

Une rééducation intensive après fracture du col du fémur permet-elle une meilleure réinsertion des personnes âgées démentes ?

En France près de 10 millions de personnes ont plus de 60 ans. La prévalence des démences peut être évaluée entre 2 et 7%.¹ Il est aussi démontré que le risque de chute est majoré dans cette population, avec un risque de fracture de hanche accru de 6,9. La démence est aussi associée à une rééducation moins favorable.² Notre souci permanent est de pouvoir maintenir nos patients dans leur milieu. L'hospitalisation, le placement en institution aggravent la démence. Mais pour maintenir à son domicile une personne âgée dément, il est nécessaire pour l'entourage que l'autonomie motrice soit satisfaisante. Comment améliorer notre prise en charge de nos patients âgés déments à la suite d'une fracture de hanche ? Comment organiser les soins de suite et de réadaptation ? Une étude finlandaise nous apporte des éléments de réponse.

L'étude visait à évaluer les effets d'une rééducation intensive chez des patients âgés déments avec fracture de hanche. 243 patients de plus de 65 ans, vivant à leur domicile, hospitalisés et opérés à l'hôpital régional pour fracture de hanche, ont été randomisés en deux groupes:

- un groupe intervention (n=120) suivi dans le secteur gériatrique de l'hôpital régional par une équipe structurée (avec notamment médecin rééducateur, neuropsychiatre, infirmiers spécialisés, travailleur social)
- un groupe témoin (n= 123) suivi à l'hôpital local. (où les patients étaient suivis par leur généraliste, avec une structure de rééducation minimale).

Dans les deux groupes, les fonctions cognitives étaient évaluées 10 jours après la chirurgie, par un Mini Mental Test (MMT). Pour un score maximal de 30, on dit normalité entre 24 et 30; démence légère entre 18 et 23; démence modérée entre 12 et 17; démence sévère entre 0 et 11.

L'intervention débutait par une évaluation par l'équipe gériatrique. Puis les patients bénéficiaient d'une rééducation deux fois par jour et avaient des activités journalières avec les infirmières. Des réunions de concertation de l'équipe avaient lieu une fois par semaine. afin d'évaluer et d'améliorer la réadaptation. Le retour au domicile était or-

ganisé avec le patient et sa famille, et précédé éventuellement d'une visite à domicile par le médecin rééducateur. Tous les patients qui ont pu regagner leur domicile avaient ensuite 10 visites à domicile par le médecin rééducateur.

Pour la durée de séjour à l'hôpital, il n'y avait pas de différence entre les groupes intervention et contrôle pour les démences sévères et les patients normaux. Par contre pour les démences légères le séjour moyen était de 29 jours dans le groupe intervention vs 46 jours dans le groupe contrôle (p=0,002); et pour les démences modérées de 47 vs 147 jours (p=0,04).

A trois mois le retour au domicile était réalisé chez les patients avec démence modérée pour 63% dans le groupe intervention et 17% dans le groupe contrôle; en cas de démence légère les taux étaient de 91% et 67% (p=0,009), comme pour les normaux. **A un an** dans le groupe intervention, 62% des déments modérés et 77% des déments légers vivait chez eux contre 33% et 57% pour le groupe contrôle. Il n'y avait pas de différence significative pour les déments graves et les "normaux".

La mortalité à 5 ans était voisine entre les groupes: 28% pour les déments sévères, 17% pour les modérés, 10% pour les légers et 12% pour les MMT normaux. .

Cette étude montre un **retour à domicile plus rapide après fracture de hanche, chez les personnes âgées avec démence légère ou modérée bénéficiant d'une rééducation intensive et structurée**. Ce bénéfice n'est pas retrouvé en cas de démence sévère et en l'absence de démence. Ceci explique le résultat négatif des études antérieures qui n'avaient pas évalué les fonctions cognitives. Plus que de rééducation il faut parler de réadaptation. Les auteurs insistent sur la nécessaire prise en charge des besoins physiques, sociaux et psychosociaux de ces patients. Ils insistent sur l'intérêt de la mobilisation et de la sortie précoce, de la pratique des activités quotidiennes et de la rééducation dans l'environnement familial, de l'accompagnement des familles, de la collaboration avec elles et avec les professionnels du maintien à domicile.

Les services de Soins de Suite et de Réadaptation, promus par la directive ministérielle ont pour objectif la réinsertion. Plutôt que la création de structures fermées, il semble utile de les ouvrir sur la ville en s'inspirant de cette expérience finlandaise. N'oublions pas que le retour à domicile doit être préparé dès l'arrivée à l'hôpital avec les familles, le médecin traitant, les soignants de ville (kinésithérapeutes, infirmières) ? Est-ce un réseau de soins ? Mais comment l'organiser dans notre système de soins ?

1- Berr C. Les facteurs de risque des démences séniles. Rev Prat MG. 1993;7 (227):57-63

2- Tiina M Huusko et al. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. BMJ 2000;321:1107-11

Mots-clé: démence, fracture, col du fémur, hanche, réadaptation, maintien à domicile, réseau, personne âgée

Numéro 205 du 14 décembre 2000

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>