

Recommandations pour la pratique clinique

## **Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée**

### **Fiche de synthèse**

Novembre 2005

**Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la**

## FICHE DE SYNTHÈSE

Les capacités d'adaptation au risque de chute accidentelle déclinent régulièrement avec l'avancée en âge. De nombreux facteurs intrinsèques ou extrinsèques peuvent favoriser la chute<sup>1</sup>. Les conséquences en termes de mortalité et de morbidité justifient une démarche de prévention systématique.

### POINT CLÉ 1 : REPÉRER LA PERSONNE À RISQUE

**1/ Penser systématiquement au risque** : demander à toute personne âgée, 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).

### 2/ Rechercher les facteurs de risque (grade C)

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge : plus de 80 ans</li> <li>- Santé et état fonctionnel : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes</li> <li>- Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence, notamment urinaire par impériosité</li> <li>- Troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche (anomalies et vitesse), équilibre postural et/ou dynamique altéré</li> <li>- Réduction de l'acuité visuelle</li> <li>- Prise de médicaments : polymédication (au-delà de 4), psychotropes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition</li> <li>- Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne), prise de risque, habitat mal adapté</li> </ul>

### 3/ Réaliser quelques tests simples en cours de consultation (grade C)

<b>Voudriez-vous vous lever et faire quelques pas ? (Timed up and go test)</b> 3 tests successifs, précédés d'un test d'apprentissage non comptabilisé	Le patient doit se lever d'un siège banal, faire environ 3 mètres, tourner, et revenir s'asseoir sans l'aide d'une autre personne (avec ou sans aide de type canne) Déficit de mobilité à partir de 20", important au-delà de 29"
<b>Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe ? (test unipodal)</b>	Considéré comme anormal si tient moins de 5 secondes
<b>Poussée sternale</b>	Un déséquilibre à la poussée est prédicteur du risque de chute
<b>QUE PENSEZ-VOUS DE ... ? (walking and talking test)</b>	Les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention

<sup>1</sup> Les chutes accidentelles dues à une perte de connaissance, la survenue d'un accident vasculaire cérébral ou des accidents extrinsèques majeurs sont exclues de cette définition et n'ont pas été prises en compte dans ces recommandations.

## POINT CLÉ 2 : ÉVALUER LE RISQUE ET INTERVENIR

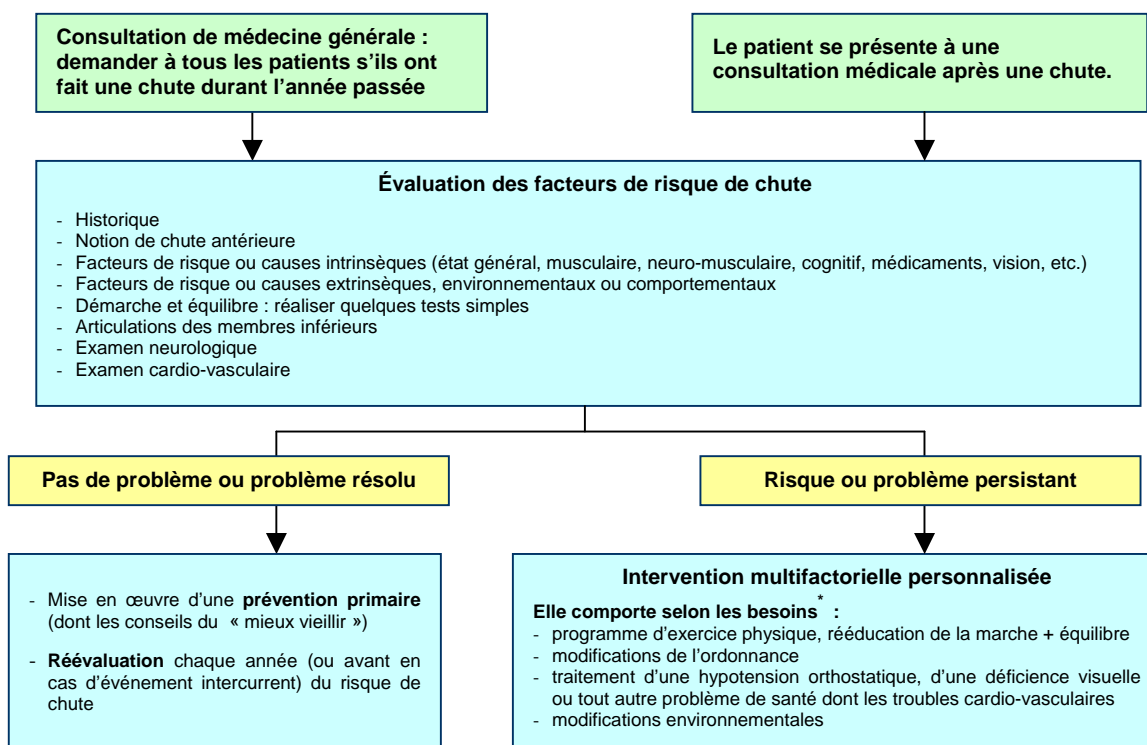
Évaluation et intervention sont de plus en plus intriquées et nécessairement multifactorielles et interdisciplinaires au fur et à mesure du vieillissement (grade A), selon les propositions résumées ci-dessous.

Étapes du vieillissement	Évaluation	Stratégies spécifiques	Stratégies communes à toutes les étapes
Personnes âgées en bon état de santé vivant à domicile	Évaluation de la chute éventuelle et/ou des facteurs de risque de chute (cf. repérage)	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correction des déficits neurosensoriels.</li> <li>- Attention particulière au pied de la personne âgée (chaussage et soins)</li> </ul>
Personnes âgées fragiles à domicile ou en institution	Idem + évaluation gériatrique standardisée (MMS, ADL, IADL, statut nutritionnel, troubles de l'équilibre et de la marche) + évaluation de l'habitat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmes d'intervention en fonction des résultats, notamment apprentissage du relever</li> <li>- Aménagement de l'habitat (dont la mise en place des systèmes de télé-alarme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseils nutritionnels (préventifs), correction des déficits nutritionnels le cas échéant (notamment chez les personnes âgées dépendantes)</li> <li>- Mesures préventives et/ou curatives de l'ostéoporose, dont la supplémentation en vitamine D, surtout chez les personnes confinées à domicile ou en institution</li> </ul>
Personnes âgées dépendantes vivant en institution	Idem + évaluation des polyopathologies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des polyopathologies, en particulier des démences de type Alzheimer</li> <li>- Remise en question des contentions éventuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche et correction d'éventuels facteurs de risque iatrogènes, allègements thérapeutiques chaque fois que possible</li> </ul>

MMS : *Mini Mental Statement* ; ADL : *Activities of Daily Living* ; IADL : *Instrumental Activities of Daily Living*.

\* L'usage de protecteurs de hanche est recommandé en cas de risque élevé de fracture de hanche.

Chaque proposition doit être clairement expliquée et négociée au cours de la consultation, en respectant les besoins, craintes, représentations et valeurs propres à la personne concernée. Une **coordination efficace** entre les différents intervenants est indispensable



\* Le rythme et les modalités du suivi de cette intervention sont à définir au cas par cas.

**Figure 1.** Arbre décisionnel pour la prévention des chutes chez la personne âgée.