



FONDATION
Paul Bennetot

*La Fondation du
Groupe Matmut*

RAPPORT FINAL :

« CHUTE »

***Evaluation d'un programme de réadaptation personnalisé
chez le patient âgé chuteur et son impact sur la peur de
tomber***

RAPPORT FINAL :

Numéro de codification du projet : <PB3-003>

INTITULE DU PROJET : <Evaluation d'un service médico-social innovant : ESPRAD-CHUTE>

THEME : <Traumatologie et Dépendance>.

DONNEES RELATIVES A L'ORGANISME PORTEUR DU PROJET

Représentant de l'organisme : Dr. Amélie Lansiaux

Responsable du Projet : Dr. Bruno Pollez

Adresse : Hôpital Saint-Philibert, Rue du Grand But, 59462 Lomme

Tél : 03 20 22 52 69

E-mail : lansiaux.amelie@ghcil.net

Site Web de l'organisme : www.ghicl.net

DONNEES RELATIVES AU PROJET

Localisation du projet : ESPRAD-CHUTE, 1 rue l'Abbé Pierre, Résidence les
Emeraudes - Bât. B, 59160 CAPINGHEM

Date de début du projet : 26/09/2014

Date de fin du projet : 01/2017

Durée du projet : 27 mois

Budget total du projet : 28 000 €

Contribution Paul Bennetot : 20 000 €

Partenaires financiers : GHICL

Résumé du projet: quelques lignes rappelant le contexte, les objectifs, les activités prévues, les bénéficiaires visés, les modalités de réalisation, les résultats.

Contexte de l'étude :

La chute accidentelle se définit chez la personne âgée comme le fait de tomber au sol de manière inopinée non contrôlée par la volonté. Les chutes dues à une perte de connaissance, un accident vasculaire cérébral, des accidents extrinsèques majeurs (par exemple accident de la circulation, alcoolisation, ou agression) sont exclues de cette définition (Tinetti ME et al, 1988).

D'après les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé, les chutes constituent la deuxième cause de décès accidentel ou de décès par traumatisme dans le monde, et touchent principalement les personnes âgées (OMS, 2007). Du fait principalement du vieillissement de la population, le nombre de patients chuteurs augmente et les chutes et leurs conséquences traumatiques (blessures, fractures, etc...) sont un réel problème de santé publique et aboutissent régulièrement à une perte d'autonomie et de la qualité de vie, et à terme peuvent être la cause d'une institutionnalisation (Label CTR, Vaud, 2006).

Plusieurs études montrent que plus d'un tiers des personnes de plus de 65 ans chutent au moins une fois par an (Tinetti et al, 1988). Cette proportion atteint même les 50% chez les personnes de plus de 80 ans (Trombetti et al, 2009). Plus de 60 % des chutes se produisent au domicile des patients (Nkodo Mekongo et al, 2007).

Les récurrences sont fréquentes (un patient sur deux rechute dans l'année) et touchent plus de 50% des patients, aggravant de ce fait les conséquences traumatiques liées aux chutes (Dargent-Molina et al, 1995 ; Tinetti, 2003). Chez les personnes âgées, 20 % des chutes donnent lieu à une intervention médicale, et 10 % d'entre elles occasionnent une fracture. Il faut retenir aussi qu'entre 25% et 75% des victimes d'une fracture du col du fémur occasionnée lors d'une chute, ne retrouveront pas le niveau fonctionnel qu'ils avaient avant la fracture (Magaziner et al 1990).

Le traumatisme physique résultant de la chute n'est pas sans conséquences sur le plan psychologique. Lors de cet événement, le sujet âgé prend souvent conscience de sa fragilité, ce qui entraîne une perte de confiance en soi, un sentiment d'insécurité pouvant se compliquer par un syndrome post-chute caractérisé par une tendance à s'agripper et une crainte de marcher sans aide (Nkodo Mekongo et al, 2007). La première chute peut entraîner l'angoisse de la prochaine chute, aggravée par le sentiment de devenir de plus en plus dépendant (Biderman et al , 1999).

En l'absence de prise en charge rapide, spécifique et multidisciplinaire, le pronostic peut être défavorable pour la personne, mais l'évolution est réversible si le syndrome post-chute est pris en charge précocement.

Il a été rapporté que la peur de chuter est mentionnée par une personne sur quatre (Howland J et al, 1993). Cette peur de chuter représente une source de stress, diminue certainement la qualité de vie et aggrave le déclin fonctionnel et probablement le risque de chuter (Nkodo Mekongo et al, 2007). La prise en considération de ces aspects a été à l'origine de recherches ayant débouché sur l'élaboration de divers instruments permettant de mesurer la peur de tomber, tel que le « Falls self-Efficacy Scale - International (FES-I) » (Tinetti et al) (annexe 1).

Une méta-analyse (Chang JT et al 2004) a montré qu'une intervention pour prévenir les chutes chez les personnes âgées est efficace pour diminuer à la fois le risque de chute et l'incidence des chutes. L'intervention la plus efficace serait un programme d'évaluation et de traitement des facteurs de

risques associés à la chute. Il apparaît également important d'associer un suivi psychologique à une prise en charge des conséquences physiques dans un processus de rééducation de la chute.

Du point de vue économique, les chutes chez les personnes âgées ont un impact significatif pour la famille, la communauté et la société, et ces coûts en soins de santé sont de plus en plus significatifs au niveau mondial (OMS, 2007). Les coûts directs des soins de santé comprennent les médicaments, consultations, hospitalisations et les services prestataires pour la réadaptation des patients. Par exemple, le coût du système de santé moyen par épisode de chute avec blessure pour les personnes de 65 ans et plus, a été entre 2001 et 2002, de 3611 US \$ en Finlande, 1049 US \$ en Australie, 6646 US \$ en Irlande et de 17 483 US\$ aux Etats-Unis (OMS, 2007).

C'est dans ce cadre que la mise en place à Lille de l'ESPRAD chute en 2012, une équipe spécialisée dans la prévention et réadaptation à domicile de personnes âgées relevant de chutes, a été faite. L'ESPRAD Chute est une nouvelle structure pluridisciplinaire de prise en charge à domicile du patient âgé chuteur, travaillant en coopération avec les acteurs de ville (médecin traitant, kinésithérapeute, infirmier etc.). Actuellement, la prise en charge du patient chuteur est insuffisante pour prévenir les récurrences (touchant plus de 50% des patients chuteurs). Partant de cette observation, l'équipe paramédicale de l'ESPRAD chute cible les causes majeures de la chute telles que la peur de chuter, les risques environnementaux à domicile et à l'extérieur, et la désadaptation aux activités locomotrices. L'aspect innovant de cette approche est l'intervention à domicile d'une ergothérapeute afin d'améliorer les capacités motrices par la rééducation et la réadaptation, regagner de l'autonomie par des apprentissages ciblés et dispenser des conseils en vue d'une meilleure intégration dans l'environnement de vie.

L'ESPRAD Chute propose un programme de réadaptation personnalisé adressé aux personnes de plus de 60 ans ayant chuté ou présentant des risques importants de chute, et vivant à domicile. Le programme de 6 à 10 semaines, est composé :

- de séances d'ergothérapie en complémentarité avec les acteurs de ville, notamment le kinésithérapeute,
- d'une évaluation et réduction des facteurs de chute personnels et environnementaux,
- d'une réadaptation et réentraînement fonctionnels en situation réelle de vie,
- de conseils en chaussage, en aides techniques et aménagement du domicile,
- d'un travail de ré autonomisation par les actes de la vie quotidienne
- d'une remise en confiance et en activité.

Lieu de l'étude :

Chez les patients

Population étudiée :

Patients âgés de 60 ans ou plus ayant chuté au moins 2 fois dans les 12 derniers mois, étant pris en charge par l'ESPRAD Chute du GHICL.

Objectif principal :

Valider l'efficacité d'une prise en charge spécifique par l'équipe paramédicale pluridisciplinaire de l'ESPRAD chute en lien avec les acteurs de ville sur la diminution de la peur de tomber du patient chuteur

Objectifs secondaires :

Evaluer l'efficacité du programme de prise en charge spécifique par l'ESPRAD chute sur :

- le niveau d'activité physique secondaire à la chute
- la qualité de l'équilibre (données posturo-locomotrices)
- la qualité de vie
- la diminution de la fréquence des chutes

Résultats attendus : (Le projet n'étant pas terminé, il n'y a pas, pour le moment, de résultats)

Nous espérons démontrer l'efficacité du programme de réadaptation personnalisé proposé par l'ESPRAD Chute sur plusieurs dimensions telles qu'une diminution de la peur de tomber, une augmentation du niveau d'activité physique, et de la qualité de vie afin de prévenir la perte d'autonomie du patient âgé

Déroulement du projet :

- a. Préciser comment le projet a évolué par rapport au calendrier prévu

Suite à la demande du Dr. Pollez, le Département de Recherche Médicale (DRM) du GHICL a pris en charge la gestion du projet d'évaluation de l'ESPRAD Chute au début de l'année 2014.

Nous avons donc étudié le projet initialement soumis à la fondation Bennetot qui proposait une étude rétrospective sur les patients déjà inclus. En discutant avec l'équipe de l'ESPRAD, nous avons réalisé que ce type d'étude n'était pas possible, un certain nombre de données étant manquantes car certains tests et/ou visites n'avaient pas pu être réalisés.

Faute de données suffisantes, nous risquions de ne pas pouvoir conclure quant à l'efficacité de la prise en charge de l'ESPRAD sur les patients chuteurs.

Le DRM a donc commencé la rédaction d'un protocole de recherche prospectif permettant d'étudier l'impact de la prise en charge d'un patient chuteur par l'ESPRAD.

Plusieurs points ont dû être pris en compte lors de cette rédaction :

- La population cible du protocole, le patient âgé chuteur. Une population fragile qui ne peut pas être sollicitée plus qu'elle ne l'est déjà.
- Le manque de temps du personnel de l'ESPRAD chute : les infirmières et ergothérapeutes ne pouvaient consacrer que peu de temps supplémentaire pour un protocole de recherche.

Ces points essentiels nous amenèrent à ne pas multiplier les intervenants et les tests.

Dans le protocole de départ soumis à la fondation Bennetot, le critère principal de jugement était la **baisse de la fréquence des chutes entre J0 (inclusion), M6 (6 mois après l'inclusion) et M12 (un an après l'inclusion)**. Le Dr. Pollez ainsi qu'une chercheuse en gériatrie, spécialisée dans la prise en charge des patients chuteurs, nous orientèrent vers un critère de jugement plus pertinent pour juger de l'effet d'une prise en charge personnalisée sur un patient chuteur, à savoir, **la peur de chuter, mesurée par le FES-I**. Afin d'observer un changement significatif sur ce critère, **un suivi minimum d'une année était nécessaire**.

En prenant en compte tous les paramètres mentionnés ci-dessus, nous avons rédigé un protocole de recherche basé sur les tests effectués en routine par les infirmières et ergothérapeutes de l'ESPRAD Chute. Nous avons calé le calendrier des visites du protocole sur le calendrier de suivi des intervenants de l'ESPRAD à savoir :

- La visite d'inclusion
- La visite V1 qui se situe 6 mois après la fin du programme de prise en charge personnalisé qui dure environ 3 mois
- La visite V2 qui se situe 12 mois après la fin du programme de prise en charge personnalisée.

A chacune de ces visites, les tests suivants seront réalisés :

- Pour le critère de jugement principal :
 - Echelle de mesure de la peur de tomber : FES-I (Falls Efficacy Scale – International)
- Pour les critères de jugement secondaires :
 - Nombre de chutes durant l'année écoulée précédant l'inclusion
 - Echelle du niveau d'une certaine activité physique et psycho-sociale : LSA (Life Space Assessment)
 - Test évaluant la qualité de la marche et de l'équilibre :
 - Get up and go test
 - Station debout bipodale pieds joints 5 secondes
 - Station debout unipodale pendant 5 secondes
 - Walking and talking test
 - Test de Tinetti
 - Echelle de qualité de vie : EQ-5D (EuroQol five dimensions questionnaire)
 - Incidence de chutes pendant la durée de suivi de 15 mois + ou 2 mois.

Nous n'avons pas intégré certains critères secondaires initialement présents dans le protocole, comme par exemple l'adresseur initial, le canal d'adressage ou la nature des aides reçues car ces données ne nous ont pas semblées pertinentes dans le cadre d'un protocole de recherche.

Le nombre de patient initialement prévu n'a pas été modifié dans le nouveau protocole. Il est toujours prévu de recruter 60 patients dans notre étude.

Fin 2015 et suite à la demande de l'ESPRAD Chute, le Département de Recherche Médicale (DRM) du GHICL a modifié le protocole, en ajoutant une visite dans le calendrier de suivi des patients à **3 mois (soit à la fin de la prise en charge par l'ESPRAD)**. Cette visite permettant de mieux évaluer l'effet de la prise en charge des patients par l'ESPRAD Chute.

Le protocole intégrant la modification ci-dessus a été soumis au comité interne d'éthique de la recherche médicale du GHICL pour avis le 10/12/2015.

Le comité a rendu un avis favorable sur le projet le 16/12/2015.

- b. Décrire les activités réalisées à ce jour en précisant les modalités de réalisation et d'évaluation utilisée

Voici un récapitulatif des inclusions/non inclusions de l'étude du 1er octobre 2014 au 31 décembre 2016

39 Patients ont été inclus dans l'étude mais 10 n'ont pu compléter l'ensemble de l'étude. Nous avons actuellement 29 patients dont les résultats sont exploitables pour notre étude.

Les modalités d'évaluation sont listées dans le tableau ci-dessous

Paramètres à évaluer	Type de test	Temps de passation de chaque test	V0 Entrée dans programme	V1 Sortie du programme (3mois)	V2 (9 +2 mois) Visite de contrôle	V3 (15 +2 mois) Visite de contrôle
Peur de tomber	FES-I*	10 min	X	X	X	X
Niveau d'une certaine activité physique et psycho-sociale	LSA**	9 min	X	X	X	X
Qualité de la marche et de l'équilibre	Get up and go test	1 min	X	X	X	X
	Station debout bipodale pieds joints 5 secondes	30 s	X	X	X	X
	Station debout unipodale pendant 5 secondes	30 s	X	X	X	X
	Walking and talking test	1 min	X	X	X	X
	Test de Tinetti	5 min	X	X	X	X
Qualité de vie	EQ-5D***	5 min	X	X	X	X

- c. Evoquer les freins rencontrés qui ont eu des incidences sur le déroulement du projet et les mesures mises en œuvre pour remédier à la situation

Le projet a pris du retard par rapport au calendrier initial du fait de la spécificité de l'étude. En effet, après plusieurs mois, nous avons constaté des difficultés de recrutement. Le retard augmentant au fil des mois, la cellule de méthodologie du DRM s'est réunie le 19/02/2016 afin de discuter des actions possibles pour compenser ce retard (modifications des critères d'inclusion ou prolongation de la période d'inclusion). Cette première discussion a été suivie d'une deuxième réunion avec cette fois l'équipe de l'ESPRAD et le Dr. Pollez le 19/04/2016.

Le bilan de ces 2 réunions a été qu'il n'était pas possible de rattraper le retard actuel car toutes modifications des critères d'inclusion risqueraient d'impacter la qualité des résultats. La décision fut donc prise de prolonger la durée de l'étude afin de garantir l'inclusion des 60 patients prévus.

- d. Analyser (ou évaluer) les résultats et impact du projet

L'étude n'étant pas terminée (fin théorique en Août 2019), il ne nous est pas possible pour le moment d'évaluer les résultats de la prise en charge de l'ESPRAD Chute sur la peur de tomber.

Avenir du projet :

- a. Les communications prévues (publications, manuels de recommandation, supports d'informations...)

La fin théorique de l'étude est estimée au mois d'Aout 2019. Nous estimons que la publication des résultats pourrait intervenir au début de l'année 2020.

- b. Les sources de financement qui permettront de poursuivre les activités du projet, l'évolution prévue des activités et des réalisations, les futures modèles d'organisation du projet et des responsables

Autofinancement

- c. Potentiel de reproductibilité du projet auprès d'autres établissements : Les conditions de mise en place, les points de vigilance, les recommandations ...

Si la prise en charge proposé par l'ESPRAD Chute démontre son efficacité, il sera tout à fait possible de mettre en place des structures similaires, dans d'autres départements, pour assurer la prise en charge des patients chuteurs.

Il faudra néanmoins s'assurer de la bonne formation des personnels aux spécificités de la prise en charge du patient chuteur.