
CHUTES chez les PERSONNES AGEES

Prévention des chutes accidentelles
Recommandation HAS – novembre 2005

Introduction



- 1/3 sujets âgés > 65 ans
- 1/2 sujets âgés > 85 ans

font une ou plusieurs chutes par an

- Responsables de 12000 décès/an
- Facteur d'entrée dans la dépendance : 40 % des sujets âgés hospitalisés pour chute sont orientés ensuite vers une institution

Introduction

- **Il y a eu plus de 400 000 chutes en France en 2002 chez les plus de 65 ans, soit 3,5 fois plus que d'accidents de la route dans l'ensemble de la population !**

Pour en savoir plus : L'institut de veille sanitaire fait chaque année une estimation du nombre d'accidents de la vie courante à partir d'un relevé réalisé dans différents hôpitaux français.

- Pour 2002, son estimation est de 550 000 accidents de la vie courante pour un peu moins de 9 650 000 personnes de plus de 65 ans vivant en France. Plus on vieillit, plus le pourcentage des chutes est important dans les accidents de la vie courante. Chez les plus de 65 ans, il est d'à peu près 75%, ce qui donne une estimation de 412 500 chutes. Pour la même année, la sécurité routière a recensé 120 000 accidents corporels en France.
- http://www.invs.sante.fr/publications/2005/accidents_vie_courante/accidents_vie_courante.pdf

Introduction

- **Les chutes sont fréquentes : plus on vieillit plus on augmente son risque de Chute :**
- Trente pour cent des plus de 65 ans chutent au moins une fois par an ; ce chiffre passe à 50% pour les plus de 80 ans.
Pour en savoir plus :
- Bien-sûr les chiffres que l'on peut avoir sur les chutes sont obtenus par des enquêtes. Ils sont probablement sous évalués car il arrive que la personne âgée oublie sa chute. Cummings et Coll. En 1988 ont montré que cela représentait 13 à 32 % des cas.
- La fréquence des chutes augmente avec l'âge : chaque année, 35 % des personnes âgées de 65 à 79 ans, pour 45 % des personnes de 80 à 89 ans et 55 % des personnes de plus de 90 ans, font une chute. La relation âge-chute, même si elle existe, n'est cependant pas linéaire : Campbell l'a montré dans une étude réalisée en 1993 en Australie.

Introduction

- **Selon le lieu de vie, la fréquence des chutes n'est pas la même :**
- Les chutes ont le plus souvent lieu dehors. La majorité des chutes se produit dans la maison ou son voisinage proche. Elles ne sont en général pas associées à une activité spécifique (jardinage, bricolage, courses, sports et loisirs, ou autre). En cas de chute à l'intérieur, le lieu de chute est là encore non spécifique, mais il prédomine dans la chambre et la salle de bain ou les toilettes
- Le nombre de chutes est encore plus important en institution : son incidence est supérieure à 60% d'après une étude de Fleming en 1993.

Introduction : taux de chute

Population générale	12,1 à 49 %
Domicile	8,5 à > 50 %
Maison de retraite	14 à > 60 %
Soins de suite	12,5 à 34 %
Hôpital	11,7 à 46,4 %

Introduction

- **Les chutes coûtent cher !**

- Une estimation du coût médical de ces chutes, en France, est de 1 milliards 34 millions d'€uros.

Pour en savoir plus :

- Pour l'année 1993, Stephan et Coll. Ont publié dans l'année gériatrique cette estimation qui ne tient pas compte du coût indirect de ces chutes que représentent les aides au domicile ou l'entrée en institution. Par comparaison, le budget de la santé avoisinait les 96 milliards d'€uros cette même année.

Introduction

- **Les femmes tombent plus que les hommes !**
- Cette prévalence féminine est fortement marquée puisque le rapport est de deux femmes pour un homme.

Pour en savoir plus :

- Les enquêtes épidémiologiques ont également montré que les conséquences des chutes et la mortalité étaient plus importantes chez la femme que chez l'homme
- Les études montrent par contre que cette prévalence féminine diminuait avec l'avancée en âge et l'augmentation de la dépendance.

Introduction

- **Une chute peut avoir de graves conséquences et aboutir parfois au décès.**

Pour en savoir plus:

- En France, en 1999, sur les 10 520 décès par chute accidentelle enregistrés par le CépiDc INSERM, 89% (9 363) concernaient des personnes de plus de 65 ans. Ces décès intervenaient chez des femmes dans plus de 2 cas sur 3.
- <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>

Significations de la chute

- Signe essentiel d'une étiologie unique : *chute symptôme*
- Élément sémiologique d'un syndrome : *syndrome de régression psycho-motrice*
- Évènement dont la signification est sociale ou psychique : *chute symbole*
- Évènement brutal lié à un facteur : *chute fortuite*

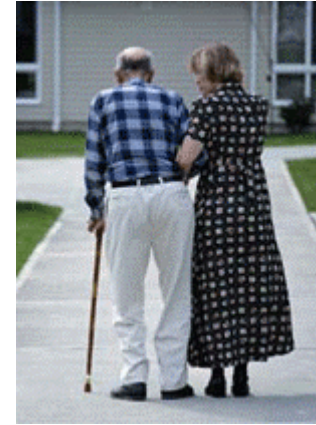
Significations de la chute

- Différence de comportement médical face à la chute :
 - ❑ Précédée d'un malaise ou perte de connaissance, la chute est teintée de gravité et fera l'objet d'une exploration active
 - ❑ De type mécanique, elle sera souvent négligée...

Significations de la chute

- Chaque chute est susceptible de provoquer la hantise d'une nouvelle chute avec comme conséquence la crainte et la limitation spontanée de la marche et la spirale de la dépendance
- Toute chute chez une PA doit être prise en charge non comme un simple accident mais comme une affection potentiellement grave

Physiologie de la marche



- Nécessite l'intégrité
 - ❑ des voies motrices : pyramidales et extrapyramidales
 - ❑ cérébelleuses : réactions d'équilibre statique et dynamique
 - ❑ vestibulaires : tonus postural et informant sur la direction et la vitesse du mouvement
 - ❑ et des afférences proprioceptives : position des articulations et des membres dans l'espace (cordons postérieurs de la moelle)

Description de la marche

- Activité alternée des membres inférieurs qui permet le déplacement du corps tout en assurant le maintien de son équilibre en orthostatisme
- Activité automatique
- Apprentissage dès l'enfance : automatisme acquis

Systeme antigravitaire

- Sert au maintien de l'attitude érigée en s'opposant à l'effet de la pesanteur
- Muscles antigravitaires : muscles extenseurs des membres inférieurs et muscles paravertébraux
- Afférences : plantes des pieds, labyrinthe, récepteurs musculo-tendineux

Systeme de production du pas

- Activité rythmique au cours de laquelle le poids du corps alterne d'un membre inférieur à l'autre, par l'intermédiaire d'un appui unipodal
- Chez le nouveau-né : marche automatique qui disparaît en quelques semaines
- Apprentissage produit les séquences d'activités musculaires nécessaires au déplacement : automatisme acquis

Systeme d'équilibre et d'adaptation posturale

- La station debout définit la posture
- La fonction d'équilibration vise au maintien de la posture
- Intégration de 4 modes de perception :
 - Vue
 - Systeme vestibulaire
 - Voies sensibles afférentes proprioceptives
 - Voies sensibles afférentes tactiles épicrotiques

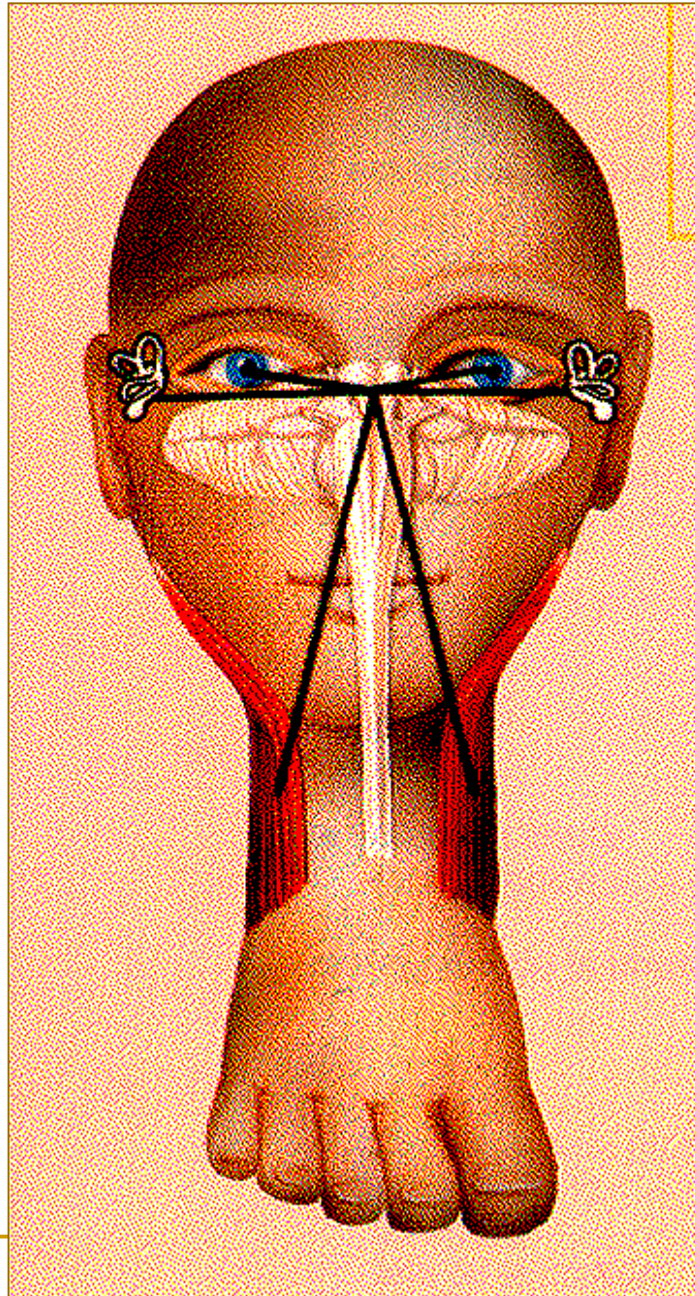
Systeme d'équilibre et d'adaptation posturale

- La réaction d'équilibration se définit comme l'ensemble des mouvements compensatoires automatiques qui permet l'adaptation posturale pour des débattements posturaux (mouvements oscillatoires du centre de gravité)

Modifications liées à l'âge

- Les réactions posturales se maintiennent efficacement au cours du vieillissement physiologique mais la vitesse des réactions et les capacités d'adaptation aux situations extrêmes sont moindres

Vieillessement normal et pathologique de l'équilibre



- **Altérations
fonctions
supérieures**
- **déficits
sensoriels**
- **déficits
neurologiques**
- **altérations
musculaires
et ostéo-
articulaires**

Facteurs de risque de chute

- Affections neurologiques :
 - Atteintes neurologique centrales :
 - Vasculaires les plus fréquentes (corticale – souscorticale – tronc cérébral)
 - Dégénératives : Parkinson – Alzheimer
 - Hydrocéphalie à pression normale
 - Atteintes neurologiques périphériques :
 - Modifications de la statique rachidienne
 - Etranglement canalaire
 - Myélopathies
 - Affections radiculaires et tronculaires
 - Polyneuropathies

Facteurs de risque de chute

- Affections neuromusculaires :
 - Etiologie endocrinienne : hyperthyroïdies, ostéomalacie, myopathies cortisoniques
 - Pseudopolyarthrite rhizomélique
 - Myasthénie (présentation atypique chez la PA même en l'absence de signes buccofaciaux)
 - Sarcopénie physiologique



Facteurs de risque de chute

- Affections ostéo-articulaires :
 - ❑ Rachidiennes : cervicarthrose – cyphose dorsale ostéoporotique
 - ❑ Coxarthrose limitant l'amplitude articulaire ++
 - ❑ Gonarthrose
 - ❑ Limitation de la dorsiflexion de la cheville +: examen podologique spécialisé
 - ❑ Arthropathies microcristallines
 - ❑ Pathologies du pied : hallux valgus, pied creux antérieur, avant-pied plat

Facteurs de risque de chute

- Autres affections :
 - ❑ Atteintes visuelles : diminution de l'acuité ou du champ visuel (cataracte, glaucome chronique, DMLA)
 - ❑ Dépression (inhibition motrice)
 - ❑ Diminution de l'adaptation à l'effort (insuffisance cardiaque, BPCO, anémie...)
 - ❑ Dénutrition sévère
 - ❑ Diminution de la vigilance (psychotrope...)

Facteurs précipitants

- Ce sont les agents qui déclenchent la chute, souvent multiples et associés entre eux
 - intrinsèques (ensemble des étiologies des malaises et des pertes de connaissance)
 - extrinsèques

Facteurs précipitants intrinsèques

- > 50 % des chutes
- Causes cardiaques :
 - ❑ Troubles du rythme paroxystiques supraventriculaires et ventriculaires
 - ❑ Troubles de la conduction (BAV)
 - ❑ Infarctus du myocarde
 - ❑ Embolie pulmonaire
 - ❑ Sténose aortique sévère

Facteurs précipitants intrinsèques

- Causes vasculaires :
 - ❑ Hypotension orthostatique (10 à 15% des chutes)
 - ❑ Malaise vago-vagal
 - ❑ Hypersensibilité sino-carotidienne
 - ❑ Drop-attacks
 - ❑ Vol sous-clavier

Facteurs précipitants intrinsèques

- Causes neurologiques :
 - AVC
 - Etat confusionnel
 - Hématome sous-dural
 - Crise convulsive

Facteurs précipitants intrinsèques

- Causes métaboliques :
 - ❑ Hypo- et hyperkaliémie
 - ❑ Hypoglycémie
 - ❑ Hypercalcémie

Facteurs précipitants intrinsèques

■ Causes iatrogènes :

- dérivés nitrés
- diurétiques
- digoxine
- **neuroleptiques**
- **anti-dépresseurs**
- cordarone
- anti-diabétiques
- laxatifs
- **benzodiazépines**
- béta-bloquants
- anti-hypertenseurs
- anti-arythmiques
- dextropropoxyphène
- anti-convulsivants
- **L-dopa**
- corticoïdes

Facteurs précipitants extrinsèques

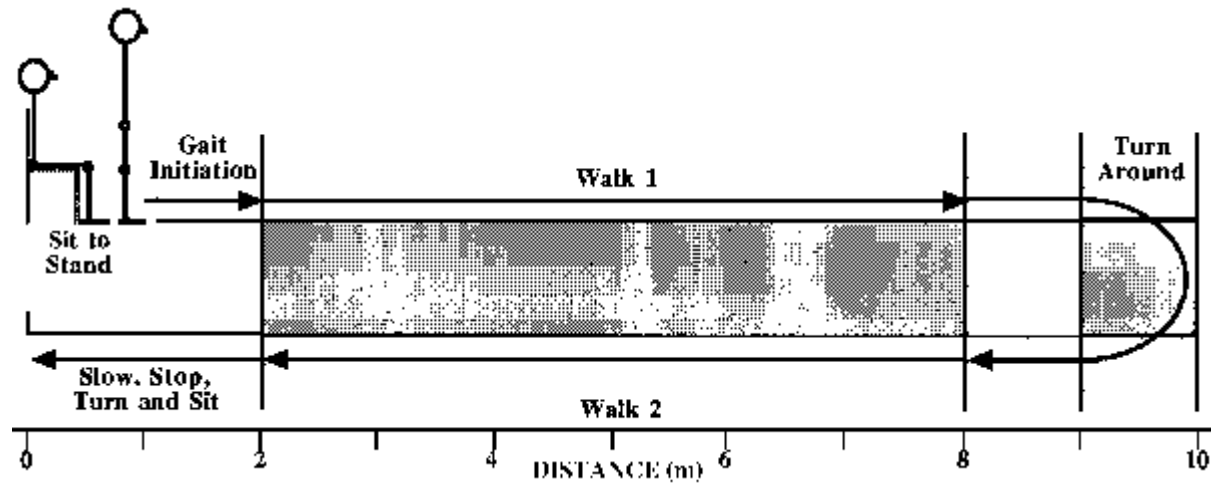
- **Habillement**
 - Chaussures inadaptées
 - Vêtements trop longs
- **Mobilier**
 - Fauteuil, lit trop haut ou trop bas
- **Obstacles au sol**
 - Tapis, fils électriques
 - Carrelage, revêtement de sol irrégulier ou décollé
- **Conditions locales dangereuses ou inadaptées**
 - Mauvais éclairage, baignoire glissante
 - Sol humide ou glissant, toilettes inadaptées

Evaluation des facteurs prédictifs de récurrence de chute

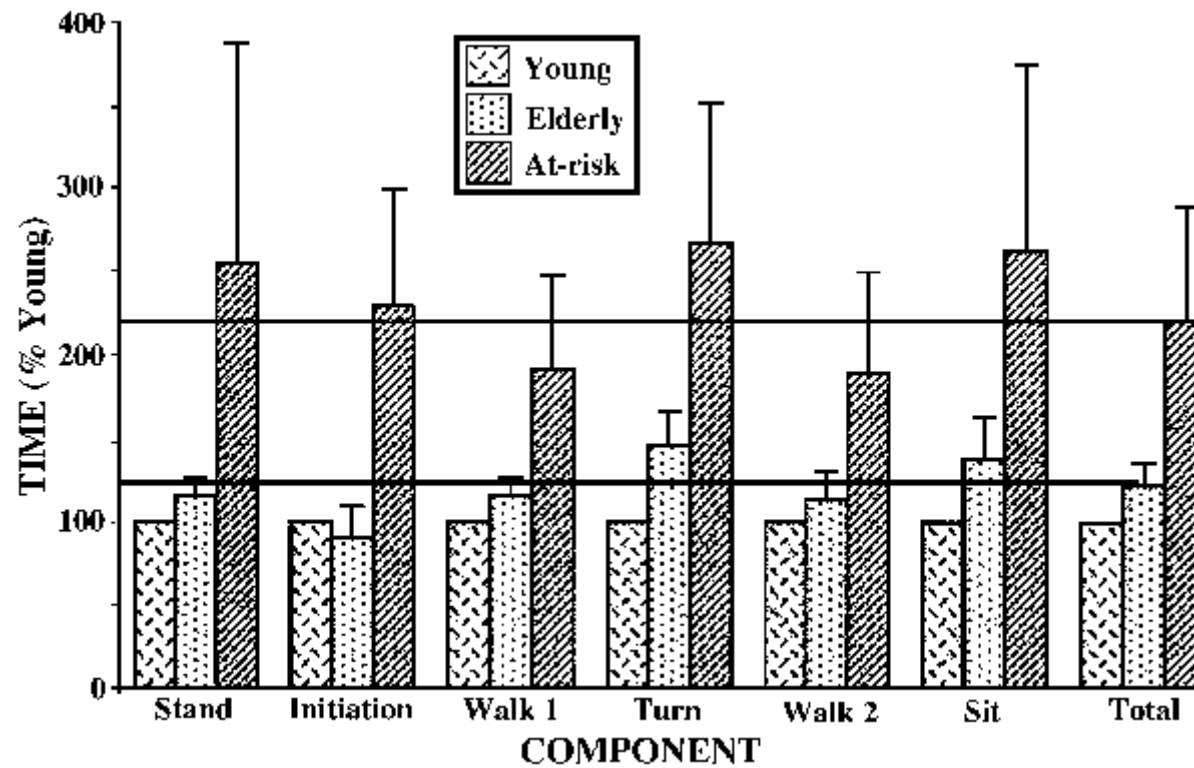
- Nombre de chutes antérieures : une chute dans les trois mois précédents indique un risque élevé de récurrence
- Temps passé au sol > 3 heures : l'impossibilité de se relever du sol après une chute témoigne d'une insuffisance des aptitudes posturales de l'individu est associée à une mortalité importante (40 % décèdent dans les 6 mois)
- Score au test de Tinetti < 20 points
- Exécution du « timed Get up and go test » > 20 secondes = version chronométrée du test du lever de chaise de MATHIAS
- Maintien en station unipodale < 5 secondes
- Altération des réactions d'adaptation posturales : réactions d'équilibration et réactions parachutes
- Arrêt de la marche lorsque l'examineur demande au sujet de parler (walking talking test)

Timed Get up and go test

- Se lever d'une chaise à accoudoirs
- Marcher en avant sur 3 mètres
- Faire demi-tour
- Retourner s'asseoir après avoir fait le tour de la chaise
- $N < 20$ secondes



Timed Get up and go test



Test de TINETTI

- Evaluation clinique de la marche et de l'équilibre
- 9 épreuves analysant l'équilibre (cotées sur 16)
- 7 épreuves analysant la marche (cotées sur 12)
- Chaque item est noté de 0 (franchement anormal) à 1 ou 2 (normal)
- Risque de chute élevé si score < 20/28

L'ÉQUILIBRE		Évaluation de Tinetti de l'équilibre et de la démarche	
1. Équilibre en position assise	<ul style="list-style-type: none"> S'incline ou glisse sur la chaise → 0 Stable, sûr → 1 		
2. Lever	<ul style="list-style-type: none"> Incapable sans aide → 0 Capable mais utilise les bras pour s'aider → 1 Capable sans utiliser les bras → 2 		
3. Essaie de se relever	<ul style="list-style-type: none"> Incapable sans aide → 0 Capable mais nécessite plus d'une tentative → 1 Capable de se lever après une seule tentative → 2 		
4. Équilibre en position debout (5 premières mn)	<ul style="list-style-type: none"> Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc) → 0 Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support → 1 Stable en l'absence d'un déambulateur d'une canne ou d'un autre support → 2 		
5. Équilibre en position debout	<ul style="list-style-type: none"> Instable → 0 Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise une canne, un déambulateur, ou un autre support → 1 Polygone de sustentation étroit sans support → 2 		
6. Au cours d'une poussée (sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible : pousser 3 fois légèrement le sternum du patient)	<ul style="list-style-type: none"> Commence à tomber → 0 Chancelle, s'agrippe, mais maintient son équilibre → 1 Stable → 2 		
7. Les yeux fermés (même position que en 6)	<ul style="list-style-type: none"> Instable → 0 Stable → 1 		
8. Rotation 380°	<ul style="list-style-type: none"> Pas discontinus → 0 Pas continus → 1 Instable (s'agrippe, chancelle) → 0 Stable → 1 		
9. S'asseoir	<ul style="list-style-type: none"> Hésitant (se trompe sur la distance, tombe dans la chaise) → 0 Utilise les bras ou le mouvement est brusque → 1 Stable, mouvement régulier → 2 		
LA MARCHÉ		Score de l'équilibre / 16	
10. Initiation à la marche (immédiatement après l'ordre de marcher)	<ul style="list-style-type: none"> S'incline ou glisse sur la chaise → 0 Stable, sûr → 1 		
11. Longueur et hauteur du pas	<ul style="list-style-type: none"> - Balancement du pied droit <ul style="list-style-type: none"> Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche → 0 Le pas dépasse le pied d'appui gauche → 1 Le pied droit ne quitte pas complètement le plancher → 0 Le pied droit quitte complètement le plancher → 1 - Balancement du pied gauche <ul style="list-style-type: none"> Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit → 0 Le pas dépasse le pied d'appui droit → 1 Le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher → 0 Le pied gauche quitte complètement le plancher → 1 		
12. Symétrie des pas	<ul style="list-style-type: none"> Inégalité entre la longueur des pas du pied droit et gauche → 0 égalité des pas du pied droit, et gauche → 1 		
13. Continuité des pas	<ul style="list-style-type: none"> Arrêt ou discontinuité des pas → 0 Continuité des pas → 1 		
14. Trajectoire (estimée par rapport à un carreau de 30 cm observer le mouvement des pieds sur environ 3 m de trajet)	<ul style="list-style-type: none"> Déviations marquées → 0 Déviations légères ou modérées ou utilise un déambulateur → 1 Marche droite sans aide → 2 		
15. Tronc	<ul style="list-style-type: none"> Balancement marqué ou utilisation d'un déambulateur → 0 Sans balancement mais avec flexion des genoux ou du dos → 1 Sans balancement, sans flexion, sans utilisation des bras et → 2 		
16. Attitude pendant la marche	<ul style="list-style-type: none"> Talons séparés → 0 Talons presque se touchant pendant la marche → 1 		
Plus le score est bas, plus le trouble est sévère Un score total < 26 indique habituellement un problème ; et si < 19, risque de chutes augmenté de 5 fois		Score de la marche / 12	
		Score total (équilibre + marche) / 28	

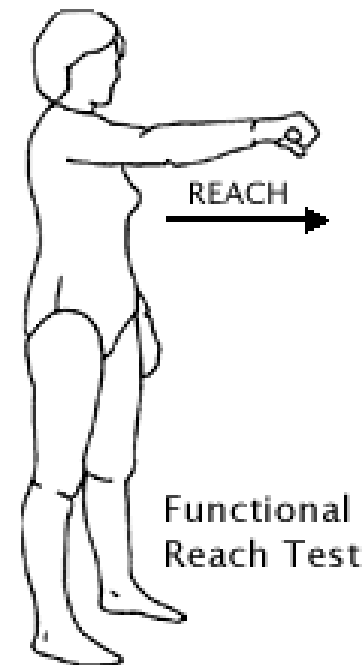
Test en appui unipodal



- Si impossibilité de se tenir plus de 5 secondes en appui unipodal, il y a risque de chute.

Functionnal reach test

- On demande au patient de tendre la main et de se pencher le plus possible.
- On mesure le déplacement de la main qui est $N > 25$ cm
- Témoigne de l'incapacité du sujet à se pencher en avant sans déclencher le pas
- C'est souvent en passant le pas que survient la chute



Cas particulier du patient dément

Cas particulier du patient dément

- Chez malade d'Alzheimer, majoration du risque de chute x 3 (\forall stade et médicament). En institution, risque x 4, surtout la 1^{ère} semaine.

Morris JC, Rubin EH, Morris EJ, Mandel SA. Senile dementia of the Alzheimer type. *Dementia* 1995;6:264-8

- Le déficit cognitif majore le risque de chutes répétées pour un MMS < 24.

Graafmanns et al. Falls in the elderly : a prospective study of risk factors and risk profiles. *Am J Epidemiol* 1996;143:1129-36

- Le déficit cognitif majore le risque de chutes graves: fracture x 3 chez le malade d'Alzheimer. Mortalité à 6 mois de 50% avec MMS bas versus 11% avec MMS élevé.

Lyons AR. Clinical outcomes and treatment of hip fractures. *Am J Med* 1997;2A:51S-63S.

Cas particulier du patient dément

- Le risque de chute n'évolue pas linéairement avec la sévérité de la démence:
 - Pour certains, pas de relation entre la sévérité d'une maladie d'Alzheimer et la fréquence des chutes.
Morris JC, Rubin EH, Morris EJ, Mandel SA. Senile dementia of the Alzheimer type. Dementia 1995;6:264-8
 - Pour d'autres, le risque de chute chez le malade d'Alzheimer est maximal au stade modéré.
Capezuti E, Evans L, Strumpf M. Physical restraint use and fall in nursing home residents. JAGS 1996;44:627-33.
- Le risque de chute se module selon l'étiologie de la démence: chutes fréquentes dans la « maladie de Parkinson vieillesse », la maladie à corps de Lewy (37% vs 6% chez Alzheimer) Ballard et al. The prevalence, assessment and association of falls in dementia with lewy bodies and Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cognit Disord 1999;2:97-103.

POURQUOI?

Meta-analyse: D.Strubel, JM Jacquot, C Martin-Hynyadi. Démence et chutes. Ann Réadaptation Med Phys 2001;44:4-12

- **Troubles cognitivo-comportementaux:**
 - ❑ Troubles du jugement: mauvaise évaluation du risque ou de ses propres capacités
 - ❑ Troubles praxiques: vestimentaire, utilisation inadéquate du mobilier...
 - ❑ Troubles attentionnels: épreuve des « doubles tâches »
 - ❑ Troubles visiospatiaux: mauvaise appréhension de l'espace en 3D.
 - ❑ Troubles comportementaux: déambulation (fatigue et inattention croissante), agitation, altercations...

POURQUOI?

- **Troubles de la perception visuelle** (indépendamment de toute pathologie ophtalmo): baisse de la perception des formes, des couleurs et mouvements, troubles de la sensibilité au contraste et de la profondeur.
- **Troubles de l'équilibration:** altérations de l'équilibre statique et dynamique chez les MCI (MMS $27,3 \pm 2,4$), plus nettes chez maladie d'Alzheimer légère (MMS $22,1 \pm 3,9$)
- **Troubles moteurs chez MCI et MA débutante:** épreuves de coordination des membres altérées évoquant une origine sous corticale. 10 à 60% des malades d'Alzheimer présentent un syndrome extrapyramidal.

POURQUOI?

- **Troubles de la marche:**
 - tardifs chez les malades d'Alzheimer, augmentent avec sévérité du déclin cognitif. Marche de type précautionneuse puis frontale.
 - Précoces et plus francs chez DCLD, marche de type parkinsonienne.
 - De type apraxique dans les HPN, jusqu'à l'astasié-abasie.
- **Dénutrition protéino-énergétique:** fréquente chez les déments ⇒ baisse masse maigre ⇒ sarcopénie ⇒ baisse force musculaire
- **Effets des traitements:** sédation, myorelaxant (benzo), antipsychotique, neuroleptique...
- **La peur de tomber:** significativement associée au statut cognitif.

Conséquences de la chute

- **Conséquences traumatiques :**
 - ❑ 6 à 8 % seulement sont responsables de fractures dont une fois sur trois de l'extrémité supérieure du fémur
- **Conséquences psychomotrices :**
 - ❑ Sidération des automatismes acquis avec difficulté à se maintenir en orthostatisme :
syndrome post-chute : URGENCE GERIATRIQUE car en l'absence de prise en charge adaptée évolue vers un syndrome de régression psychomotrice

Syndrome post-chute

- Troubles de la statique en position assise avec rétropulsion et impossibilité de passage en antépulsion
- Position debout non fonctionnelle se caractérisant par une projection du tronc en arrière (réthropulsion), un appui podal postérieur et un soulèvement des orteils
- Marche à petits pas, avec appui talonnier antiphysiologique, élargissement du polygone de sustentation, flexion des genoux, sans temps unipodal ni déroulement du pied au sol

Conséquences de la chute

- **Conséquences psychologiques :**
 - ❑ Anxiété majeure avec peur du vide antérieur qui gêne la marche et peut conduire à un refus de toute verticalisation
 - ❑ La PA prend conscience de sa fragilité
 - ❑ Perte de confiance en soi
 - ❑ Sentiment d'insécurité et de dévalorisation avec repli sur soi, démotivation et restriction des activités

Conséquences de la chute

- Cette situation est souvent aggravée par l'entourage qui a tendance à surprotéger la PA de peur d'une nouvelle chute et refuse souvent le retour à domicile
- Négociation entre la famille, le patient et le personnel soignant ++

Traitement du sujet âgé après la chute

- Prise en charge précoce, active, rapidement efficace, globale
- Traiter les conséquences traumatiques éventuelles
- Traiter les facteurs précipitants intrinsèques permettra une verticalisation précoce, le soutien psychothérapeutique ayant débuté en même temps
- Traiter les facteurs de risque

Traitement fonctionnel de réadaptation

- Tenter une verticalisation quelles que soient les possibilités de participation du patient
- Nécessite parfois plusieurs personnes
- L'initiation d'une marche ne sera possible qu'après 8 à 10 jours
- Cela implique la participation de toute l'équipe soignante, des explications précises et un soutien adapté.

Traitement fonctionnel de réadaptation

- Enseigner au patient comment se relever du sol pour limiter les conséquences d'une récurrence de chute : effectuer une bascule sur le côté puis sur le ventre, regrouper les genoux sous l'abdomen pour relever le tronc au besoin après mouvement de reptation afin de s'approcher et pouvoir s'accrocher à un point d'appui stable

Intervention du kinésithérapeute

- Proposer à la PA un programme personnalisé de rééducation-adaptation destiné à améliorer ses capacités physiques et à renforcer son autonomie et doivent intégrer :
 - ❑ Rééducation de la force musculaire des muscles porteurs
 - ❑ Rééducation de l'équilibre et de la marche
 - ❑ Apprentissage de l'usage approprié de matériels d'assistance (cannes, déambulateurs...)

Intervention du kinésithérapeute : ordonnance

- Rééducation analytique et globale musculo-articulaire de la posture, de l'équilibre et de la coordination pour dysautonomie

Protecteurs de hanche



Protecteurs de hanche

- L'arrêté du 18 juin 2002 (JO 2002, p. 11302) a autorisé le remboursement des protecteurs "*Hips*" et "*KPH*" uniquement pour les personnes âgées institutionnalisées, de 70 ans et plus (prix de vente maximum de 123 euros). La prise en charge est assurée pour un ensemble de 3 slips adaptés à une paire de protecteurs. Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 3 ans à compter de la précédente prise en charge (Tableau I).

Protecteurs de hanche

NOM	MATÉRIEL	SOCIÉTÉ	
Air choc	Coussins souples amovibles	Siminov SARL, 43, Chemin de Porcé 44600 Saint-Nazaire	Tél. : 02. 40. 70. 03. 03
Hips	Coques semi-rigides amovibles	Mediris SA, 50, rue Marcel-Dassault 92100 Boulogne	Tél. : 01. 46. 42. 06. 45 www.hips.dk
KPH	Coques composites amovibles	Gibaud SAS 73, rue de La Tour, BP78 42002 St-Étienne Cedex 1	Tél. : 04. 77. 91. 30. 31 Fax : 04. 77. 79. 62. 66 commande@gibaud.com
SafeHip	Coques rigides cousues	Apothecare International, 5, Place Pigalle, 75009 Paris	Tél. : 01. 40. 33. 11. 30 Safehip@tytex.com

Psychothérapie de soutien

- La station prolongée au sol est un évènement de stress aigu qui réveille des peurs existentielles.
- Les soignants chercheront à faire narrer cette aventure par le patient de nombreuses fois afin que l'expression verbale facilite l'inscription de ce traumatisme dans l'histoire psychique du patient = temps d'écoute ++
- Avis spécialisé d'un psychiatre si dépression

Evaluation médico-sociale

- Variables selon les centres
- Dépend de la communication entre les évaluateurs et les réseaux de soutien sanitaire et sociaux de proximité
- Adaptation voire aménagement du domicile réalisé avec l'aide d'un ergothérapeute dans le cadre d'un réseau gérontologique

Éviter les situations à risque chez le dément

■ Éviter la déambulation? Non

- ❑ Maintenir un bon état nutritionnel
- ❑ Éviter les traitements sédatifs
- ❑ Maintenir une activité physique
- ❑ La contention physique ne diminue pas le risque de chute, mais aggrave ses conséquences
- ❑ Faire accepter à l'entourage familial et/ou soignant la prise de risque de la déambulation.
- ❑ Adaptation de l'environnement matériel et humain, alliant liberté et sécurité

Recommandations pratique clinique

Points clé

Points clé 1 : repérer la personne à risque

- Penser systématiquement au risque : demander à toute PA, si besoin à son entourage, quel que soit le motif de consultation, si elle est tombée durant l'année précédente et dans quel contexte (grade C)
- Rechercher les facteurs de risque (grade C)

Points clé 1 : repérer la personne à risque

- Réaliser quelques tests simples en cours de consultation :
 - Voudriez-vous vous lever et faire quelques pas – Timed up and go test); 3 tests successifs précédés d'un test d'apprentissage non comptabilisé
 - Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe? (test unipodal) anormal si < 6 secondes
 - Poussée sternale
 - Que pensez-vous de...? (walking and talking test)

Points clé 2 : évaluer le risque et intervenir

- Evaluation et intervention sont de plus en plus intriquées et nécessairement multifactorielles et interdisciplinaires au fur et à mesure du vieillissement (grade A)
- Une coordination efficace entre les différents intervenants est indispensable.

Points clé 2 : évaluer le risque et intervenir

- PA en bonne santé vivant à domicile :
 - Évaluation : facteurs de risque de chute (repérage)
 - Stratégies thérapeutiques :
 - Encouragement à poursuivre l'activité physique
 - Mise en place de programmes de rééducation adaptés

Points clé 2 : évaluer le risque et intervenir

- PA fragiles vivant à domicile ou en institution:
 - Évaluation : idem + évaluation gériatrique standardisée (MMS, ADL, IADL, statut nutritionnel, troubles de l'équilibre et de la marche) + évaluation de l'habitat
 - Stratégies thérapeutiques :
 - Programme d'intervention en fonction des résultats notamment apprentissage du relever
 - Aménagement de l'habitat (dont système de télé-alarme)

Points clé 2 : évaluer le risque et intervenir



- PA dépendantes vivant en institution:
 - Évaluation : idem + évaluation des polypathologies
 - Stratégies thérapeutiques :
 - Prise en charge des polypathologies en particulier des démences type Alzheimer
 - Remise en question des contentions éventuelles

Bibliographie

- Les chutes – Corpus de Gériatrie – 2000
- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – Recommandations pour la pratique clinique – SFDRMG – HAS – novembre 2005
- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée à domicile – Référentiel de bonne pratique – INPES – novembre 2005
- Pr. Philippe THOUMIE – Marc KREUTER -Les chutes de la personne âgée – Le généraliste n° 2387 – 27/10/2006
- www.protec-chute.com (en cours d'élaboration)

Après le lundi de Pentecôte / journée de solidarité, les vieux nous remercient :

