



RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées

OUTIL D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

Avril 2009

Avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la



Sommaire

Question n°1. Quelle est la définition des chutes répétées ?.....	4
Question n°2. Quels sont les signes de gravité des chutes répétées ?.....	4
Question n°3. Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?	7
Question n°4. Quelles sont les interventions permettant de prévenir les récurrences de chutes et leurs complications, chez une personne âgée faisant des chutes répétées ?	9

La démarche d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées a été décomposée en plusieurs étapes successives exprimées sous forme de questions qu'il est nécessaire de se poser devant une personne âgée faisant des chutes :

- **Question n°1. Quelle est la définition des chutes répétées ?**
Objectif : identifier les critères diagnostiques des chutes à répétition.
- **Question n°2. Quels sont les signes de gravité des chutes répétées ?**
Objectif : identifier les signes de gravité mettant en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel.
- **Question n°3. Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?**
Objectif : rechercher les facteurs de risque de chutes prédisposant et précipitant.
- **Question n°4. Quelles sont les interventions permettant de prévenir les récurrences de chutes et leurs complications, chez une personne âgée faisant des chutes répétées ?**
Objectif : proposer les interventions reconnues efficaces et adaptées à la personne âgée faisant des chutes répétées.

Question n°1. Quelle est la définition des chutes répétées ?

[Objectif : Identifier les critères diagnostiques des chutes répétées]

		Critères		Présents	
		Types	Définitions	Oui	Non
Chute		– Se retrouver sur le sol ou à un niveau inférieur par rapport au niveau de départ			
		– Involontairement			
Répétition		– ≥ 2 chutes sur une période de 12 mois			

Question n°2. Quels sont les signes de gravité des chutes répétées ?

[Objectif : Identifier les signes de gravité mettant en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel]

		Critères		Questions à poser et/ou signes cliniques à rechercher, et/ou examens paracliniques à demander	Présents	
		Types	Définitions		Oui	Non
Conséquences	Chute	En relation avec l'impact du corps sur la surface du point d'arrivée		– <u>Question</u> : Y a-t-il eu un traumatisme physique ? – <u>Signes cliniques</u> : Douleurs aiguës à la palpation du rachis, des côtes, des membres inférieurs, une impotence fonctionnelle et/ou une déformation d'un membre inférieur, traumatisme de la face, et/ou une lacération cutanée de grande taille et/ou dépassant l'hypoderme, et/ou trouble de la conscience – <u>Examens paracliniques</u> : si point d'appel clinique, faire radiographie de la zone considérée, et/ou un scanner cérébral		
			– Fracture			
		– Luxation				
		– Hématome intracrânien ou périphérique volumineux				
		– Traumatisme facial				
		– Lésion cutanée de grande taille et/ou dépassant l'hypoderme				
		En relation avec la durée de séjour au sol		– <u>Questions</u> : Le séjour au sol a-t-il dépassé une heure ? La personne a-t-elle pu se relever seule après la chute ? – <u>Signes cliniques</u> : température corporelle $\leq 35^\circ$ ou $\geq 38^\circ$, foyer de crépitations et/ou		
		– > 1 heure				
	– Elévation des CPK					
		– Anomalie de la température corporelle				

		- Escarre	syndrome de condensation pulmonaire, lésion cutanée à un point de pression.			
		- Pneumopathie d'inhalation				
		- Déshydratation		- <u>Biologie</u> : Dosage des CPK et de la créatinine sérique		
		En relation avec un syndrome post chute (suppose d'avoir écarté préalablement des traumatismes physiques)		- <u>Questions</u> : La personne peut-elle se tenir debout sans aide après la chute? A-t-elle peur de faire une autre chute ?		
	Affections responsables de la chute	- Hypertonie oppositionnelle ou extrapyramidale	- <u>Signes cliniques</u> : Hypertonie extrapyramidale, et/ou rétropulsion, et/ou appréhension de la station debout ou lors du passage à la station debout ou immédiatement après			
		- Rétropulsion				
		- Phobie de la station debout				
		Cardio-vasculaire	- <u>Questions</u> :			
		Neurologique	Y a t-il eu un malaise et/ou une perte de connaissance au moment de la chute ?			
		Infectieuse	Y a t-il eu un déficit neurologique sensitivomoteur constitué ou transitoire ?			
Métabolique	Y a t-il eu un trouble de la conscience ?					
		Y a t-il eu un vertige ?				
		Y a-t-il eu un état fébrile ou une pathologie infectieuse ?				
		Y a-t-il prise d'un médicament hypoglycémiant ?				
		- <u>Signes cliniques</u> : Ausculter le cœur et les poumons, rechercher une hypotension orthostatique (PA couchée et 1, 2 et 3 mn après lever), un déficit neurologique sensitivomoteur, et une ataxie, mesurer la température corporelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$.				
		- <u>Examens paracliniques</u> : ECG standard 12 dérivations, glycémie chez la personne diabétique				

Récidive chutes	Risque de récurrence de chute grave	Augmentation récente de la fréquence des chutes au cours des dernières semaines	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Question</u> : Y a-t-il eu une augmentation de la fréquence des chutes ces dernières semaines ? - <u>Signes cliniques</u> : Comptabiliser les facteurs de risque de chute (voir recommandation 15 pour plus de détails), Réaliser 2 tests fonctionnels standardisés et chronométrés : station unipodale et Timed Up & Go. - <u>Examens paracliniques</u> : aucun à titre systématique ; à réaliser en fonction d'indications guidées par les données de l'évaluation clinique 		
		Nombre de facteurs de risque de chute \geq 3			
Station unipodale > 5 secondes et Timed Up & Go test \geq 20 secondes					
Risque de récurrence de chute grave	Terrain à risque de chute grave	Ostéoporose sévère définie par un T-score < -2,5 DS sur l'ostéodensitométrie et/ou antécédent de fracture ostéoporotique	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Questions</u> : La personne a-t-elle une ostéoporose sévère ? Prend-elle un ou des médicament(s) anticoagulant(s) ? Vit-elle seule ? A-t-elle des aides à domicile ? - <u>Signe clinique</u> : néant - <u>Examens paracliniques</u> : aucun à titre systématique ; à réaliser en fonction d'indications guidées par les données de l'évaluation clinique 		
		Prise de médicaments anticoagulants			
		Isolement socio familial et/ou vivre seul			
Conséquences à distance		Facteurs exposant à un risque de récurrence de chute grave :	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Questions</u> : voir ci-dessus - <u>Signes cliniques</u> : voir ci-dessus - <u>Examens paracliniques</u> : aucun à titre systématique ; à réaliser en fonction d'indications guidées par les données de l'évaluation clinique 		
		- La peur de chuter et une restriction des activités de la vie quotidienne			
		- L'existence d'un syndrome post-chute			

Question n°3. Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?

[Objectif : Rechercher les facteurs de risque de chute prédisposant et précipitant]. Les facteurs pour lesquels PM figure dans la colonne Note sont potentiellement modifiables par des interventions appropriées.

Types	Critères Définitions	Présents		Note
		Non	Oui	
Prédisposant	Age \geq 80 ans			
	Femme			
	ATCD de fractures traumatiques			
	• Polymédication (Prise de plusieurs classes thérapeutiques par jour)			PM
	– Prise de psychotropes (neuroleptiques, et/ou antidépresseurs, et/ou hypnotiques, et/ou benzodiazépines)			PM
	Prise de médicaments cardiovasculaires : diurétiques, digoxine, antiarythmiques de classe 1			
	Trouble de la marche et/ou de l'équilibre :			PM
	▪ Timed up & go test \geq 20 secondes			
	▪ Station unipodale \leq 5 secondes			
	– Faiblesse musculaire des membres inférieurs et/ou dénutrition			PM
	▪ Capacité à se lever d'une chaise sans l'aide de ses mains			
	▪ Index de masse corporelle $<$ 21 kg/m ²			
	▪ Perte de poids \geq 5% en 1 mois ou \geq 10 % en 6 mois			
	– Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis			
	– Anomalie des pieds (déformations des orteils et durillons)			PM
	– Troubles de la sensibilité des membres inférieurs :			PM
	▪ Anomalie de perception du monofilament au niveau de la voûte plantaire			
	▪ Anomalie de perception des vibrations du diapason placé au niveau de la malléole externe de la cheville			
– Baisse de l'acuité visuelle			PM	
– Symptomatologie dépressive			PM	
– Déclin cognitif :			PM	
▪ Score au MMSE $<$ 27/30 anormal				
▪ Test bref d'évaluation cognitive anormal				

Précipitant	– Cardio-vasculaire :			PM
	▪ Malaise et/ou perte de connaissance			
	▪ Hypotension orthostatique			
	▪ ECG anormal			
	– Neurologique :			PM
	▪ Déficit sensitivomoteur transitoire et/ou constitué			
	▪ Syndrome extrapyramidal			
	▪ Confusion mentale			
	– Vestibulaire :			PM
	▪ Vertige			
	▪ Sensation d'instabilité			
	▪ Nystagmus			
	– Métabolique :			PM
	▪ Hyponatrémie			
▪ Hypoglycémie				
▪ Prise d'insuline et/ou d'antidiabétiques oraux				
▪ Consommation excessive d'alcool				

Question n°4. Quelles sont les interventions permettant de prévenir les récurrences de chutes et leurs complications, chez une personne âgée faisant des chutes répétées ?

[Objectif : Proposer les interventions reconnues efficaces et adaptées à la personne âgée faisant des chutes répétées]

Intervention	Indiquée	Applicable	
		Oui	Non
1. Correction/traitement des facteurs prédisposant ou précipitant modifiables :			
– Révision de la prescription des médicaments si polymédication et/ou prise des psychotropes ou de médicaments cardiovasculaires à risque			
– Corriger la dénutrition, une baisse de la vision liée à la cataracte, une hypotension orthostatique, un trouble du rythme ou de conduction, une hypoglycémie, des déformations des pieds, traiter une dépression			
2. Port de chaussures à talon large et bas, à semelles fines et fermes avec une tige remontant haut			
3. Aides techniques et aménagement de l'environnement			
– Utilisation d'une aide technique à la marche adaptée au trouble de la marche et/ou de l'équilibre			
– Adapter l'environnement : Corriger les facteurs de risque de chute environnementaux (éclairage, encombrement du lieu de vie)			
4. Pratique régulière de la marche et/ou de toute autre activité physique			
5. Apport journalier d'au moins 800 UI de vitamine D si carence en vitamine D			
6. Apport journalier calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g			
7. Education de la personne et des aidants			
8. En cas d'ostéoporose avérée, débuter un traitement anti-ostéoporotique			

<p>9. En cas de trouble de la marche et/ou de l'équilibre, prescrire des séances de kinésithérapie incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un travail de l'équilibre postural statique et dynamique - Un renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs - D'autres techniques, incluant la stimulation des afférences sensorielles ou l'apprentissage du relevé du sol, peuvent être aussi proposées. <p>Ces pratiques doivent être régulières avec des exercices d'intensité faible à modérée. Il est souhaitable de poursuivre les exercices en autorééducation entre et après les séances, afin de prolonger les acquis de la rééducation dans la vie quotidienne</p>			
---	--	--	--