CS Pluridisciplinaire de la chute
- réflexion GHT 45 sur ➡ « délégation de tâche » aux paramédicaux

CHUTE :
- Avérée
- Potentielle

**CONSULTATION
pluridisciplinaire
CHUTE**

**SUIVI
DES
RECOMMANDATIONS**



*Organisation type
Consultation chute (CHR d'Orléans depuis 2006)*

Consultation pluridisciplinaire de la chute (depuis 2006)

Intervenants	Objectifs	Actions, Outils
IDE + aide soignant	Accueil de la personne âgée et de son aidant principal	Identifiant, tél, personne référente? (= conjoint? Autre?)
IDE	Poids, Taille, IMC - Biologie, ECG, Recherche d'hypoTA orthost.	Education Thérapeutique
Gériatre	Examen clinique Evaluation cognitive + thymique	MMS, Dubois, Test de l'horloge, GDS
Kiné. Ergo.	Evaluation de la marche et de l'équilibre Présentation des protecteurs de hanche	TMM, Get up and go, appui unipodal, degré de flexion dorsale du pied, stop walking when talking, Poussée sternale, vitesse de marche...
Diététicien	Evaluation nutritionnelle	MNA, Evaluation des apports Ca++ +/- <i>Enquête alimentaire</i>
Avis spécialisé	Rhumato-podo / Neurologue / assistante sociale	Rx , +/- ostéo-densito, +/- TDM, +/- IRM ...

Réunion de synthèse et élaboration de recommandations => remis au patient
(2 gériatres, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, rhumato-podo., + /-neuro...)

CHR d'Orléans

... Sachant que le risque d'admission en EHPAD ou dans un hôpital varie selon :

- Case management
Soins conventionnels

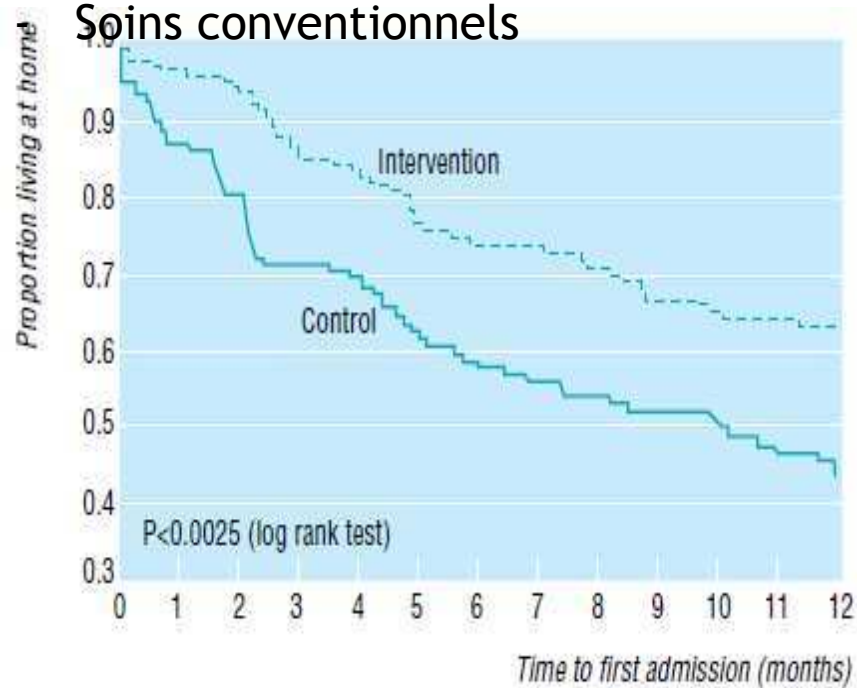


Fig 3 Proportion of subjects admitted to hospital or nursing home in intervention and control groups

Le repérage par des acteurs paramédicaux de sujets

« à risque de chutes répétées »

pourrait être une aide en zone de pénurie médicale

(délégation de tâche) pour :

- Le début d'évaluation
- L'orientation
- Une intervention plus précoce
- Le suivi des recommandations



Patients et méthode 1

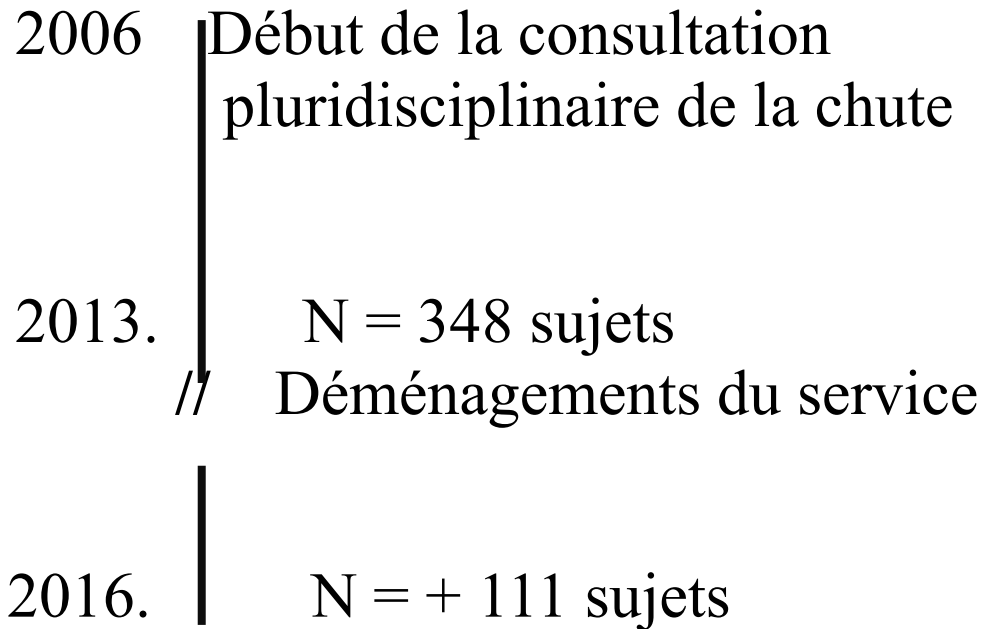
Question principale :

- Quelles sont les variables à T0 prédictives d'un profil « chutes répétées » (≥ 2 dans les 6 mois) ?

Question secondaire :

- Le mode recrutement des PA chuteur s'est-il modifié au cours du temps ?
- Délégation de tâche : Quels FDR
simples et concrets retenir en priorité ?

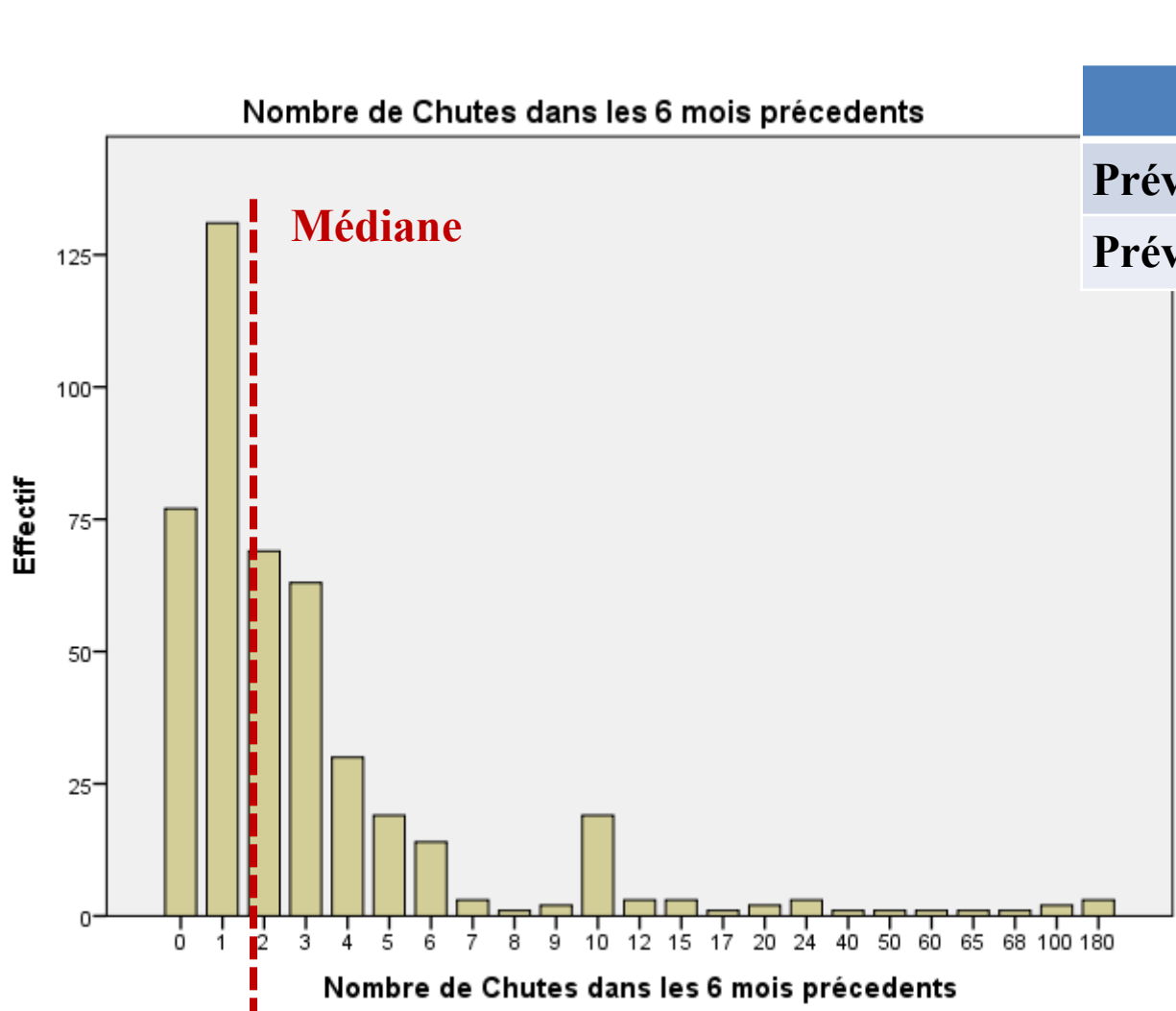
Patients et méthode 2



*Etude mono-centrique
descriptive,
Recueil de données à T0,
suivi des variables à 6 mois*

Soit 451 patients

Description de l'effectif selon le nombre de chutes observées dans les 6 mois avant expertise de la chute



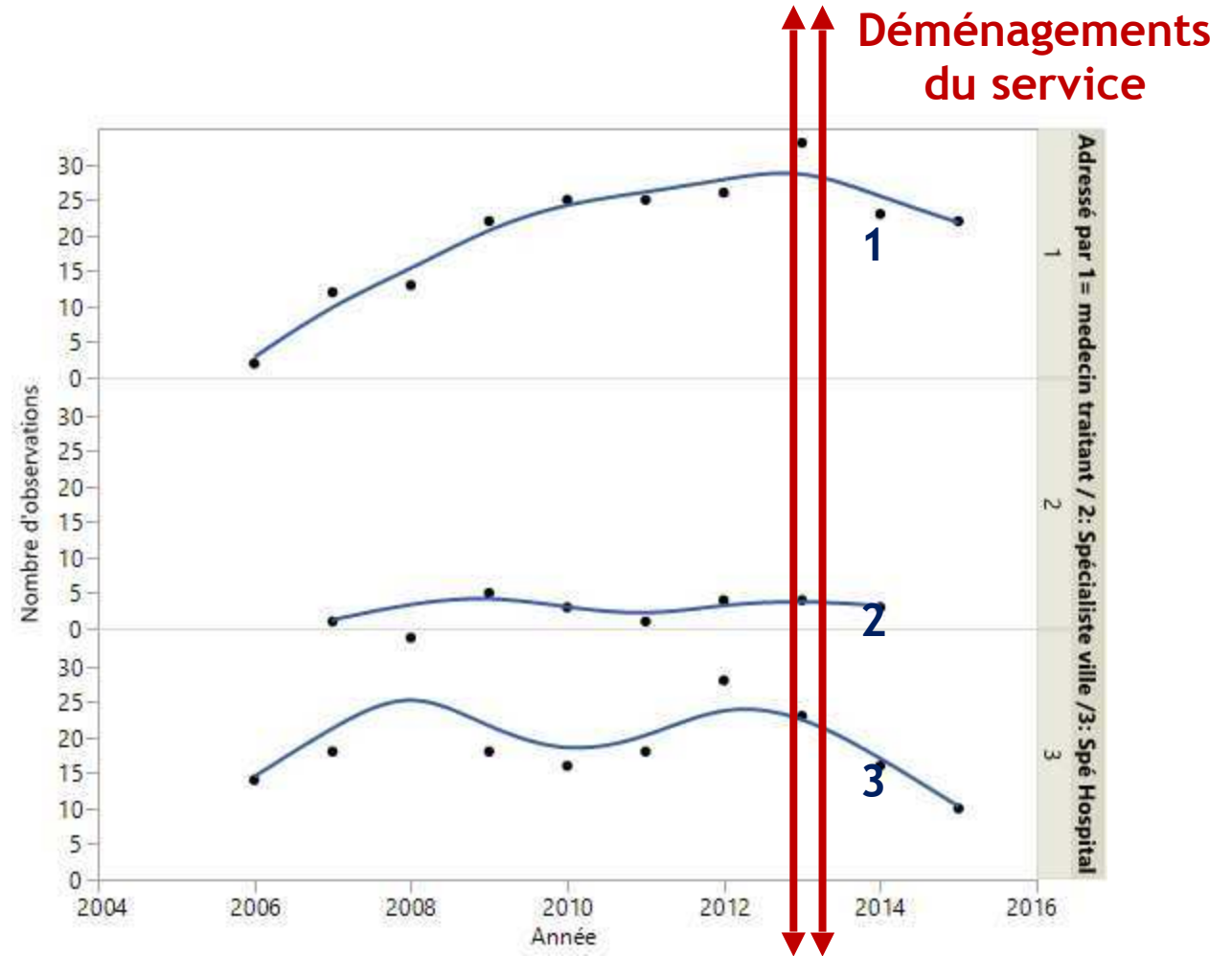
	0	1	2	Autres
Prévention I ^{aire}	77	0	0	
Prévention II ^{aire}	0	131	69	

208 243

Evolution sur 10 ans de l'adressage des patients : recrutement plus important par les médecins traitants

PA adressés par :

- médecin traitant (1)
 $p = 0,04$
- spécialiste d'organe de ville (2)
- spécialiste d'organe de l'hôpital (3)



Consultation pluridisciplinaire de la chute – CHR d'Orléans

Descriptif de la population au moment de la consultation pluridisciplinaire

<i>Analyse uni-variée (variables quantitatives)</i>	Nb chutes = 0 ou 1	Nb chutes ≥ 2	p
Age	83,29 +/- 4,36	82,43 +/- 5,79	0,021
ADL	5,63 +/- 0,65	5,44 +/- 0,83	0,002
IADL 8 items	5,71 +/- 2,25	5,02 +/- 2,73	0,02
Vitamine D2+3 ng/ml	21,34 +/- 11,84	19,9 +/- 15,02	0,016
Get up and go test	19,7 +/- 11,64	22,95 +/- 13,94	0,023

Sont NS :

- Grille CIRS
- Nb Sd Gériatriques
- Nb de médicaments
- MNA / Albumine / BMI
- Score MMS
- Test de Dubois
- Grille GDS 15
- TMM
- Vitesse de marche

Uni-variée (variables qualitatives)	Nb chutes = 0 ou 1	Nb chutes ≥ 2	p
Vivre seul	27,2 %	24,3 %	0,002
Nb de Sd Gériatrique > 3	25,5 %	39 %	0,03
Antidépresseur	12,0 %	21,3 %	0,03
MNA > 24	32,2 %	31,8 %	0,02
Hypotension orthostatique	8,2 %	15,1 %	0,01
Pb rhumatologique	32,1 %	31,8 %	0,03
Dépression	11,4 %	18,0 %	0,04

Sont NS:

- Le sexe
- Avoir des enfants
- Lieu de vie
- Avoir aides à domicile
- Avoir un téléalarme
- Aide technique à la marche
- Démence connue (ATCD)
- Nb médicaments > 3
- Avoir fracturé
- Avoir FDR d'ostéoporose
- BMI > 21
- Se relever seul du sol
- Flexion dorsale de cheville
- Appui mono-podal
- Walking talking test
- GDS > 6
- Test de l'horloge = 7
- Inégalité de longueur Membre inf.
- Pb podologique
- Pb neurologique
- Sd désadaptation psychomotrice
- Alcool
- Pb ORL

**Analyse multivariée sur les variables
significativement liées
au profil
« petit » ou « gros » chuteur**

Analyse multivariée

Effet		OR	IC 95%	P
Antidépresseur	oui vs non	1,819	1,191 – 2,778	0,0057
Gp MNA	<24 vs ≥24	2,006	1,352 – 2,975	0,0005
Hypo-TAO	oui vs non	1,779	1,104 – 2,867	0,0180
Vit seul	oui vs non	0,545	0,368 – 0,807	0,0024
Pb Rhumato.	oui vs non	0,642	0,425 – 0,970	0,0353

FDR et chutes récidivantes chez des sujets à domicile

Etude transversale

Patients de plus de 65 ans , vivant à domicile (1066 patients, âge moyen 75 ans, 27,3% chuteurs et 9,8% multi-chuteurs)

Vus en consultation (volontaires) de septembre à octobre 2005

=> 4 groupes : 0; 1; 2 et plus de 2 chutes

	IRR	Model 1 95 % CI	P-value	IRR	Model 2 95 % CI	P-value	IRR	Model 3 95 % CI	P-value
Age (years), mean ± SD	1.03	[1.02-1.06]	< 0.001	-	-	-			
Female, n (%)	1.95	[1.61-2.36]	< 0.001	-	-	-	1.44	[1.18-1.77]	< 0.001
Institutionalized†, n (%)	1.66	[1.21-2.29]	0.002	1.24	[0.88-1.75]	0.218	1.29	[0.93-1.79]	0.125
Body mass index (kg/m2), mean ± SD	1.02	[1.00-1.04]	0.051	1.02	[1.00-1.04]	0.043			
Number of drugs/day, mean ± SD	1.05	[1.03-1.07]	< 0.001	1.03	[1.01-1.06]	0.006			
Use of psychoactive drugs‡, n (%)	1.29	[1.07-1.57]	0.009	1.11	[0.91-1.35]	0.320			
GPcog§, mean ± SD	0.96	[0.93-1.00]	0.064	0.98	[0.94-1.02]	0.282			
Timed "Up & Go", mean ± SD	1.02	[1.01-1.02]	< 0.001	1.02	[1.01-1.03]	< 0.001			
Handgrip strength , mean ± SD	0.97	[0.96-0.98]	< 0.001	0.99	[0.97-1.00]	0.034			
Vision¶, mean ± SD	0.92	[0.89-0.95]	< 0.001	0.94	[0.91-0.98]	0.001	0.95	[0.92-0.99]	0.006
Lower limb proprioception#, mean ± SD	0.94	[0.89-0.99]	0.015	0.92	[0.88-0.98]	0.004	0.95	[0.90-0.99]	0.046
Use of walking aid**, n (%)	1.59	[1.19-2.13]	0.002	1.40	[1.04-1.90]	0.028			
Fear of falling††, n (%)	3.08	[2.58-3.66]	< 0.001	2.73	[2.28-3.28]	< 0.001	2.68	[2.23-3.21]	< 0.001

Model 1 (pas d'ajustement), Model 2 (ajustement âge et sexe), Model 3 (analyse multivariée)

Rossat A. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2010; 14 (9): 787-791

FDR et chutes récidivantes chez des hommes en institution

871 hommes, vivant en institution pour anciens combattants, âge moyen 85,5 ans (25,5% de chuteurs et 10,5% de multi-chuteurs)

Comparant 3 groupes : non chuteur vs mono-chuteur vs multi-chuteur (2 chutes et plus)

Multiple logistic regression of risk factors of fall.[†]

	Non-Fallers		Single Fallers		Recurrent Fallers	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Age	1		1.032	0.995–1.071	1.018	0.973–1.065
CCI	1		0.974	0.812–1.168	1.159	0.952–1.410
Urinary Incontinence	1		1.466	0.957–2.242	2.370	1.471–3.817
GDS-5	1		1.256	1.094–	1.480	1.269–
				1.441 [†]		1.727 [*]

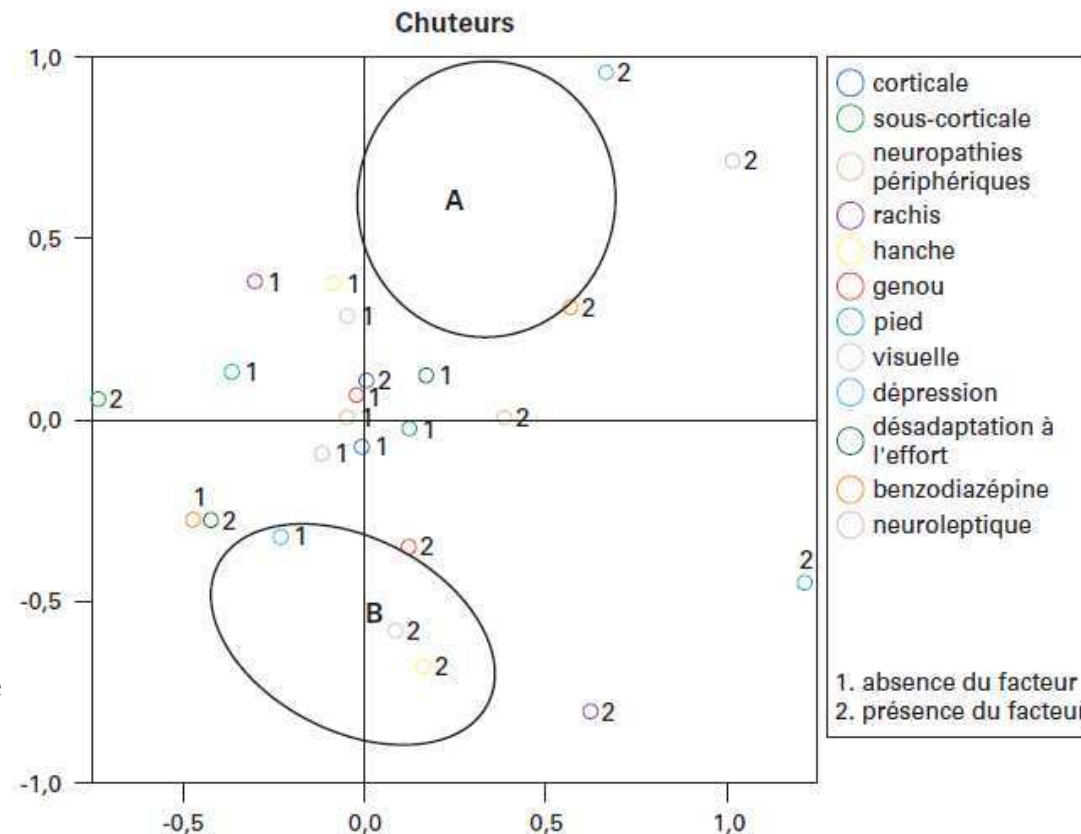
Note: The variables adjusted in the regression models were Age, CCI, polypharmacy, use of hypnotics, urine incontinence, stool incontinence, vision impairment, GDS-5, MNA-SF, ADL, BMI, and MMSE.

Note: The variables adjusted in the regression models were Age, CCI, CKD, CAD, DM, polypharmacy, use of hypnotics, urine incontinence, stool incontinence, vision impairment, GDS-5, MNA-SF, ADL, BMI, and MMSE.

PA chuteurs (N = 471) appariés à des non chuteurs (N = 471) en Court Séjour Gériatrique

**Profil chuteur
dépressif
sous benzo. + NL**

**Profil chuteur
avec
affection ostéo-articulaire
et atteinte visuelle**



CHU d'Angers de 2000 à 2005
Age moyen 84,3 ans
88% à domicile

De nombreux FDR existent
dans les 2 groupes

FDR prédisposant significatifs
entre les 2 groupes :

- pathologie cérébelleuse et vestibulaire
- neuropathie périphérique
- affection de hanche
-

Pas de distinction entre mono et
multi-chuteurs

Modélisation par analyse factorielle

Gaubert-Dahan M.L. Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011; 9 (3): 277-85.



Conclusion

- Evaluation multifactorielle du PA chuteur ++++ :
 - Adaptée au sujet poly-pathologique (recommandations HAS)
 - **Intérêt partagé avec le Médecin Traitant ++++** : du dépistage au suivi des recommandations
-
- EN DEHORS DES CHUTES PREVALENTES, les variables significativement liées au caractère « multi-chuteur » sont particulièrement :
 - la prise d'un traitement antidépresseur
 - une hypotension orthostatique
 - un risque dénutrition (MNA)
- 
- Le dépistage des PA à « risque important de chute » peut être facilité par l'élaboration d'outils simples et efficaces sur le terrain (travail en réseau):
 - mobilisant l'ensemble des professionnels « gériatriques »
 - coordonnant leurs actions autour d'un travail gradué

Merci de votre attention !



La chute...



... appelle...



... la chute!...

