HOPITAL DE JOUR CORDIER

Atelier « risques à domicile »
Dans le cadre d ’un programme d’ETP pour le patient âgé chuteur de plus de 75 ans

CHU Saint-Étienne

S.Favier, C.Freynet, C.Gallois, E.Vray

Présentation de l'HDJ

- ✓ HDJ de rééducation et réadaptation gériatrique de 15 places:
  - 10 places de SSR personne âgée polypathologique
  - 5 places de SSR spécialisé neurologie
- ✓ Les patients sont accueillis sur la journée de 9h15 à 16h30
  2 fois par semaine pendant 6 semaines
  Ce premier contrat est renouvelable si besoin
- ✓ DMS 3 mois
- ✓ Une réunion de synthèse pluridisciplinaire hebdomadaire
- ✓ Une équipe pluridisciplinaire

L'HDJ est un lieu d'observation et d'évaluation
Pour un projet de soin personnalisé
Un programme d'ETP

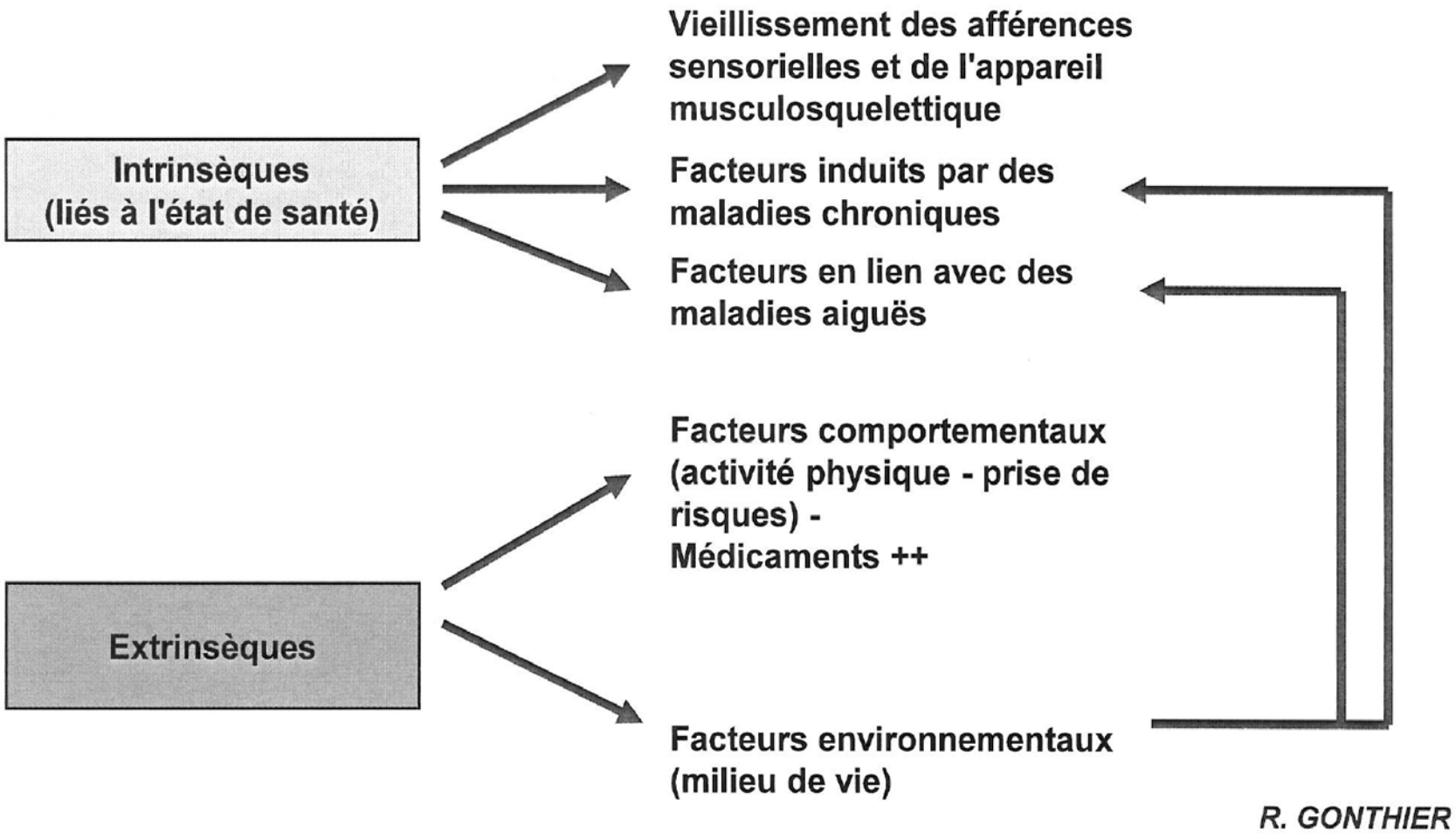
La chute chez la personne âgée

- ✓ La chute est un élément de gravité, minimum commun à de nombreuses pathologies chroniques de la personne âgée, sa récidive entraine souvent une perte d'autonomie voire l'institutionnalisation

- ✓ 60% extérieur
- ✓ 40% domicile

Mécanisme de la chute

Association et interaction de facteurs de risque (> 200 facteurs identifiés)



R. GONTHIER

Le programme d'ETP

- ✓ Répond aux exigences de la HAS:

  Un dossier structuré comprenant un BEP avec des objectifs négociés

  Des ateliers collectifs et PEC individuelles

  Des temps d'évaluations intermédiaires, une évaluation finale

  Une traçabilité organisée des séances

  Une évaluation annuelle du programme

- ✓ Des temps de travail sur les ateliers, les difficultés rencontrées….

- ✓ Programme intégré dans le parcours de soins du patient

A qui s'adresse l'ETP chute?

Dans ce contexte nous accueillons :

- ✓ Personnes de plus de 75 ans, fragiles, polypathologiques vivant à domicile
- ✓ Chuteurs récidivistes
- ✓ MMS ≥ 20
- ✓ Moyenne d'âge 85 ans
- ✓ 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes

Définition de l'ETP

Il s'agit simplement d'aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes

….en favorisant leur implication dans les décisions et les actions relatives à leur santé.

D'après Sandrin – Berthon B., actualité et dossier en santé publique n°66, 2009

Des prises en charge individuelles

- ✓Séances de kinésithérapie
- ✓Séances d'ergothérapie
- ✓Consultation podologie
- ✓Revalorisation par l'esthétique

Pour développer des compétences et surmonter des difficultés

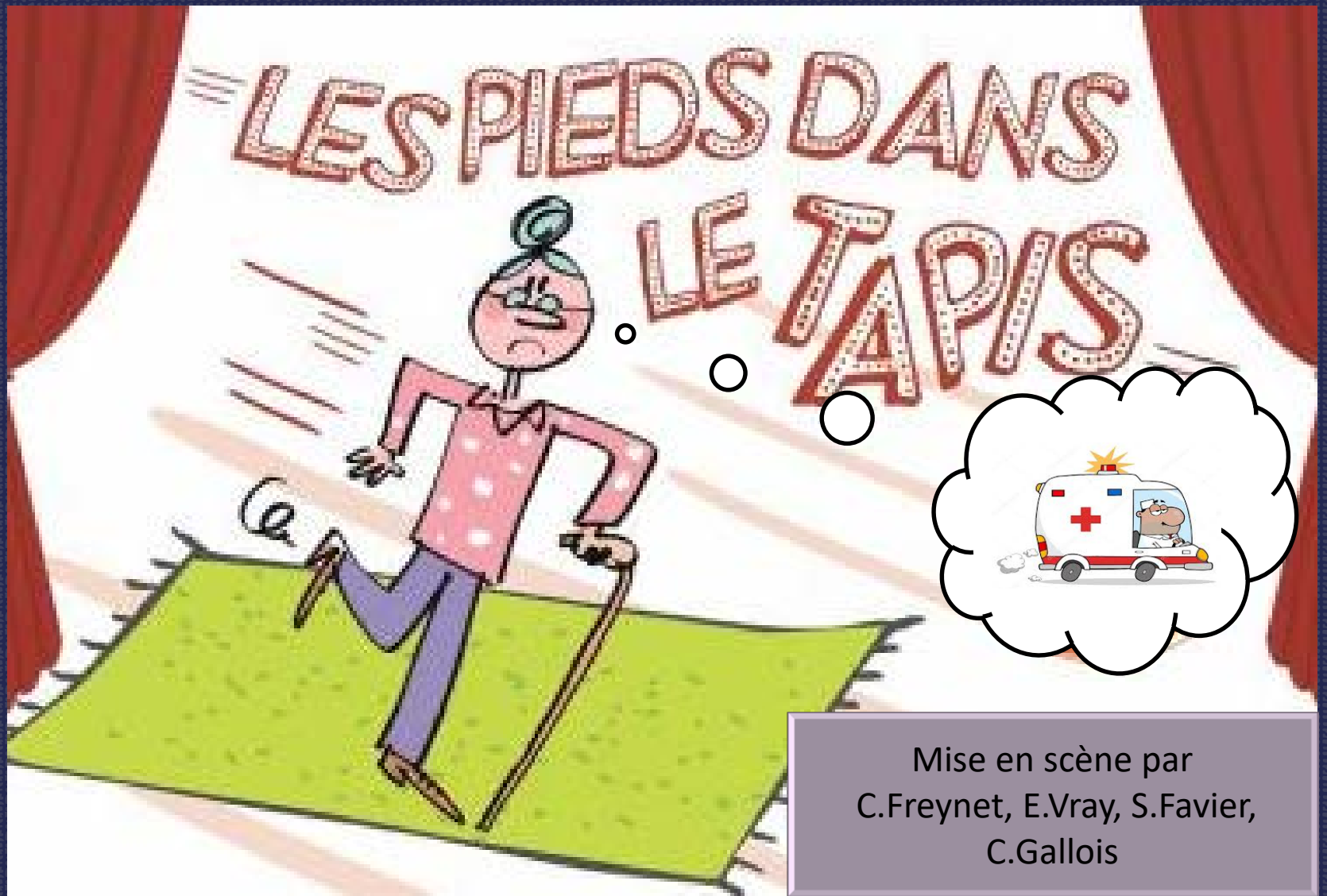
Des ateliers collectifs

- ✓Chute et nutrition
- ✓Chute et médicaments
- ✓Photolangage autour de la peur de chuter
- ✓Groupes d'activités physiques adaptées
- ✓Sorties extérieures
- ✓J'ai chuté et après?
- ✓Risques à domicile

Attends moi, on va retrouver les autres pour échanger, se soutenir

chuter n'est pas une fatalité

L'Hôpital de jour Cordier vous présente



Mise en scène par
C.Freynet, E.Vray, S.Favier,
C.Gallois

Préambule…

- ✓ Cet atelier s'adresse à des patients chuteurs, à risque de chute ou ayant peur de chuter
- ✓ Nombre de participants : 6
- ✓ Modalités d'intégration dans le groupe : adhérer au programme d'éducation thérapeutique
- ✓ Animateurs : Ergothérapeute et Infirmière
- ✓ Fréquence et durée : 4 à 5 séances de 1 heure à raison d'une séance par semaine

Principes fondamentaux d'une séance éducative

Au début d'une séance :

- ✓ Les animateurs et les participants se présentent.
- ✓ Rappel du cadre: confidentialité, écoute bienveillante, respect de la parole de chacun dans le temps et la forme
- ✓ Présentation de l'objectif de la séance et du déroulement.
- ✓ Rappel de la séance précédente pour se remémorer les situations

A la fin d'une séance :

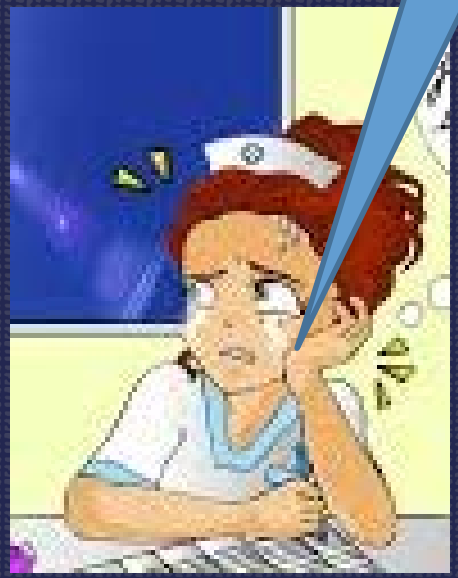
- ✓ il est important de faire une synthèse, de valoriser la participation de chacun, d'explorer les ressentis
- ✓ D'annoncer la séance suivante

Objectif global de l'atelier :

Mener une réflexion commune autour des risques de chute à domicile, amenant chaque participant à conduire son propre changement…..

…Ou plus tard….

Ou pas…..



ACTE I

A l'issue de la séance, les participants auront repéré des situations à risque de chute dans leur vie quotidienne

Plan d’un appartement

Une question:
Qu’est-ce qui chez moi peut me faire tomber?

Brainstorming

SALON - SALLE À MANGER :

- tapis
- plante qui coule
- fils électriques
- se lever du canapé trop bas
- parquet glissant
- accès au balcon : seuil

ENTRÉE - COULOIRS :

- paillasson
- petit tapis
- encombrement
- portes (ouverture) (seuil de porte)

CUISINE :

- ~~pas de plaque chauffante~~
- rangements trop hauts ou trop bas
- tapis d'évier
- chaise sans accoudoirs
- encombrement
- monter sur un escabeau (danger casseroles prendre manivelle)
- monter sur un escabeau pour faire des vitres

CHAMBRE :

- lit trop bas ou trop haut
- ne pas allumer la lumière
- descente de lit
- pantoufles ou vêtements (type mule)
- draps / couvertures qui traînent par terre

SALLE DE BAIN :

- sol glissant, mouillé
- tapis
- baignoire trop haute
- marche de douche haute
- manque d'appui

BALCON :

- étendage

MAISON À ETAGE :

- escaliers intérieurs (accès aux chambres)
- accès au jardin : sol inégal

ELEMENTS PERSONNELS :

- fatigue
- appréhension fragilité
- état de santé
- manque d'équilibre
- vertiges
- aller trop vite
- se mettre à genoux / se baisser

WC :

- cuvette trop basse (difficultés de relevage)

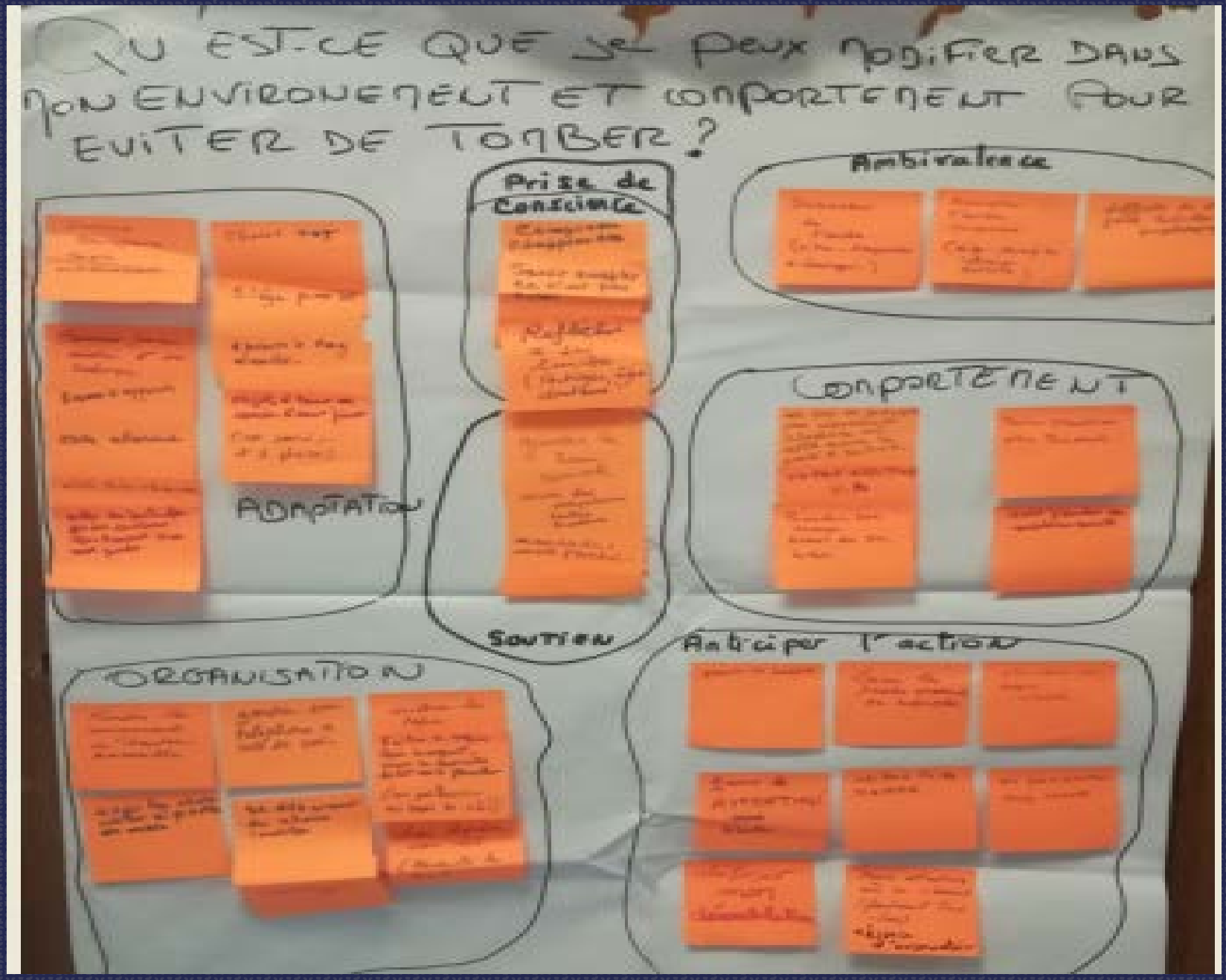
Acte II

A l'issue de la séance, les participants auront identifié des stratégies d'adaptation pour prendre moins de risques

Nous utilisons pour cette séance l’outil Métaplan, et comme question :

« Qu’est-ce que je peux modifier dans mon environnement et mon comportement pour éviter de tomber? »

Consignes métaplan


QU'EST-CE QUE JE PEUX MODIFIER DANS MON ENVIRONEMENT ET COMPORTEMENT POUR EVITER DE TOMBER ?
Prise de Conscience
Ambivalence
ADAPTATION
Soutien
COMPORTEMENT
ORGANISATION
Anticiper l'action

QU'EST-CE QUE JE PEUX MODIFIER DANS MON ENVIRONEMENT ET COMPORTEMENT POUR EVITER DE TOMBER ?

Evaluation de l'acte II

Va permettre aussi:

- ✓ De mesurer le cheminement des patients
- ✓ D'identifier les patients qui ont déjà réalisés des changements
- ✓ De repérer les situations d'ambivalence et de proposer aux patients des mises en situation à la prochaine séance……Acte III

Acte III

A l'issue de la séance, les participants auront mesuré les bénéfices et les risques liés à une habitude , à un comportement dans leur quotidien

Les animateurs proposent pour cette séance des mises en situation s'appuyant sur les situations d'ambivalence et de risques repérées par les participants

Mises en situation dans l'appartement thérapeutique

Mises en situation dans l ’appartement thérapeutique

Acte IV

A l'issue de la séance les patients auront identifié les changements, les intentions, les besoins futurs, les difficultés liées aux changements, aux habitudes, leur capacité à changer, leur ressources…

Pour cela, les animateurs remettent à chaque patients:

- un dossier constitué à partir des photos prises lors de la séance précédente
- un support papier reprenant ce que les participants ont pu repérer comme risques et changements souhaitables

Acte IV

- ✓ C'est un temps d'échanges, de discussion s'appuyant sur le livret et son contenu
- ✓ Il s'agit de recueillir les ressentis des patients durant les mises en situation
- ✓ Identifier pour chacun les possibilités de changements dans leur(s) activité(s) de la vie quotidienne

Proposition de PEC spécifiques individuelles:

Ergothérapie, visite à domicile, Pec psychologique,

Rencontre des aidants, étayage du domicile……

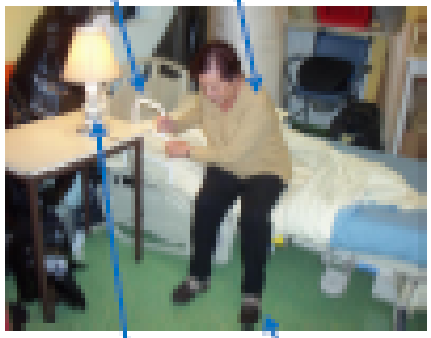
Pour accompagner les changements

CHU Saint-Etienne

Education Thérapeutique
Risques à domicile

Décembre 2017

CHU Saint-Etienne
Hôpital La Charité
Hôpital de Jour Cordier



Attention au manque de lumière quand on se lève la nuit

Attention de ne pas glisser en chaussettes

Attention aux couvertures qui trainent parterre

Utiliser la barre de lit pour se lever

Faire une pause assise avant de se lever

Allumer la lumière quand on se lève la nuit

Mettre ses pantoufles avant de se lever

RISQUES A DOMICILE

Les patientes ont repéré pour limiter les risques de chutes :

Qu'il est nécessaire de prendre conscience des risques liés à l'environnement :

- En mettant en place des aménagements avec l'aide de professionnel : planche ou siège de bains, barre de redressement, éclairage, coussin, chaise avec accoudoir, ...

- En adaptant son organisation : rangements à bonne hauteur, adapter la hauteur du lit, du canapé (coussin), avoir son téléphone portable sur soi ou à proximité, téléalarme, ...

- En se faisant aider : la famille, les proches, les aides professionnelles (infirmiers, aide ménagères, autres ...) pour certaines tâches plus périlleuses (monter sur un escabeau pour faire les vitres, certaines tâches ménagères, ...)

Qu'il est nécessaire d'être conscient des prises de risques :

- Etre conscient du danger = calculer les risques,

- Privilégier les appuis stables,

- Supprimer les tapis ou les coller au sol,

- Limiter le port de charges, le fractionner,

- Apprendre à se relever du sol,

- Adapter son rythme, éviter d'aller trop vite,

- Anticiper les moyens d'alerte : téléphone portable, effectuer des activités plus risquées en présence d'un tiers, prévenir quand on sort dehors,

- Utiliser son aide technique de marche.

Réfléchir et agir pour éviter un risque, c'est :

- S'organiser (préparation des traitements, des repas, du plan de travail, du bureau),
- Réfléchir (prévoir les outils nécessaires avant de faire, être conscient de sa peur, de son angoisse),
- Anticiper (adapter son environnement, faire renouveler ses médicaments, avoir une téléalarme ou un téléphone pour alerter, utiliser son aide technique),
- Trouver sa solution (antidérapant, barres d'appui, téléphone portable, téléalarme, aide technique ou humaine),
- Etre attentif, prudent, conscient de ses limites même si c'est compliqué de changer ses habitudes.

FICHE D'EVALUATION RISQUES A DOMICILE

1) Avez-vous l'impression que ce qui vous a été proposé a répondu à vos besoins et/ou vos attentes ?

Oui, tout à fait Plutôt oui non, pas vraiment non, pas du tout

2) Estimez-vous que les séances proposées vous ont permis :

a. De mieux comprendre ce qui vous arrivait :

Oui, tout à fait Plutôt oui non, pas vraiment non, pas du tout

b. De penser mettre en place des changements :

Oui, tout à fait Plutôt oui non, pas vraiment non, pas du tout

c. D'adapter votre environnement :

Oui, tout à fait Plutôt oui non, pas vraiment non, pas du tout

3) Pouvez-vous précisez les changements ou adaptation que vous pensez mettre en œuvre, avec l'aide des soignants, dans votre façon d'être ou de faire dans votre quotidien ?

---

4) Au cours des différentes séances avec les soignants, avez-vous eu le sentiment :

- d'avoir pu vous exprimer :

Oui, tout à fait Plutôt oui non, pas vraiment non, pas du tout

- d'avoir été écouté :

Oui, tout à fait Plutôt oui non, pas vraiment non, pas du tout

- d'avoir été encouragé :

Oui, tout à fait Plutôt oui non, pas vraiment non, pas du tout

5) Auriez-vous une ou des suggestion(s) pour améliorer les séances d'éducation thérapeutique qui vous ont été proposées ?

Que nous disent les patients…..

L'échange avec les autres est un grand plaisir

Ça me donne confiance

On se sent écouté

Ça nous aide à réfléchir, à prendre conscience de la réalité et l'accepter

Mais aussi…..

Je ne serais plus comme avant mais je vais trouver quelque chose pour continuer

Il faut apprendre à vivre autrement avec l'âge

On a pas conscience de vieillir

Faire attention à tout, ça fait vieux

La peur de chuter me permet la prudence

Je vais être attentif à changer mon comportement

On prend conscience des risques en parlant.

Que disent les professionnels…

Ca renforce le lien thérapeutique

Il y a plus de confiance

De l'authenticité dans les échanges

Entre professionnels,
Cela permet de mieux connaître le travail de l'autre.
De confronter nos différences. D'apprendre de l'autre.
C'est l'occasion de faire vivre des valeurs de respect, de partage, d'entraide, de confiance, d'humilité, de bienveillance…

Mais aussi…..

- ✓Cela demande de travailler nos organisations.
- ✓Du temps
- ✓Notre capacité d'adaptation.
- ✓Nos ambivalences…..
- ✓Notre résistance aux changements……
- ✓Du sens, du plaisir, de la créativité

Résultats étude Pilote (1)

- 48 patients inclus entre septembre 2015 et septembre 2016
  - **28 patients groupe « ETP »**
  - **20 patients groupe « Hospitalisé »**
- Majoritairement des femmes
- Polypathologiques avec comorbidités importantes.
  Charlson 7,3 ± 1.2 dans le groupe ETP vs 7,1 ± 1.9 groupe Hospitalisé
- Âge moyen de **84.7** ± 0.3 ans vs **85.1** ± 5.0 ans
- MMSE (/30) : **25.5** ± 3.2 vs **25.0** ± 2.9

Résultats étude Pilote (2)

Évolution de l'inclusion à 6 mois Groupe ETP

- Diminution significative par 3 du nb chutes

  3.4 ± 3.1 versus 0.1 ± 0.3 ($p < 0.001$)

- Diminution significative par 2 de la peur de chuter

  2.4 ± 0.9 vs 1 ± 1.1 ($p < 0.001$)

- Amélioration significative de la qualité de vie perçue

  7.6 ± 3.4 vs 11.1 ± 2.2 ($p < 0.001$)

Évolution de l'inclusion à 6 mois Groupe hospitalisé

- **Diminution significative par 2 du nb chutes**

  1.7 ± 0.9 vs 0.08 ± 0.32 ($p < 0.001$)

- Augmentation non significative de la peur de chuter

  1.4±1.1 vs 2 ± 1.6 ($p=0.24$)

- Qualité de vie inchangée

  8.0 ± 2.8 vs 8.3 ± 2.4 ($p=0.44$)

Nos remerciements
Aux patients de l'hôpital de jour

A l'équipe pluridisciplinaire

Au Dr Marie-Ange Blanchon
Au Dr Cédric Chol
Médecins responsables HDJ et
filière rééducation gériatrique

Au Dr Thomas Célarier
chef de service

Au Professeur Régis Gonthier
chef du pôle Gériatrie et
Médecine Interne

Merci à vous