

LA CHUTE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE



Dr Madani

Centre Hospitalier de Denain
ANNEE 2013

Le sommaire

- Définition de sujet âgé
- Définition de la chute chez le sujet âgé
- Définition de la chute répétée chez le sujet âgé
- Les trois démarches à suivre selon les recommandations 2009
- La première étape: (RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITÉ)
- La deuxième étape : (RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE)
- La troisième étape : (LES INTERVENTIONS ET PRISE EN CHARGE)
- Le syndrome de poste chute.
- La régression psychomotrice.
- la prise en charge de la chute au CH de Denain .
- Conclusion.
- Bibliographie.

Définition de la personne âgée

- La définition de la « personne âgée » retenue dans Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) est basée sur le critère d'âge de 65 ans et plus. Ce choix s'explique par plusieurs raisons. Tout d'abord, il s'agit de la borne d'âge la plus fréquemment utilisée dans la littérature médicale pour définir l'appartenance d'une personne au groupe des personnes dites « âgées ».



Définition de la chute chez le sujet âgé

- La chute est définie généralement comme l'action de tomber, c'est-à-dire de perdre son équilibre et d'être attiré vers le sol par son poids sous l'effet de la force de pesanteur
- la définition la plus fréquemment citée dans la littérature francophone est celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la chute comme « l'action de tomber ou de glisser au sol indépendamment de sa volonté ».



Définition de la chute répétée chez le sujet âgé

Cette question est justifiée par le fait qu'il est, en pratique, difficile de recueillir auprès d'une personne âgée l'information sur la survenue de la chute. Cette question a été segmentée en deux sous-questions qui sont les suivantes :

- Quelle est la définition de la chute ?
- *Sur quels critères définir la répétition de la chute ?*

Les définir les critères de la chute à répétition:

1. Se retrouver sur le sol ou à un niveau inférieur par rapport au niveau de départ
2. Involontairement
3. 2 chutes sur une période de 12 mois



les trois démarches à suivre selon les recommandations 2009 de la HAS

- I. la première étape : RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITÉ
- II. la deuxième étape : RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE
- III. la troisième étape : LES INTERVENTIONS ET PRISE EN CHARGE



I. PREMIÈRE ÉTAPE : RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITÉ



1)- Conséquences de la chute:

- Traumatismes physiques modérés à sévères
- Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathies d'inhalation, déshydratation)
- Syndrome post-chute

2)- Pathologies responsables de la chute

- Signes de maladie aiguë responsable de la chute
- (troubles du rythme/conduction, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, maladies infectieuses, hypoglycémie chez les patients diabétiques)

3)- Caractère répétitif de la chute

Signe de gravité particulièrement en cas :

- d'augmentation récente de la fréquence des chutes
- d'association de plus de 3 facteurs de risque de chute
- de troubles de l'équilibre ou de la marche

I .PREMIÈRE ÉTAPE : RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITÉ

4 . Reconnaître les trois principales situations à risque de chute grave

- Ostéoporose avérée
- Prise de médicaments anticoagulants
- Isolement social et familial

5 . Réévaluer la personne dans un délai d'une semaine afin de rechercher les signes de gravité apparus à distance

- Peur de chuter
- Restriction des activités de la vie quotidienne
- Syndrome post-chute

6 . les examens complémentaires recommandés à la recherche de signes de gravité

a) En fonction des signes d'appel :

- Radiographies osseuses si suspicion de fracture
- Dosage des CPK et de la créatinine sérique si séjour au sol > 1 heure
- ECG si malaise et/ou perte de connaissance
- Glycémie si la personne est diabétique

b) Ne pas faire : une imagerie cérébrale en dehors d'une indication précise reposant sur les données de l'examen clinique.

L'examen clinique et l'interrogatoire sont les moyens clés de la recherche

II. DEUXIÈME ÉTAPE : RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE



1)- Facteurs prédisposants

- Âge 80 ans
- Sexe féminin
- Antécédents de fractures traumatiques
- Polymédication (prise de plusieurs classes thérapeutiques par jour)
- Prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou antiarythmiques de classe 1
- Trouble de la marche et/ou de l'équilibre (*timed up & go test* ≥ 20 secondes et/ou station unipodale ≤ 5 secondes)
- Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains ; index de masse corporelle $< 21 \text{ kg/m}^2$)
- Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis
- Anomalie des pieds
- Troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- Baisse de l'acuité visuelle (score d'acuité visuelle anormal aux échelles de Monoyer et/ou de Parinaud)
- Syndrome dépressif
- Déclin cognitif (suspecté par un score MMSE et/ou test des cinq mots et/ou test de l'horloge et/ou test Codex anormal)

DEUXIÈME ÉTAPE : RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE



**ATTENTION
RISQUE DE
CHUTE**

2)-Facteurs précipitants:

- **Cardio-vasculaires** : rechercher les notions de malaise et/ou de 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 à l'interrogatoire et une latéro-déviaton au test de Romberg
- **Métaboliques** : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémisants, une consommation excessive d'alcool
- **Environnementaux** : examiner l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, ainsi que le chaussage
- **Pour cette étape, les examens paracliniques recommandés sont:**
 - un ionogramme à la recherche d'une hyponatrémie
 - un dosage sérique de la vitamine D (25OHD)
 - une numération formule sanguine en cas de signes d'appel d'anémie
 - un ECG en cas de signes d'appel cardiaques
 - un dosage de l'HbA1c chez les personnes diabétiques
- Il n'est pas utile de réaliser, à titre systématique, les examens suivants : EEG, imagerie cérébrale, examen écho-Doppler des artères cérébrales, Holter-ECG des 24 heures, échographie cardiaque. Ces examens ne seront réalisés qu'en fonction des données cliniques et ECG.

III.TROISIÈME ÉTAPE : LES INTERVENTIONS CAPABLES DE PRÉVENIR LA RÉCIDIVE DES CHUTES ET LEURS COMPLICATIONS

Quel que soit le lieu de vie, proposer une intervention associant plusieurs:

- révision de l'ordonnance
- correction/traitement des facteurs de risque modifiables (incluant les facteurs environnementaux)
- port de chaussures adaptées
- pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique
- apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g / j
- utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs
- correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI
- traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée



III.TROISIÈME ÉTAPE : PROPOSER LES INTERVENTIONS CAPABLES DE PRÉVENIR LA RÉCIDIVE DES CHUTES ET LEURS COMPLICATIONS

L'éducation de la personne âgée et de ses aidants est nécessaire à la mise en oeuvre de la prise en charge.

En cas de trouble de la marche et/ou de l'équilibre, il est recommandé de prescrire des séances de kinésithérapie incluant:

- un travail de l'équilibre postural statique et dynamique
- un renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs



Le syndrome post-chute ou désadaptation psychomotrice

Le syndrome post-chute est un problème fréquemment observé chez la personne âgée chuteuse, affectant près d'un chuteur sur cinq. Non reconnu et non traité, il évolue vers un syndrome régressif majeur, aux répercussions physiques, psychiques et sociales graves. Il se définit par la peur de retomber, entraînant une sidération des automatismes de la marche.

il se caractérise par :

- par une rétropulsion en station assise et une impossibilité de passage en antépulsion,
- par un appui podal postérieur,
- par une rétropulsion du tronc en station debout,
- par une hypertonie oppositionnelle, voir des tremblements axiaux ou périphériques,
- par une anxiété.



Figure 1. Syndrome post-chute : l'angoisse de la verticalité



Prise en charge

1)-La prévention primaire:

consiste à réduire le nombre de chutes dans la population âgée en proposant des activités physiques mettant en jeu l'équilibre, la marche et l'écoute de soi. Il va s'agir également d'aménager l'environnement de la personne: enlever les tapis où il y aurait un risque de se prendre les pieds, disposer des points d'appuis pour se relever des toilettes ou près de la baignoire, éviter les chaussons non fermés au niveau des talons qui pourraient glisser, ne pas se déplacer dans l'obscurité la nuit, ne pas se précipiter pour aller aux toilettes même en cas de difficulté urinaire, etc.

2)-La prévention secondaire:

Le psychomotricien travaille alors sur:

- **La prise de conscience du corps** (enveloppe, volume, respiratoire profonde, sensations de contact du corps avec l'environnement, sensations plantaires..)
- **La prise de conscience du mouvement** (passivité, contraction/décontraction, économie du geste, vitesse du mouvement...) qui permettent l'écoute de soi.
- **La relaxation** peut faciliter la maîtrise des réactions tonico-émotionnelles liée à l'appréhension de la chute.
- **La découverte de l'axe du corps** est importante. Par exemple, pour la notion de verticalité pendant l'équilibre.
- **L'apprivoisement de l'espace antérieur et le passage assis-debout** peuvent suivre et participe à la diminution de l'appréhension de la chute.
- **Troubles psychomoteurs**

La régression psychomotrice

1)- LA RÉGRESSION PSYCHOMOTRICE À DÉBUT PROGRESSIF:

- Installation insidieuse.
- Par toutes situations de désadaptation psycho-socio affective.
- Oubli des automatismes acquis.

2)- LA RÉGRESSION PSYCHOMOTRICE À DÉBUT BRUTAL:

- Après un événement déstabilisant : chute, alitement, maladie, chirurgie, stress, deuil, modification de l'environnement, hospitalisation.
- Entraîne une peur qui s'accompagne de sidération des automatismes.
- 24% des personnes âgées en régression psychomotrice restent grabataire.



La régression psychomotrice

○ Signes cliniques

Anxiété qui se traduit par :

1. Peur de l'orthostatique et de la marche.
2. Sensation d'une instabilité intense, de dérobage des membres inférieurs, vertige.
3. Refus de toute tentative de verticalisation.
4. Bradypsychie qui se traduit par :
5. Indifférence affective.
6. Démotivation.
7. Viscosité intellectuelle.
8. Affection de la composante motrice en position assise, debout et à la marche.
9. Grande hypertonie oppositionnelle.
10. Trouble de la statique.

La régression psychomotrice

PRISE EN CHARGE ET ÉVOLUTION

- Stimuler : faire participer à des animations, faire des promenades.
- Valoriser la personne.
- Prévenir les chutes.
- Réactiver et rééduquer la marche, l'inciter à marche.
- Lui donner un climat de confiance mutuelle.
- Ne jamais se substituer aux gestes mais les faciliter.
- Ne pas hésiter à utiliser un déambulateur.
- Adapter l'habillement de façon ample et bien chaussé.
- Le traitement doit être mis en place rapidement pour permettre un bon rétablissement.

la prise en charge de la chute au CH de Denain .

1^{ère} étape : LA PREVENTION:

- A. Dépistage du risque de chute
- B. Mise en place des actions de prévention

2^{ème} étape : CONDUITE A TENIR EN CAS DE CHUTE

- A. Prise en charge de la chute
- B. déclaration de la chute

voir le protocole fait dans ce sens
Toutes les grilles sont sur DXCARE

1ère étape : LA PREVENTION

A. Dépistage du risque de chute

The screenshot shows the DxCare software interface for patient '003009908 - TEST DXCARE - M - 33 ans'. The patient's ID is 606626664 and their date of birth is 21/12/2012. The interface includes a sidebar with navigation options like 'Mon Patient', 'Alertes', 'Rendez-Vous', and 'Plan de soins'. The main area displays a list of medical questions, with '16 Prévention des chutes' selected. The question 'Dépist / Risq. de chute pondéré' is highlighted with a red box.

The screenshot shows the 'Dépistage du risque de chute' form in the DxCare software. The patient's name is '001309944 - LEHU EMILIEENNE - F - 86 ans'. The form includes fields for patient information, a date of assessment (16/03/2013), and several questions with radio button options. The question 'Dépist / Risq. de chute pondéré' is highlighted with a red box. The form also includes a section for 'Score de l'évaluation' and 'Évaluation du risque de chute (à indiquer selon le score)'. The interface includes a sidebar with navigation options like 'Fonctions Transversales', 'Mon Patient', and 'Imprimer'.

B)-Mise en place des actions de prévention

1)- Les actions mises en places par l'équipe paramédicale

- Désencombrement de la chambre
- Abaissement du lit
- Barrières de protection
- Mise en place /adaptation des aides techniques (déambulateur ou canne)
- Vérification /bonne utilisation des aides techniques
- Vérification de chaussage
- Vérification ,port des lunettes et/ou appareil auditif
- Veilleuse allumée
- Mise en place de surveillance alimentaire
- Alerter le médecin
- Alerter l'infirmière

1)- Les actions mises en places par l'équipe paramédicale

DxCare
Fonctions Transversales Mon Patient Imprimer Autres Fonctions Mon Environnement Ma Connexion Paramétrage

Menu
Fonctions Transversales
Non Patient
Alertes
Rendez-Vous
Bulle Patient
Prise En Charge Médicale
Instructions
Autorisation de sortie
Déplacements
Suivi du recueil
Suivi de correspondance
Antécédents et allergies
Synthèse
Résultats
Prescriptions Médicales
Ordonnances
Recueil médical
Comptes-Rendus
Pancarte
Prescriptions soignants
Plan de soins
Recueil soignant
Transmissions
Recueil paramédical
Outil bureautique
Documents externes
Identité
Séjour
Mouvements
Gestion du GIR
PMSI MCO
Codage des Actes
Saisie Rapide
Imprimer
Autres Fonctions
Ma Connexion
Paramétrage

001309944 - LEHU EMLIENNE - F - 86 ans
Date de naissance : 23/07/1926
Nom de naissance : MONNIER
Taille : 150 cm Surface : 1,48 m²
Poids : 53,8 kg I.M.C : 23,91 kg/m²

606830660 - 4140 - 05/03/2013 - 18/03/2013 - (Gériatrie)
Pancarte CHD Antécédents et allergies Vue CHD Recueil médical Recueil soignant Résultats Questionnaire

16 Prévention des chutes - Prévention de la chute

Les actions mises en place sont :

- Désencombrement de la chambre
- Abaissement du lit
- Barrières de protection
- Mise en place / adaptation des aides techniques (déambu./Canne)
- Vérification / bonne utilisation des aides techniques
- Vérification du chaussage
- Vérification port de lunettes et/ou app. auditif
- Veilleuse allumée
- Mise en place de surveillance alimentaire
- Aller le médecin
- Aller l'infirmière

DxCare CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN - Gériatrie - Docteur Ali MADANI
samedi 16 mars 2013, 11:34:04

003009908 - TEST DXCARE - M - 33 ans
Date de naissance : 01/01/1980
Nom de naissance :
Taille : Surface :
Poids : 75 kg I.M.C :

606626664 - 5010 - 21/12/2012 - _/_/_ - (E.H.P.A.D.)
Vue CHD Résultats Recueil médical Pancarte Recueil soignant Recueil paramédical

Séjour courant

16 Prévention des chutes - Prévention de la chute
[LEPRETRE FREDERIC - Informatique et Arborescence Tableau
réfèrent] - 05/02/2013 11:43 (En Cours)

Informations recueillies

Index des titres	Actions préventives
Actions préventives	<ul style="list-style-type: none">• Désencombrement de la chambre• Mise en place / adaptation des aides techniques (déambu./Canne)• Vérification / bonne utilisation des aides techniques• Vérification port de lunettes et/ou app. auditif

05/02/2013 11:43 - Prévention de la chute
05/02/2013 10:46 - Dépist / Risq. de chute pondéré
05/02/2013 10:29 - Dépist / Risq. de chute pondéré
26/01/2013 14:38 - Prévention de la chute
22/01/2013 14:30 - Prévention de la chute
22/01/2013 14:29 - Prévention de la chute
21/01/2013 15:23 - Déclaration de la chute
21/01/2013 14:29 - Prévention de la chute
21/01/2013 14:21 - Dépist / Risq. de chute pondéré
21/01/2013 14:09 - Prévention de la chute

Diagramme de soins
Pancarte

2)- La prise en charge médicale

○ **BILAN KINÉ**

- Education du patient à l'utilisation des aides techniques (par kiné)
- Bilan kiné de chute:
- Get Up and Go
- Position unipodale
- Test de Tinetti
- Séances de kiné :
- Analytique
- Motrice

○ **CONSULTATION HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE**

- (sauf pour les patients très dépendants ou bien suivis pour le risque de chutes)

○ **NUTRITION**

- Régime alimentaire HyperProt-Hypercalorique
- Albuminémie
- Pré-albuminémie
- Mise en place de surveillance alimentaire

○ **RÉHYDRATATION**

- orale
- intraveineuse, perfusions pré paramétrées

○ **BIOLOGIE**

- Albuminémie
- Pré-albuminémie
- Vitamine D
- Calcémie corrigée

○ **VITAMINOTHÉRAPIE**

- Vit D (Uvidose)
- Calcidose Vit D
- Calcidose

○ **APPORT CALCIQUE**

○ **RÉVISION DE L'ORDONNANCE**

○ **LA CONTENTION**

2)- La prise en charge médicale

○ Prescription médicale → prescription protocole → prévention de chute

PROCOLES MEDICAUX

001309944 LEHU, MONNIER, EMILIE (F - 23/07/1926 - 86 ans] - 53,8 Kg - 150 cm - 1,478 m²) 4140/250P/4140 NDA: 606830660

Recherche Favoris

Choisir un protocole commun

Type de protocole

Médecin

Mixte

AEROSOLS
ALIM ENTERALE
BILANS SANGUINS
DIETETIQUE
FOSAMAX & ACTONEL
GENTALLINE
OXYGENE
PATCHS
Ponctions
Prevention de chute
PSYCHIATRIE
SCAN. AVEC INJECTION
SCOPOLAMINE INJ SC

Protocoles complémentaires

Type	Prescription	NbJ	FreqJ	Qtt/24h	Début	n°lien
------	--------------	-----	-------	---------	-------	--------

Motif

Horaire de référence

MADANI Ali - Gériatrie

16/03/2013 12:15 EDASYS

2)- La prise en charge médicale

PROTOCOLES MEDICAUX

001309944 LEHU, MONNIER, EMILIEENNE (F - 23/07/1926 - 86 ans] - 53,8 Kg - 150 cm - 1,478 m²) 4140/250P/4140 NDA: 606830660

Recherche

Favoris

Choisir un protocole commun

Type de protocole

Médecin

Mixte

- AEROSOLS
- ALIM ENTERALE
- BILANS SANGUINS
- DIETETIQUE
- FOSAMAX & ACTONEL
- GENTALLINE
- OXYGENE
- PATCHS
- Ponctions
- Prévention de chute
- Biologie**
- Consultation en hôpital de jour
- Kiné (chute à préciser)
- Nutrition
- Thérapeutiques
- PSYCHIATRIE
- SCAN. AVEC INJECTION

Protocoles complémentaires

Biologie ()

Typ	Prescription	NbJ	FreqJ	Qtt/24h	Début		n° lien
BIO	ALBUMINEMIE	1	1	1	H0 + 0 H		00
BIO	PRE-ALBUMINEMIE	1	1	1	H0 + 0 H		00
BIO	VIT D	1	1	1	H0 + 0 H		00
BIO	CALCEMIE CORRIGEE	1	1	1	H0 + 0 H		00

Motif

Horaire de référence

MADANI Ali - Gériatrie

2)- La prise en charge médicale

PROCOLES MEDICAUX

001309944 LEHU, MONNIER, EMILIE (F - 23/07/1926 - 86 ans] - 53,8 Kg - 150 cm - 1,478 m²) 4140/250P/4140 NDA: 606830660

Recherche Favoris

Choisir un protocole commun

Type de protocole

Médecin

Mixte

- AEROSOLS
- ALIM ENTERALE
- BILANS SANGUINS
- DIETETIQUE
- FOSAMAX & ACTONEL
- GENTALLINE
- OXYGENE
- PATCHS
- Ponctions
- Prévention de chute
 - Biologie
 - Consultation en hôpital de jour
 - Kiné (chute à préciser)
 - Nutrition
- Thérapeutiques
- PSYCHIATRIE
- SCAN. AVEC INJECTION

Protocoles complémentaires

Typ	Prescription	NbJ	FreqJ	Qt/24h	Début	n°lien
EXA	CONS. DE LA CHUTE EN HÔPITAL DE JOUR	1	1	1	H0 + 0 H	00

Motif

Horaire de référence

MADANI Ali - Gériatrie

16/03/2013 11:42 EDASYS

2)- La prise en charge médicale

PROTOCOLES MEDICAUX

001309944 LEHU, MONNIER, EMILIE (F - 23/07/1926 - 86 ans) - 53,8 Kg - 150 cm - 1,478 m²) 4140/250P/4140 NDA: 606830660

Recherche **Favoris**

 Choisir un protocole commun

Type de protocole

Médecin
 Mixte

-  AEROSOLS
-  ALIM ENTERALE
-  BILANS SANGUINS
-  DIETETIQUE
-  FOSAMAX & ACTONEL
-  GENTALLINE
-  OXYGENE
-  PATCHS
-  Ponctions
-  Prévention de chute
-  -Biologie
-  -Consultation en hôpital de jour
-  **Kine (chute à préciser)**
-  -Nutrition
-  -Thérapeutiques
-  PSYCHIATRIE
-  SCAN, AVEC INJECTION

Kiné (chute à préciser) ()

Typ	Prescription	NbJ	FreqJ	Qt/24h	Début			n°lien
SNS	KINE	1	1	1	H0 + 0 H			00
SNS	KINE VERTICALISATION	1	1	1	H0 + 0 H			00
SNS	KINE MARCHE AVEC APPUI < 30 % DU POIDS DU CORPS	1	1	1	H0 + 0 H			00

Motif

Horaire de référence

MADANI Ali - Gériatrie

Saisie de la DATE / HEURE DE REFERENCE du protocole 16/03/2013 11:43 

2)- La prise en charge médicale

PROTOCOLES MEDICAUX

001309944 LEHU, MONNIER, EMILIENNE (F - 23/07/1926 - 86 ans] - 53,8 Kg - 150 cm - 1,478 m²) 4140/250P/4140 NDA: 606830660

Recherche **Favoris**

Choisir un protocole commun

Type de protocole

Médecin
 Mixte

- AEROSOLS
- ALIM ENTERALE
- BILANS SANGUINS
- DIETETIQUE
- FOSAMAX & ACTONEL
- GENTALLINE
- OXYGENE
- PATCHS
- Ponctions
- Prévention de chute
- Biologie
- Consultation en hôpital de jour
- Kiné (chute à préciser)
- Nutrition**
- Thérapeutiques
- PSYCHIATRIE
- SCAN. AVEC INJECTION

Protocoles complémentaires

Nutrition ()							
Typ	Prescription	NbJ	FreqJ	Qtt/24h	Début		n°lien
SNS	REGIME HYPERCALORIQUE HYPER PROTIDIQUE	1	1	1	H0 + 0 H		00
BIO	ALBUMINEMIE	1	1	1	H0 + 0 H		00
BIO	PRE-ALBUMINEMIE	1	1	1	H0 + 0 H		00
SNS	HYGIENE ALIMENTAIRE : SURVEILLANCE	1	1	1	H0 + 0 H		00

Motif

Horaire de référence

MADANI Ali - Gériatrie

16/03/2013 11:44

2)- La prise en charge médicale

PROTOCOLES MEDICAUX

001309944 LEHU, MONNIER, EMILIE (F - 23/07/1926 - 86 ans] - 53,8 Kg - 150 cm - 1,478 m²) 4140/250P/4140 NDA: 606830660

Recherche **Favoris**

Choisir un protocole commun

Type de protocole

Médecin

Mixte

- AEROSOLS
- ALIM ENTERALE
- BILANS SANGUINS
- DIETETIQUE
- FOSAMAX & ACTONEL
- GENTALLINE
- OXYGENE
- PATCHS
- Ponctions
- Prévention de chute
 - Biologie
 - Consultation en hôpital de jour
 - Kiné (chute à préciser)
 - Nutrition
 - Thérapeutiques**
- PSYCHIATRIE
- SCAN. AVEC INJECTION

Thérapeutiques ()							
Type	Prescription	NbJ	FreqJ	Qtt/24h	Début		n°lien
MED	CALCIDOSE 500, PDR PR SUSP BUV, SACHET = CALCIUM 500 MG SACHET	1	1		H0 + 0 H		00
MED	CALCIDOSE VITAMINE D3 PDR ORALE SACHET 500 MG/400 UI	1	1		H0 + 0 H		00
MED	UVEDOSE 2,5MG/2ML SOL BUV AMPOULE	1	1		H0 + 0 H		00
SNS	RÉVISION DE L'ORDONNANCE	1	1	1	H0 + 0 H		00
SNS	BOISSONS - DONNER A BOIRE	1	1	1	H0 + 0 H		00
PRF	1000 ml GLUCOSE 5% MACO+SODIUM CHLORURE		1		J0 + 0 J		00
PRF	1000 ml POLYIONIQUE G5		1		J0 + 0 J		00
PRF	1000 ml SODIUM CHL MAC		1		J0 + 0 J		00

Protocoles complémentaires

Motif

Horaire de référence

MADANI Ali - Gériatrie

2^{ème} étape : CONDUITE A TENIR EN CAS DE CHUTE

A)-Prise en charge de la chute

1)- Conséquences de la chute

- de douleurs aiguës à la palpation du rachis, des côtes, des membres inférieurs,
- les impacts éventuels, l'état cutané, les hématomes
- de troubles de la conscience

Rechercher la durée de séjour au sol, l'impossibilité de se relever

Donner des ordres simples au patient pour vérifier la possibilité de bouger et son état de conscience

2)- Causes de la chute

Rechercher par interrogatoire la notion de :

- Malaise
- Perte de connaissance
- Vertige
- Maladresse (chute mécanique)

3)- Vérifier les paramètres vitaux : TA, Pouls, dextro, T°, Saturation en O₂, EVS

B)-déclaration de la chute

la déclaration de la chute est faite par l'infirmière ou l'aide soignante sur DxCare ,une grille facile à remplir. Voici la grille

The screenshot shows the DxCare software interface. At the top, there are tabs for 'Questionnaires', 'Favoris', and 'Groupes'. Below these, there are radio buttons for 'Commun' (selected) and 'Service', with a dropdown menu showing 'Médecine A'. To the right, there is a 'Type' section with several icons and a checkbox for 'Questionnaire en cours'. The main area displays a list of questionnaires with expandable/collapsible icons:

- + 00 Bloc opératoire
- + 01 Synthèse et devenir
- + 02 Hygiène et confort
- + 03 Douleur
- + 04 Escarres - altération cutanée
- + 05 Alimentation
- + 06 Elimination
- + 07 Soins techniques
- + 08 Surveillance de traitement
- + 09 Métabolisme
- + 10 Neurologie
- + 11 Risque de
- + 12 Respiration
- + 13 Traçabilité
- 16 Prévention des chutes
 - Prévention de la chute
 - Dépist/ Risq. de chute pondéré
 - Déclaration de la chute**
- + Psychiatrie
- + Soins palliatifs
- + UACA
- + USLD

B)-déclaration de la chute

DxCare Fonctions Transversales Mon Patient Imprimer Autres Fonctions Mon Environnement Ma Connexion Paramétrage

Menu

Fonctions Transversales

- Mon Patient
 - Alertes
 - Rendez-Vous
 - Bulle Patient
 - Prise En Charge Médicale
- Instructions
 - Autorisation de sortie
 - Déplacements
 - Suivi du recueil
 - Suivi de correspondance
- Antécédents et allergies
- Synthèse
- Résultats
- Prescriptions Médicales
- Ordonnances
- Recueil médical
- Comptes-Rendus
- Pancarte
- Prescriptions soignants
- Plan de soins
- Recueil soignant
- Transmissions
- Recueil paramédical
- Outil bureautique
- Documents externes
- Identité
- Séjour
- Mouvements
- Gestion du GIR
- PMSI MCO
- Codage des Actes
- Saisie Rapide

- Imprimer
- Autres Fonctions
- Ma Connexion
- Paramétrage

001309944 - LEHU EMILIEENNE - F - 86 ans

606830660 - 4140 - 05/03/2013 - 18/03/2013 - (Gériatrie)

Date de naissance : 23/07/1926
Nom de naissance : MONNIER
Taille : 150 cm Surface : 1,48 m²
Poids : 53,8 kg I.M.C : 23,91 kg/m²

Vue CHD Recueil médical Recueil soignant Résultats Questionnaire Questionnaire

16 Prévention des chutes - Déclaration de la chute

Déclaration de chute Résumé

Date de la chute : 16/03/2013 11:51

Le risque de chute avait été évalué? Oui Non

Des actions de prévention avaient été mises en place... Oui Non

Prise des constantes vitales

Tension artérielle systolique (en mmHg): 123

Tension artérielle diastolique (en mmHg): 123

Pulsations (en mvts/mn): 123

Glycémie capillaire (en g/l): 123

Température (en °C): 123

Saturation (en %): 123

Conscience altérée? Oui Non

Descriptif de la chute

Lieu de la chute:

- Chambre
- Salle à manger
- Salle restaurant de la structure
- Couloir
- Hall
- Salle de rééducation
- Escaliers
- Ascenseurs
- Cabinet de toilette
- Salle de douche
- Extérieur / Permission
- Extérieur / Sortie
- Autre >>

Circonstances de la chute:

- Seul
- Avec soignant
- Avec famille
- Pendant la mobilisation
- Pendant un déplacement
- De sa hauteur
- Du fauteuil
- Du lit sans contention
- Du lit avec contentions
- Autre >>

Cause de la chute:

- Agression
- Maladresse
- Agitation / Confusion
- Hyperthermie
- Ebiété
- ... Malaise
- Obstacles
- Sol souillé glissant
- Vêtements inadaptés
- Chaussures inadaptées
- Matériel inadapté
- Autre >>

Déplacement habituel avec une aide technique? Oui Non

Les conséquences sont...

Conséquences physiques de la chute:

- Douleur
- Impact
- Hématomes
- Plaie
- Déformation osseuse
- Perte de connaissance initiale
- Autre >>

Conséquences psychologiques de la chute:

- Désorientation
- Confusion
- Prostration
- Agitation
- Etat de choc

Appel du médecin? Oui Non

Appel de l'infirmier(e)? Oui Non

Conclusion:

- Avec conséquences apparentes
- Sans conséquences apparentes
- Transfert
- Décès

Localisation

DxCare CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN - Gériatrie - Docteur Ali MADANI

samedi 16 mars 2013, 11:51:21

démarrer DxCare Microsoft PowerPoint... Document1 - Microsof...

11:51

Les participants au groupe de chute

- Un groupe de chute a été créé récemment au CH de Denain .
- Le groupe est constitué :
 1. de quatre médecins gériatres.
 2. des cadres de santé.
 3. des infirmières .
 4. Des aides soignantes.
 5. Des kinésithérapeutes.
 6. L'équipe informatique .

LE GROUPE DE LA CHUTE CH DE DENAIN



Prise en charge de la chute ailleurs

marcher quotidiennement au lieu de ne plus utiliser de mules pour se chausser :

- développer, à partir d'un accès à l'information, ses compétences psycho-sociales et sa capacité à prendre des décisions et à faire des choix de santé positifs pour elles : par exemple, aménager son intérieur de façon

La démarche est destinée à un sujet âgé chuteur que nous avons mis en évidence lors d'une consultation multidisciplinaire de la chute de Lille (Figure 1), ceux qui habitent la métropole lilloise,

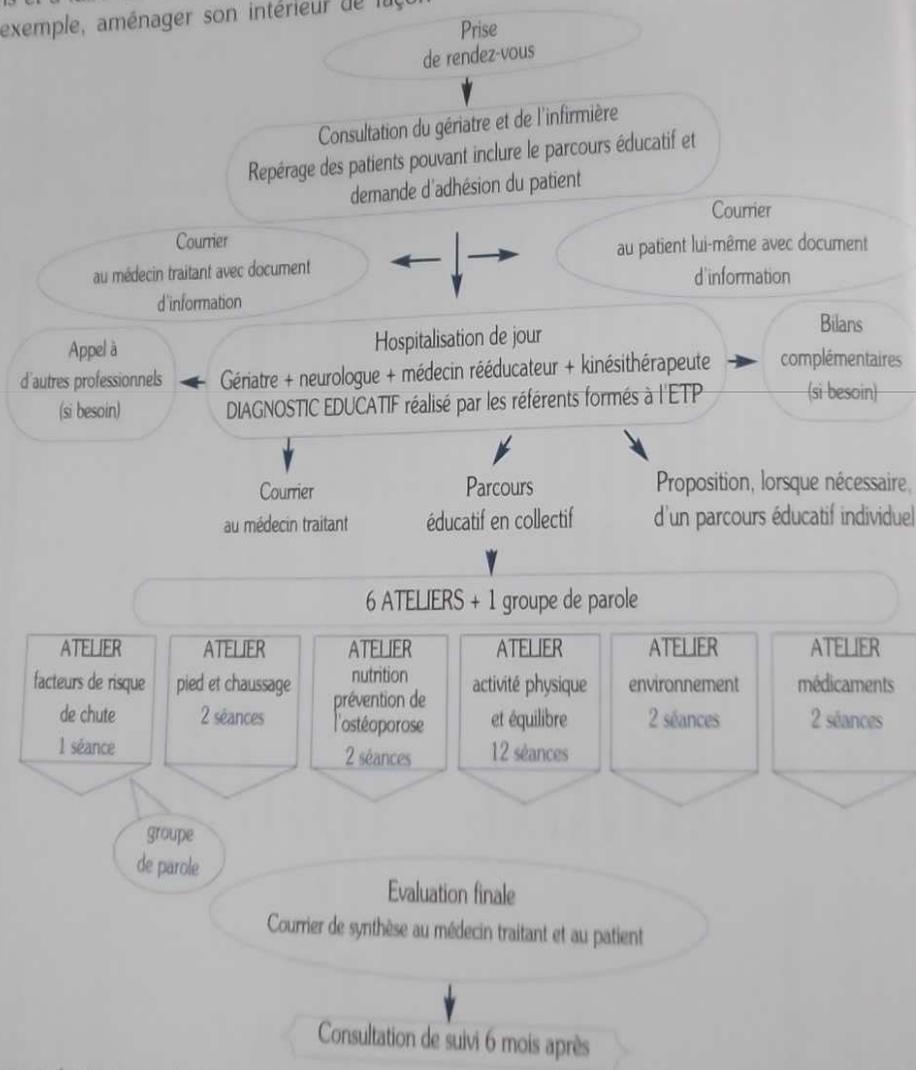


Figure 1 : Déroulement de la consultation

lors d'une consultation pluriprofessionnelle a lieu d'une consultation initial peut faire participer, se neurologue, un ophthalmologue, un négociologue, une assistante sociale, une éducatrice thérapie, qu'une synthèse est faite avec le gériatre est présent, le gériatre e

Les données sont r commun adressé au m cins spécialistes qu personne elle-même termine par l'énoncé des facteurs de gra propositions thérap chaque individu.

Une visite de contr tard par le gériatre, chacune des propos

Au cours de la con et lors de l'hospite capacité et la mo programme d'édu démarche systémi

- Le diagnostic é pour évaluation complémentaire

LA CONCLUSION

- Les chutes constituent un problème majeure de santé chez les personnes âgées ,par leurs conséquences : blessures ,fractures ;perte d'autonomie, altération de la qualité institutionnalisation.
- la plupart des chutes résultent de multiples facteurs de risque prédisposants et précipitants ,individuels et environnementaux
- la chute est un événement accidentel ,brutal et traumatisant ,elle n'est pas le fait du hasard ,mais reflète l'état fonctionnel antérieur de la personne .
- la prise en charge de la chute doit être multidisciplinaire .



Bibliographie

- **SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES** ,Évaluation et prise en charge.des personnes âgées faisant des chutes répétées (Avril 2009).
- **LA REVUE DE GÉRIATRIE ,TOME 38 N°: 1 JANVIER 2013** (introduire une démarche éducative dans la prise en soins du sujet âgé chuteur ,pascale lagardere ,Viviane pardessus ,François Puisieux ...)
- **VEILLISSEMENT MÉDICALE ,MODULE N° 5** (rene dondelinger ,solen kerneis).

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

