



Chute

IPPAE

Gériatrie

Dr Emmanuelle Magny





Référentiel

Référentiel des Collèges Gériatrie 5ème édition, 2021

HAS. Synthèse. Personne âgée à risque de chute. mars 2024

HAS. Fiche. Le patient à risque de chutes. Outil n°3. 2020

HAS. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009

HAS. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. 2005





Chute chez la personne âgée

« fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ »

Fréquent : 50% >85 ans >1chute/an

Grave, du fait des conséquences

- décès
- physiques (tissus mous, fractures osseuses)
- psychologiques ...
- ↑ de la dépendance
- ↑ des institutionnalisations
- ↑ d'hospitalisation

Récidive « qui a chuté chutera »

Multifactoriel ++

Evaluer le risque de chute (EGS)

- times up and go test,
- appui unipodal (5s),
- vitesse de marche...





Que faire face à une chute ?



Evaluer la gravité

Bilan étiologique

Traiter les causes
&
Prévenir les complications





Interrogatoire



- Circonstances de survenue:
 - Ou ? Quand? Temps au sol?
 - Comment : position/environnement ?
 - Pourquoi : trauma, malaise, vertige/confusion, fièvre, douleur déficit, OH, ttt ?
 - Combien: chutes/an, mécanisme antérieur des chutes ? Cause aigue ? Chutes récentes et de plus en plus rapprochées?
- Terrain:
 - capacité à se relever? Appeler à l'aide?
 - Téléalarme? Aide au domicile?
 - TTT +++ : AOD/AVK/AAP
- Fractures => douleur / déformation?
- Reprise de la marche?





HAS 2024

Une chute grave est :

- une chute avec au moins une autre chute dans la dernière année (chutes répétées) ;
- une chute qui justifie une hospitalisation ou une intervention médicale. Il s'agit en particulier de chutes compliquées d'une fracture ou d'un autre type de traumatisme sévère ;
- une chute avec station au sol de plus de 1 heure du fait de l'incapacité de la personne à se relever. La station prolongée au sol après une chute est un facteur de mauvais pronostic avec une mortalité à 6 mois multipliée par deux ;
- une chute chez une personne fragile (7) ;
- une chute sans cause évidente, faisant suspecter une perte de connaissance (7).





Signes de gravité de la chute

Liée au caractère répété des chutes

- Chute à répétition (≥ 2 en 12 mois)

Liée aux étiologies de la chute

- IDM, AVC, TDR/TDC...

Liée aux situations médico-sociales à risque de complications:

- Traitement par anticoagulants ou antiagrégants
- Isolement socio-familial
- Ostéoporose avérée





Signes de gravité de la chute

Liée aux conséquences :

- Traumatismes (os/crâne)
- Station au sol prolongée (EP, IRA, inhalation, déshydratation, escarres, psycho ...)
- Psychologiques
- Sd post chute



Apports reco HAS 2024

Le risque de première chute est le nombre de personnes ayant chuté au moins une fois par unité de temps chez les personnes n'ayant pas d'antécédent de chute. Le risque de première chute serait le reflet de l'impact des interventions de réduction des chutes en termes de prévention primaire.

Si le premier facteur de risque de chute est l'antécédent de chute dans les 12 derniers mois, le risque de première chute est augmenté en cas de (7) :

- « peur de tomber » ;
- sensation d'instabilité à la verticalisation ou à la marche ;
- troubles de l'équilibre ou de la marche qui peuvent être authentifiés par :
 - un *Timed Up and Go test* (TUG) supérieur à 15 secondes ;
 - ou un test de vitesse de marche inférieure à 0,8 m/seconde, c'est-à-dire une marche lente avec plus de 5 secondes pour parcourir 4 mètres.





Repérage du risque de chute

Les trois questions qui doivent être posées pour repérer un risque de chute lors d'une visite de santé d'une personne âgée sont :

- a) Êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois ?
- b) Vous sentez-vous instable en vous mettant debout ou en marchant ?
- c) Avez-vous peur de tomber ?

 GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

QU'EST-CE QUI FAIT CHUTER LES PERSONNES ÂGÉES ?

- 1 - L'INACTIVITÉ PHYSIQUE
- 2 - LA PEUR DE LA CHUTE
- 3 - LA DÉNUTRITION
- 4 - LA BAISSÉ DE LA VUE ET DE L'AUDITION
- 5 - LES RISQUES DU LOGEMENT



Chacun de ces 5 signes augmente le risque de chute chez les personnes âgées. Les connaître c'est déjà pouvoir agir pour les prévenir.

PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

Mission plan antichute des personnes âgées
Secrétariat général des territoires - Département des affaires sociales
chateau-lanoux@solidarites.gouv.fr

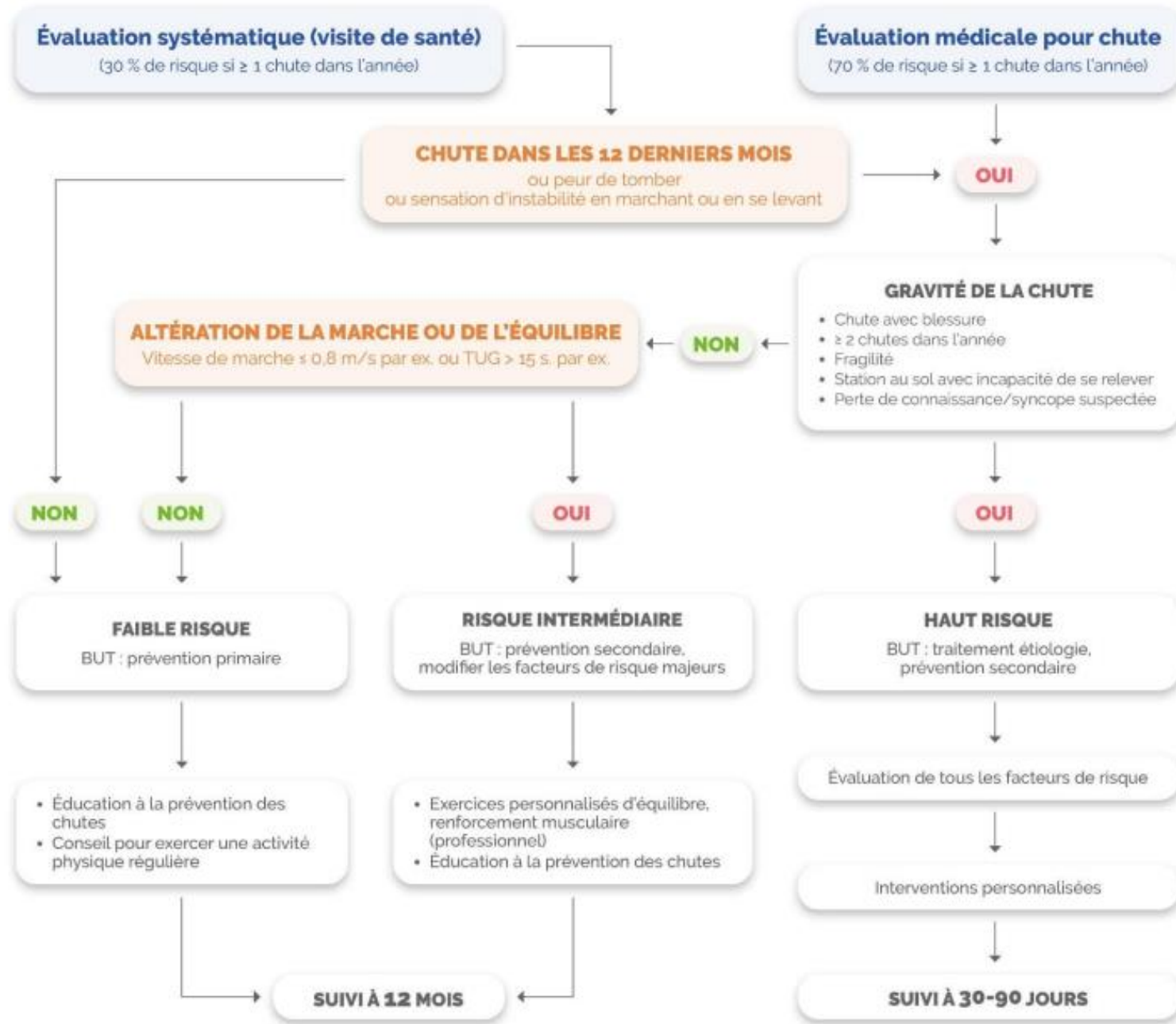


Figure 1. Algorithme pour l'évaluation du risque de chute (7)



Syndrome post chute (désadaptation posturale)

Urgence & gravité : mauvais pronostic fonctionnel

Non corrélé au caractère traumatisant ou fréquent de la chute

⇒ hospitalisation, prise en charge pluridisciplinaire: kine, ergo, psychomot, psy...

Éléments moteurs:

- Assis : impossibilité du passage en antépulsion pour se lever
- Marche: **rétropulsion**. Petits pas glissés, élargissement du polygone de sustentation.
- **Hypertonie oppositionnelle**
- Perte des réactions d'adaptation posturale et réactions parachutes

Éléments psychologiques : **anxiété majeure** à la verticalisation





Bilan étiologique

Facteurs prédisposants : pathologies, iatrogénie +/- modifiables

Facteurs précipitants : pathologies, iatrogénie, addictions, facteurs extrinsèques = environnementaux

À rechercher +++





Facteurs prédisposants

Antécédents +++

- Neuro : AVC, Park...
- Neuromusculaire : dénutrition...
- Ostéoarticulaire : coxarthrose, arthrose
- Affections visuelles

Traitement et iatrogénie:

- antiHTA=> HTO
- Psychotropes=> bzd, nrl, hypnotiques
- Diurétiques => déshydratation, iono...





Facteurs prédisposants

Age > 80 ans

Sexe féminin

Atcd de chute et de fracture traumatique

Polymédication / Iatrogénie : ttt neuropsych / CV: diurétiques, antiarythmique

Troubles de la marche et de l'équilibre

Troubles neuro/cognitifs/depression

Dénutrition/sarcopénie

IMC 30kg/m²

Arthrose : rachis MI/douleur / trouble de l'appareil locomoteur

Troubles mictionnels

Troubles sensibilité des pieds

Baisse de l'acuité visuelle

Douleur

HTO

Environnement à risque





Facteurs précipitants

Anamnèse ++ interroger témoins

- Cardio : **ECG** => SCA, EP
- Vasculaire : HTO, syncope
- Neuro: TDMc => AVC, confusion épilepsie...
- Métabolique : glycémie, calcémie, natrémie (déshydratation ++)
- Infection
- Iatrogénie (intro/sevrage)
- Toxiques
- Prise de risque

- Décompensation de toute pathologie sous jacente





Quel bilan de débrouillage?

- NFS, Plaquettes
- Albuminémie, CRP
- Ionogramme sanguin, créatinine, calcémie
- Dosage sérique de la vitamine D
- GAJ - HbA1c si patient diabétique

- ECG systématique
- CPK si station au sol >1h
- Radiographie si suspicion de fracture
- TDMc si signe de localisation, TC, PC, circonstances inconnues, ttt anticoagulant /antiagrégant plaquettaire





Facteurs environnementaux

Chaussage

Mobilier

Obstacle (tapis...)

Eclairage

=> ergothérapeute, aménagement du domicile

QUELS AMÉNAGEMENTS POUR MON LOGEMENT ?

- MAINS COURANTES**
POUR LES COULOIRS, LES ESCALIERS
- BARRES D'APPUI**
POUR LE LIT, LE FAUTEUIL, LE CANAPÉ,
POUR FACILITER LES TRANSFERTS
- CHEMINS LUMINEUX**
POUR SÉCURISER LES ESPACES
SOMBRES
- BANDES ANTIDÉRAPANTES**
POUR LA SALLE DE BAIN,
LES ESCALIERS
- PLANCHE DE BAIN**
POUR CONTINUER À UTILISER
SA BAIGNOIRE EN SÉCURITÉ

Mettre en place ces aménagements simples, si besoin aidé par un professionnel, c'est réduire et prévenir le risque de chute.

PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

Mission plan antichute des personnes âgées
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
chus@main.solidarite.gouv.fr





iatrogénie et chute

Dérivés nitré, antiHTA, L dopa : HTO

Diurétiques : K⁺ et TDR, déshydratation

BB, antiarythmique : TdC

Insuline et sulfamides hypoglycémiant : hypoglycémies

Nrl : akinésie, antichol

Bzd, hypnotiques : vigilance

Antidépresseurs ; préférer ISRS

Opioides





Conséquences de la chute

- Ostéoarticulaire : fémur/bassin...= Rx
- Neuro: hématome intracranien = TDMc
- Hématomes (AOD/AAP) = Hb
- Sd post chute
- Perte d'autonomie

Si station au sol prolongée >1h

Rhabdomyolyse + IRA = CPK, créatinine

Pneumopathie d'inhalation

EP/TVP

Escarres / point de compression

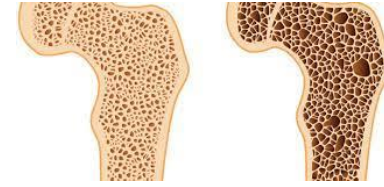
Iatrogénie par non prise de médicaments

Déshydratation





Prise en charge



- **Révision ordonnance**
- Corrections/ttt des facteurs de risque modifiables (incluant environnement)
- Chaussage adapté
- Pratique régulière de la marche et/ou autre activité physique « adaptée »
- Prévention **ostéoporose**:
 - Correction d'une hypovitaminose D, apports 800UI/j + apports calciques 1-1,5g/j
 - Fracture ostéoporotique: Bilan d'ostéoporose, bisphosphonate
- Dépister / traiter / prévenir la **dénutrition**
- Kinésithérapie motrice (équilibre/renforcement/exercices d'autorééducation)
- Adapter domicile (ergothérapeute)+ aides domicile
- Aides techniques





Plan anti chute

S'articule autour de cinq axes :

- Savoir **repérer les risques de chutes et alerter**
- **Aménager son logement** et sortir en toute sécurité
- Des **aides techniques** à la mobilité faites pour tous
- L'**activité physique**, meilleure arme antichute
- La **téléassistance** pour tous





Hypotension orthostatique

Après X min (≤ 5 min) de repos en conditions calmes, baisse de

- ≥ 20 mmHg PAS et/ou
- ≥ 10 mmHg PAD et/ou
- PAS < 90 mmHg

dans les 5 minutes après la verticalisation.

Peu sensible=> à répéter

La présence de symptômes évocateurs malgré une recherche négative peut suffire pour retenir le diagnostic.





Prise en charge HTO

- Traitement de la cause

Iatrogénie +++ : anti-HTA, anticholinergiques, alpha-bloquants >>> révision d'ordonnance !!!

Anémie, hypovolémie/déshydratation, insuffisance cardiaque

- **Éducation** + + +

⇒ décomposer le passage en position debout, s'asseoir si symptômes...

⇒ Hydratation & régime normosodé

- **Contention veineuse** élastique classe 2 (contrôle IPS)





**Merci pour
votre attention**

