

## Prévention des chutes du sujet âgé

La chute accidentelle se définit chez la personne âgée comme le fait de tomber au sol de manière inopinée non contrôlée par la volonté <sup>(1)</sup>.

Les chutes en quelques chiffres <sup>(1)</sup>

Fréquence	Conséquences
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principale cause d'accident de la vie courante chez les 65 ans et plus (82 %)</li> <li>• Récidives fréquentes : plus de 50 % des personnes âgées chuteuses rechutent dans l'année</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminant indépendant de déclin fonctionnel et perte d'autonomie des personnes âgées vivant autonomes à leur domicile</li> <li>• Décès : 9 000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans sont associés chaque année à une chute</li> </ul>

Dans ce contexte, il est important :

- **De repérer et d'évaluer** les personnes âgées à risque de chute
- **D'intervenir** en mettant en place des **stratégies de prévention** individualisées et adaptées

**Repérer et évaluer le risque de chutes** <sup>(2, 3)</sup>

→ **Se poser la question à chaque consultation** <sup>(2)</sup> :

Demander à toute personne âgée, si besoin à son entourage si elle est tombée durant l'année précédente, et dans quel contexte.

→ **Rechercher les facteurs de risque** <sup>(2, 3)</sup>

Facteurs intrinsèques <sup>(2, 3)</sup>	Facteurs extrinsèques <sup>(2, 3)</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Âge</b> &gt; 80 ans</li> <li>• <b>Santé et état fonctionnel</b> : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes</li> <li>• <b>Pathologies spécifiques</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Causes cardiaques (troubles du rythme, troubles de la conduction, etc.)</li> <li>- Causes vasculaires (hypotension orthostatique, etc.)</li> <li>- Causes neurologiques (AVC, maladie de Parkinson, démence, dépression, incontinence notamment urinaire par impériosité, etc.)</li> <li>- Causes métaboliques (hypo et hyper kaliémie, hypoglycémie et hypercalcémie)</li> </ul> </li> <li>• <b>Troubles locomoteurs et neuro-musculaires</b> : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche (anomalies et vitesse), équilibre postural et/ou dynamique altérés</li> <li>• <b>Réduction de l'acuité visuelle</b></li> <li>• <b>Prise de médicaments</b> : polymédication (au-delà de 4), psychotropes, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comportementaux</b> : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition</li> <li>• <b>Environnementaux</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne) et prise de risque</li> <li>- Habillement : chaussures inadaptées et vêtements trop longs</li> <li>- Habitat mal adapté : mobilier (fauteuil, lit trop haut ou trop bas), obstacles au sol (tapis, fils électriques, carrelage ou revêtement de sol irrégulier ou décollé) et conditions locales dangereuses ou inadaptées (mauvais éclairage, baignoire glissante, sol humide ou glissant et toilettes inadaptées).</li> </ul> </li> </ul>

## Prévention des chutes du sujet âgé

### Classes médicamenteuses impliquées dans les facteurs de risque intrinsèques <sup>(3)</sup>

Facteurs intrinsèques	Classes médicamenteuses
<b>HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dérivés nitrés, diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, <math>\alpha</math>-bloquants, antihypertenseurs centraux, neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques, antiparkinsoniens dopaminergiques, phénothiazines</li> </ul>
<b>TROUBLES DU RYTHME</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diurétiques, minéralocorticoïdes</li> </ul>
<b>EFFET ARYTHMOGÈNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quinidiniques et stabilisants de membrane, inhibiteurs calciques</li> </ul>
<b>TROUBLE DE LA CONDUCTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>\beta</math>-bloquants, inhibiteurs calciques, quinidiniques et stabilisants de membrane, antiarythmiques classe III, glucosides cardiotoniques</li> </ul>
<b>HYPERCALCÉMIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vitamine D3, vitamine A, diurétiques thiazidiques</li> </ul>
<b>HYPOGLYCÉMIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sulfamides hypoglycémisants, opioïdes, antiarythmiques classe Ia</li> </ul>
<b>AKINÉSIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neuroleptiques</li> </ul>
<b>TROUBLES DE LA VIGILANCE ET ÉTAT CONFUSIONNEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychotropes</li> </ul>

### → Réaliser quelques tests simples <sup>(2)</sup>

Questions	Évaluation du risque
<b>TIME UP AND GO TEST</b> « Voudriez-vous vous lever et faire quelques pas ? »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déficit de mobilité à partir de 20 secondes et important au-delà de 29 secondes</li> </ul>
<b>TEST UNIPODAL</b> « Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe ? »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considéré comme anormal si le patient tient moins de cinq secondes</li> </ul>
<b>POUSSÉE STERNALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un déséquilibre à la poussée est prédictif du risque de chute</li> </ul>

### Intervenir pour prévenir le risque de chutes <sup>(2)</sup>

Afin d'intervenir sur le risque de chutes, plusieurs actions de prévention peuvent être mises en place.

De façon générale :	De façon spécifique :
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Correction des déficits</b> neuro-sensoriels</li> <li><b>Attention particulière au pied</b> de la personne âgée (chaussage et soins)</li> <li><b>Conseils nutritionnels</b> (préventifs), correction des déficits nutritionnels le cas échéant (notamment chez les personnes âgées dépendantes)</li> <li><b>Mesures préventives et/ou curatives de l'ostéoporose</b>, dont la supplémentation en vitamine D, surtout chez les personnes confinées à domicile</li> <li><b>Recherche et correction</b> d'éventuels facteurs de risque iatrogènes, allègements thérapeutiques chaque fois que possible.</li> </ul>	<p><b>Chez le patient âgé en bon état de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encouragement à poursuivre l'activité physique</li> <li>Mise en place selon les besoins de programmes de rééducation adaptés</li> </ul> <p><b>Chez le patient âgé fragile :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programmes d'intervention en fonction des résultats, notamment apprentissage du relevé</li> <li>Aménagement de l'habitat (dont la mise en place des systèmes de télé-alarme).</li> </ul>

## Prévention des chutes du sujet âgé



**Prendre en charge** le patient âgé faisant des chutes répétées <sup>(4)</sup>

**Chutes répétées :  $\geq 2$  chutes par an**

### Rechercher les signes de gravité

- **Conséquences de la chute**

Traumatismes physiques modérés à sévères, impossibilité de se relever du sol et de ses conséquences et syndrome post-chute

- **Pathologies responsables de la chute**

Signes de maladie aiguë responsable de la chute tels que troubles du rythme/conduction, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, maladies infectieuses, etc.

- **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 et de troubles de l'équilibre ou de la marche

#### Trois principales situations à risque de chute grave :

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

**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 et syndrome post-chute)

### Rechercher les facteurs de risque

- **Prédisposants**
- **Précipitants**

### Proposer une prise en charge adaptée

- **Correction des facteurs de risque** modifiables éventuels (incluant les facteurs environnementaux)
- **Adaptation du chaussage**
- **Utilisation d'aides techniques**
- **Programme d'activité physique** (pratique régulière de la marche et/ou tout autre activité physique) ou de kinésithérapie (travail de l'équilibre postural statique et dynamique et renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs)
- **Augmentation des apports en calcium** (1 - 1,5 g par jour)
- **Apport de vitamine D** ( $\geq 800$  UI par jour)
- **Traitement anti-ostéoporotique** (en cas d'ostéoporose avérée)

## Prévention des chutes du sujet âgé



### Acteurs impliqués <sup>(1)</sup>

La coordination entre les professionnels intervenant auprès de la personne âgée est l'une des dimensions essentielles à la réussite de la prise en charge à domicile.

Les acteurs impliqués	
<b>LA PERSONNE ÂGÉE</b>	Première concernée
<b>LE MÉDECIN TRAITANT</b>	Rôle de dépistage et de coordination. Son examen médical oriente le parcours, il peut modifier les ordonnances, évaluer les risques du domicile de son patient, prescrire les soins de rééducation nécessaires, accompagner les interventions dans le temps.
<b>L'INFIRMIÈRE À DOMICILE L'ERGOTHÉRAPEUTE L'AIDE FAMILIALE</b>	<b>Rôle dans l'évaluation</b> des dangers environnementaux, puis dans les interventions nécessaires.
<b>LE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE</b>	<b>Intervention à différents niveaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En prévention primaire</b> : entraînement physique, correction des déficiences, etc.</li> <li>• <b>En prévention secondaire</b> : conservation des capacités motrices chez le sujet âgé fragile pour diminuer la durée d'une maladie et sa gravité.</li> <li>• <b>En prévention tertiaire</b> : pour réduire les conséquences fonctionnelles de la maladie.</li> </ul>

L'intervention doit toujours être personnalisée, adaptée aux possibilités et tenant compte de la peur de tomber de la personne concernée.

(1) SFDRMG/HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire. Novembre 2005. (2) SFDRMG/HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Fiche de synthèse. Novembre 2005. (3) Corpus de Gériatrie. Tome 1. Chapitre 4 - Les chutes. Janvier 2000. (4) SFGG/HAS. Synthèse des recommandations professionnelles. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009.