



Recommandations pour la pratique clinique

Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée

Recommandations

Novembre 2005

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la



SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS	4
I. INTRODUCTION	4
I.1. Thème des recommandations et définitions	4
I.2. Cibles principales de ces recommandations	4
I.3. Gradation des recommandations	5
II. PERSONNES ÂGÉES ET RISQUE DE CHUTES ACCIDENTELLES	5
III. LES CONSÉQUENCES DES CHUTES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE.....	5
IV. REPÉRAGE ET ÉVALUATION DES PERSONNES ÂGÉES À RISQUE DE CHUTE	6
V. INTERVENTIONS RECOMMANDÉES	8
VI. PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	9
Participants	11

RECOMMANDATIONS

I. INTRODUCTION

Ces recommandations ont été élaborées par la Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG), dans le cadre d'un partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS).

I.1. Thème des recommandations et définitions

La chute accidentelle se définit comme le fait de tomber au sol de manière inopinée non contrôlée par la volonté. Les chutes accidentelles de la personne âgée dues à une perte de connaissance, la survenue d'un accident vasculaire cérébral¹, des accidents extrinsèques majeurs, sont exclues de cette définition et n'ont pas été prises en compte dans ces recommandations. De même, les situations pathologiques n'y sont abordées que pour le risque de chute qu'elles peuvent engendrer.

Les questions auxquelles répondent ces recommandations sont les suivantes :

1/ Dépistage :

- préciser les facteurs de risque de chute ;
- repérage des personnes âgées à risque.

2/ Prévention primaire et prévention secondaire :

- préciser les interventions pertinentes médicamenteuses et non médicamenteuses pour éviter une première chute :
 - leurs indications,
 - les moyens nécessaires,
 - les interactions entre les intervenants.

3/ Implémentation

- préciser les actions susceptibles de favoriser l'appropriation des recommandations par les professionnels ;
- préciser les actions d'information et de sensibilisation à mettre en œuvre à destination des personnes âgées et de leur entourage.

I.2. Cibles principales de ces recommandations

Professionnels de santé :

- Médecins : généralistes, gériatres, rééducateurs ;
- kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, gérontologues, psychologues ;
- aide-soignants, infirmiers ;
- assistants sociaux.

Entourage non professionnel :

- personnes âgées, leurs familles, associations de patients.

Organismes :

- services de soins à domicile, services prestataires ou mandataires des auxiliaires de vie ;

1. En pratique courante, le diagnostic différentiel entre chutes non accidentelles et chutes accidentelles est difficile. En l'absence de certitude, le bilan étiologique est indispensable, mais il n'est pas l'objet de ces recommandations.

- comités locaux d'intervention et de coordinations, services d'aide sociale, caisses d'assurance maladie ;
- responsables municipaux ou départementaux d'action sociale et leurs services.

I.3. Gradation des recommandations

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'Anaes en 1999.

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve.

En l'absence de littérature, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

II. PERSONNES ÂGÉES ET RISQUE DE CHUTES ACCIDENTELLES

Le vieillissement est un processus physiologique continu très hétérogène, variable selon les individus. Le risque de chute n'est pas en rapport avec l'âge chronologique. Les données d'observation montrent que les capacités d'adaptation au risque déclinent régulièrement avec l'avancée en âge, de la personne âgée active et dynamique à la personne âgée dépendante. De nombreux facteurs intrinsèques (médicaments ou maladies altérant les fonctions sensitives, cognitives ou motrices) ou extrinsèques (comportementaux ou environnementaux) peuvent favoriser la chute.

Deux situations où la prévalence des chutes est importante et où elles occasionnent une forte morbi-mortalité peuvent être individualisées :

- **La personne âgée fragile** a une réduction de ses capacités d'adaptation qui ne lui permet plus de faire face à des perturbations externes mineures. Toute chute, outre sa gravité immédiate, lui fait courir un risque majeur de perte d'autonomie et de désinsertion sociale, avec pour conséquence éventuelle l'institutionnalisation.
- **La personne âgée dépendante vivant en institution** a un risque de chute particulièrement élevé, aux conséquences graves.

Ces chutes, généralement multifactorielles, sont avant tout marqueurs de mauvais état de santé. Elles sont la conséquence de l'affaiblissement général, des démences ou d'autres (poly)pathologies, des polymédications, parfois des contentions.

III. LES CONSÉQUENCES DES CHUTES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Environ **9 000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans** sont associés chaque année en France à une chute, bien que cette donnée globale ne soit pas suffisante pour établir un lien de causalité directe. La mortalité associée à ces chutes augmente rapidement avec l'avancée en âge, dans les deux sexes.

Lorsque la chute est responsable de fracture, il s'agit dans la majorité des cas d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, indirectement responsable d'une mortalité élevée dans les mois qui suivent. Le risque fracturaire est plus important en

cas de pathologies fragilisant l'os, altérant la vision, la marche et l'équilibre ou en cas de polyopathie chronique, et notamment chez les femmes âgées de race blanche.

Indépendamment du risque fracturaire, **l'impact psychologique de la chute** peut être majeur. La peur de tomber existe chez de nombreuses personnes âgées, avant même toute chute. Cette peur est plus fréquente encore chez celles qui présentent des troubles de la marche accompagnés ou non de sensation d'instabilité. La chute entraîne souvent perte de confiance en soi et angoisse. La station prolongée au sol semble être l'un des indicateurs de gravité. **Le syndrome post-chute** se caractérise par une désadaptation psychomotrice par réduction spontanée de l'activité, diminution des capacités fonctionnelles, troubles posturaux (dont la rétropulsion) et troubles de la marche, augmentant ainsi le risque de nouvelle chute. Sa prise en charge, réadaptative et psychosociale, paraît essentielle au maintien de l'autonomie de la personne âgée.

IV. REPÉRAGE ET ÉVALUATION DES PERSONNES ÂGÉES À RISQUE DE CHUTE

1/ Penser systématiquement au risque

La prévention primaire repose sur le repérage du risque. Il est recommandé de 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).

Même s'il n'y a pas eu de chute, le simple fait de poser la question permet de parler de prévention. La plupart des personnes âgées ont comme souhait prioritaire de rester capables d'assumer leurs propres choix de vie, en toute indépendance. L'approche systématique et directe du risque de chute n'est pas contradictoire avec ce souhait si elle se fait dans le cadre de la promotion d'un « mieux vieillir » qui s'adresse à tous et semble plus efficace que des mesures ciblées sur la « personne âgée », ou focalisées sur le « risque de chutes » (grade C).

2/ Rechercher les facteurs de risque

De nombreux facteurs, intrinsèques ou extrinsèques, que l'examen clinique habituel et l'interrogatoire peuvent mettre en évidence, sont prédictifs de chutes ultérieures, notamment lorsqu'ils sont associés (*tableau 1*). **Il est recommandé d'en évaluer l'importance chez la personne âgée (grade C).**

Les médicaments ou maladies altérant les fonctions sensorielles, cognitives ou motrices sont susceptibles d'augmenter le risque de chute chez la personne âgée. Le risque augmente avec le nombre de maladies présentes ou de médicaments pris. Le risque de traumatisme consécutif à la chute est plus important chez les femmes âgées de race blanche et de faible poids (qu'il soit exprimé en poids total, IMC ou masse grasseuse), et en général en cas de pathologies fragilisant l'os, altérant la vision, la marche et l'équilibre ou en cas de polyopathie chronique. Améliorer la prise en charge de ces problèmes de santé et réduire la polymédication sont les principales cibles des programmes d'intervention multifactorielle de prévention des chutes.

De nombreux facteurs extrinsèques, comportementaux ou environnementaux, interviennent dans la genèse de la chute et de ses conséquences traumatiques éventuelles. Des mesures standard de prévention des chutes ne paraissent pas réalistes : elles doivent toujours être personnalisées en tenant compte à la fois des dangers de l'environnement, des comportements et des capacités de réaction propres à la personne concernée.

Tableau 1. Facteurs de risque de chute le plus fréquemment retrouvés chez la personne âgée*.

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<ul style="list-style-type: none"> - Âge : plus de 80 ans - Santé et état fonctionnel : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes - Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence, notamment urinaire par impériosité - 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 - Réduction de l'acuité visuelle - Prise de médicaments : polymédication (au-delà de 4), psychotropes 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition - Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne), prise de risque, habitat mal adapté

* L'ensemble de ces facteurs est complété et détaillé dans l'argumentaire.

3/ Réaliser quelques tests simples

Réaliser quelques tests simples peut être utile à titre systématique pour confirmer l'absence de risque de chute au cours de la consultation. C'est indispensable en cas de chute signalée, même si elle paraît banale, ou en présence de facteurs de risque de chute (grade C). Ces tests sont présentés brièvement dans le *tableau 2*.

Tableau 2. Tests de repérage utilisables en consultation habituelle.

Voudriez-vous vous lever et faire quelques pas ? (<i>Timed up and go test</i>) 1 à 2 minutes / un chronomètre / 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). Le déficit de mobilité commence au-delà de 20 secondes, est important au-delà de 29 secondes (Se : 87 %, Sp : 87 %)
Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe ? (test unipodal)	Considéré comme anormal si la personne âgée ne réussit pas à tenir sur une jambe au moins 5 secondes (Se : 37 %, Sp : 76 %)
Poussée sternale	Un déséquilibre à la poussée est prédicteur du risque de chute (Se : 38 %, Sp : 94 %) À rapprocher des sensations de déséquilibre yeux ouverts (Se : 17 %, Sp : 97 %) ou fermés (Se : 17 %, Sp : 97 %) et de différents tests d'anticipation posturale décrits dans l'argumentaire
Que pensez-vous de ... ? (<i>walking and talking test</i>)	Les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention, comme de réfléchir pour répondre à une question précise (Se : 48 %, Sp : 98 %)

Se : Sensibilité, Sp : spécificité.

4/ Si ces tests de repérage sont positifs, une évaluation multifactorielle et interdisciplinaire est nécessaire dans le cadre d'une stratégie progressive personnalisée (**grade A**) telle qu'elle est proposée dans le *tableau 3*.

Tableau 3. Principales stratégies proposées pour la prévention des chutes et des fractures selon le vieillissement.

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)	- Encouragement à poursuivre l'activité physique - Mise en place selon les besoins de programmes de rééducation adaptés	- Correction des déficits neuro-sensoriels - Attention particulière au pied de la personne âgée (chaussage et soins) - Conseils nutritionnels (préventifs), correction des déficits nutritionnels le cas échéant (notamment chez les personnes âgées dépendantes)
Personnes âgées fragiles à domicile ou en institution	Idem + évaluation gériatologique standardisée (MMS, ADL, IADL, statut nutritionnel, troubles de l'équilibre et de la marche) + évaluation de l'habitat	- Programmes d'intervention en fonction des résultats, notamment apprentissage du relever - Aménagement de l'habitat (dont la mise en place des systèmes de télé-alarme)	- Mesures préventives et/ou curatives de l'ostéoporose, dont la supplémentation en vitamine D, surtout chez les personnes confinées à domicile ou en institution - Recherche et correction d'éventuels facteurs de risque iatrogènes, allègements thérapeutiques chaque fois que possible
Personnes âgées dépendantes vivant en institution	Idem + évaluation des polyopathologies	- Prise en charge des polyopathologies, en particulier des démences de type Alzheimer - Remise en question des contentions éventuelles	

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

V. INTERVENTIONS RECOMMANDÉES

En présence de facteurs de risque de chute, ou d'antécédents de chutes, médicalisées ou non, il est recommandé de proposer à la personne âgée concernée, en fonction des résultats de l'évaluation signalée ci-dessus, un **programme personnalisé de rééducation-réadaptation** destiné à améliorer ses capacités physiques et renforcer son autonomie (grade A). Les programmes ayant le mieux démontré leur efficacité intégraient les éléments suivants :

- rééducation de la force musculaire des muscles porteurs ;
- rééducation de l'équilibre et de la marche, surtout chez les personnes âgées vivant à domicile et ayant déjà chuté et/ou ayant des troubles de la marche ou de l'équilibre ;
- apprentissage de l'usage approprié des matériels d'assistance (cannes, déambulateurs, etc.) ;
- aménagement des dangers du domicile ;
- correction des troubles visuels éventuels ;
- « toilettage » des ordonnances médicamenteuses, notamment en ce qui concerne les psychotropes.

Trois situations particulières nécessitent en outre des mesures spécifiques.

- Chez les personnes âgées confinées à leur domicile ou en institution ou actives de plus de 80 ans, la carence en vitamine D semble plus fréquente qu'il n'était supposé jusqu'à maintenant. Pour ce motif, et sans qu'il semble nécessaire de prouver la carence biologique, une supplémentation vitaminique avec au moins

800 UI/j de cholécalférol (ou 100 000 UI tous les 4 mois) ou par calcitriol en cas d'insuffisance rénale est recommandée (grade B).

- Chez les personnes âgées à **risque élevé de chute vivant en institution spécialisée et en établissement de soins de long séjour**, les programmes éducatifs intégrés aux interventions multifactorielles en groupe (prise de conscience du risque et conseils de prévention) augmentent l'efficacité de ces interventions (grade B).
- Chez les personnes âgées à **risque élevé de fracture de hanche**, il est recommandé d'utiliser les protections de hanche (grade A).

Pour encourager la participation des personnes âgées aux programmes de prévention des chutes, il est indispensable de :

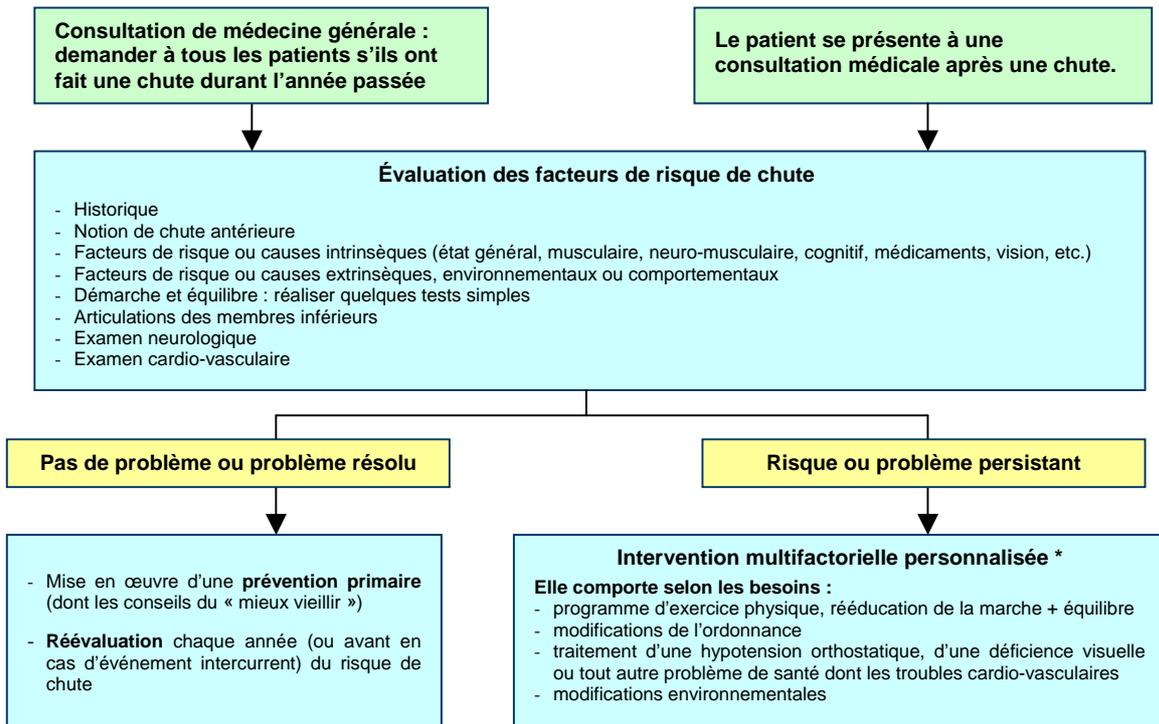
- présenter toutes les informations nécessaires en **langage simple** et s'assurer qu'elles ont bien été comprises ;
- définir avec la personne âgée **ce qu'elle souhaite et se sent spontanément capable de faire** pour prévenir son risque de chute ;
- tenir compte de sa **peur de tomber** ;
- assurer une **coordination efficace** entre les différents intervenants, notamment par une formation pluridisciplinaire et le développement du fonctionnement en réseau.

Chaque proposition doit être clairement expliquée et négociée au cours de la consultation, en respectant les besoins et valeurs propres à la personne concernée.

VI. PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail a proposé des actions sur les points suivants :

- **le développement, très en amont des chutes elles-mêmes, de programmes préventifs**, notamment fondés sur une reprise ou une accentuation de l'activité physique dans des cadres collectifs ludiques favorisant également l'activité sociale indispensable aux personnes âgées ;
- **la réalisation d'actions pilotes** locales, notamment de réseaux gérontologiques ville-hôpital pourvus de moyens suffisants en financement et communication ;
- la réalisation de **travaux de recherche** évaluant l'efficacité des interventions sur la morbi-mortalité et les problèmes de coûts-efficacité, ainsi que des travaux de recherche qualitative sur les représentations et craintes des personnes âgées, notamment dans les milieux les plus défavorisés, pour mieux comprendre les attentes et besoins très hétérogènes que révèlent les données des quelques études existantes.



* 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.

COMITÉ D'ORGANISATION

D^r Éric DRAHI, médecin généraliste,
Société française de documentation et de
recherche en médecine générale
(SFDRMG), Montreuil

D^r Madeleine FAVRE, médecin
généraliste, Société française de
thérapeutique généraliste (SFTG), Paris

D^r Roman FRANCO, médecin de
médecine physique et de réadaptation,
Société française de médecine physique
de réadaptation (SOFMER), Paris

M. Jean-Pierre GODARD, masseur-
kinésithérapeute, Association française de

recherche et d'évaluation en
kinésithérapie (AFREK), Paris

P^r Marie-France LE GOAZIOU, médecin
généraliste, Société française de
médecine générale (SFMG), Paris

D^r Jean-Pierre VALLÉE, médecin
généraliste, Société française de
documentation et de recherche en
médecine générale (SFDRMG), Montreuil

D^r Philippe BLANCHARD, chef de projet,
HAS, Saint-Denis

GROUPE DE TRAVAIL

P^r Pierre PRAS, gériatre, Nice - président du groupe de travail

D^r Jean-Pierre VALLÉE, médecin généraliste, Colleville-Montgomery - chargé de projet

D^r Philippe BLANCHARD, chef de projet, HAS, Saint-Denis

M^{me} Hélène BOURDESSOL, Inpes, Saint-
Denis

D^r Pierre CLAVEIROLE, médecin
généraliste, Chelles

M^{me} Nathalie COUPEAUX, adjointe au
maire, Fontenay-sous-Bois

M^{me} Annie JEZEQUEL, assistante sociale,
Orléans

D^r Jean-Pierre LARRUMBE, médecin
généraliste, Velaux

M^{me} France MOUREY, masseur-
kinésithérapeute, Dijon

D^r Pierre-Jacques PRINCE, neurologue,
Montpellier

M^{me} Brigitte SELIN, infirmière, Nantes

D^r Jean-Michel SUBTIL, médecin
généraliste, Mariac

P^r André THEVENON, médecin de
médecine physique et de réadaptation,
Lille

GROUPE DE LECTURE

D^r Gérard ABRAHAM, gériatre, Nice

D^r Jean-Louis ACQUAVIVA, médecin
généraliste, Le Cannet-des-Maures

D^r Anne-Marie BAQUE-GENSAC,
médecin généraliste, Amélie-les-Bains

D^r Bernard BLANC, gériatre, Aix-en-
Provence

M. Claude BRAIZE, masseur-
kinésithérapeute, Saint-Étienne

D^r Daniel BUCHON, médecin généraliste,

Bugeat

M. Denis BURLES, masseur-
kinésithérapeute, Dieulefit

M. Jean-Paul CARCY, masseur-
kinésithérapeute, Angoustrine

M. Frédéric CHARLES, directeur de
l'IFMK, Villejuif

D^r Guy CHAUPLANNAZ, neurologue,
Lyon

M. Michel COLLIN, masseur-

kinésithérapeute, Velaux
D^r Jean-Pierre CONVERS, CETAF, Saint-Étienne.
D^r Patrick DEHAIL, médecin de médecine physique et réadaptation, gériatre, Pessac
M^{me} Marie-Laure DUREYSSEIX, masseur-kinésithérapeute, Dijon
D^r Gérard GAVID, médecin généraliste, Neuville-de-Poitou
D^r Michel GERSON, médecin interniste, Le Havre
D^r Sylvie GILLIER, médecin généraliste, Saint-Sébastien-sur-Loire
M. Jean-Pierre GODARD, masseur-kinésithérapeute, Vitry-sur-Seine
D^r Régis GONTHIER, gériatre, Saint-Étienne
M^{me} Brigitte GUÉRARD, infirmière responsable des centres municipaux de santé, Fontenay-sous-Bois
D^r Thierry JEAN, médecin généraliste, Bellefond
M. Hadj KALFAT, ergothérapeute, Limoux

M^{me} Jeanne KONE, enquêtrice sociale pour le secteur des retraités, Fontenay-sous-Bois
M^{me} Jocelyne LANNEAU, responsable du secteur loisir retraités, Fontenay-sous-Bois
M. Michel LAOT, directeur IFMK, Limoges
D^r Lionel LAMBERT, médecin généraliste, Delme
P^r Marie-France LE GOAZIOU, médecin généraliste, Lyon
M. Pierre NIEMCZYNSKI, podologue, Aurillac
Mme Lydie PLE, infirmière responsable de SIAD, Le Luc-en-Provence
M^{lle} Stéphanie PIN, Inpes, Saint-Denis
P^r Pierre PFITZENMEYER, gériatre, Dijon
P^r Muriel RAINFRAY, gériatre, Pessac
D^r Jean-Philippe THIEBAULT, médecin de médecine physique et de réadaptation, Colmar
D^r Cyrille VONGSOUTH, neurologue, Montpellier