

Un référentiel pour prévenir les chutes des personnes âgées

Chaque année, en France, chez les plus de 65 ans, une personne sur trois est victime d'une chute provoquant dans certains cas une importante perte d'autonomie. En collaboration avec la Belgique, le Québec et la Suisse, l'INPES travaille sur un « référentiel des bonnes pratiques » pour aider les acteurs de terrain à organiser la prévention.

Depuis plusieurs années, des programmes de prévention des chutes chez les personnes âgées sont initiés dans de nombreuses régions françaises, comme par exemple le programme « Équilibre » en Bourgogne-Franche-Comté¹. Il est néanmoins difficile d'évaluer leur efficacité en termes de réduction des chutes accidentelles. Partant de ce constat, l'INPES, en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), a engagé une réflexion afin de se donner les moyens de disposer d'un programme rigoureux de dimension internationale.

Chaque année, parmi les 60 ans et plus, environ une personne sur trois chute. Les conséquences sont variables selon les individus (1 % des chutes entraîne une fracture du col du fémur), mais les chutes accidentelles sont souvent à l'origine d'une perte de mobilité et d'autonomie de la personne et peuvent, dans les cas les plus graves, entraîner la mort. Ainsi, en 1999, on dénombreait plus de 9 000 décès consécutifs à une chute chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cette question est d'autant plus importante que la France, à l'instar d'autres pays occidentaux, est confrontée à un vieillissement inéluctable de sa population. Conjugué à l'allongement de la durée de la vie, ce phénomène a aussi pour consé-

quence une augmentation du nombre de personnes très âgées (au-delà de 80 ans).

Un outil pour les infirmières, médecins et aides à domicile

Permettre aux aînés de vivre le plus longtemps possible autonomes est nécessaire pour plusieurs raisons : évi-

demment, en priorité, préserver ou améliorer leur qualité de vie d'une part, mais aussi réduire autant que possible les coûts imputables à un traitement et/ou à une prise en charge, quels qu'ils soient, consécutifs à une chute accidentelle.

Depuis plusieurs années, cette problématique est inscrite au programme national de prévention des accidents de la vie courante. De nombreuses campagnes d'information à la télévision ont été relayées par les professionnels de santé en mettant des brochures à disposition du public. Parallèlement, en décembre 2000, dans le cadre d'un réseau international francophone, un groupe d'experts (belges, français, québécois et suisses) a été réuni pour la création d'un référentiel de « bonnes pratiques » dont l'objectif est de proposer des recommandations pour la réalisation de programmes de prévention des chutes et des blessures chez les personnes âgées. À long terme, ces bonnes pratiques doivent permettre de maintenir ou d'améliorer

l'autonomie fonctionnelle des aînés et aussi diminuer les fréquences et la gravité des chutes. Destinées aux intervenants de terrain (infirmier(ère)s, aides à domicile, médecins, kinésithérapeutes, etc.), ainsi qu'aux responsables de programmes de santé publique, ces recommandations devront être facilement applicables.

La difficulté à évaluer l'efficacité d'un programme sur la fréquence de survenue des chutes a conduit le groupe d'experts à travailler, à partir de la littérature, sur le processus de la chute, ce qui la provoque et ce qui peut être réalisé pour la prévenir. Ainsi, le référentiel présente :

- les facteurs de risque, de manière à déterminer les causes qui sont à l'origine d'une chute ;
- les outils et les tests pour dépister le risque de chute, permettant ainsi de repérer les personnes à risque ;
- enfin, les interventions efficaces pour prévenir la chute.

Dans un contexte de santé publique, le référentiel se situe dans le champ de la prévention (Figure 1). À ce titre, il est spécifiquement centré sur les facteurs intervenant avant une chute qui lui sont directement associés. Toutefois, pour assurer une cohérence dans la mise en place d'un programme de prévention et aussi pour donner une vision globale sur la problématique des chutes, les facteurs de risque agissant en amont (absence d'activité physique par exemple) et ceux intervenant après une chute (par exemple une fracture) sont évoqués.

Identifier les facteurs de risque

Les bonnes pratiques de prévention des chutes s'adressent en priorité aux personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile et présentant un risque. Il est démontré, aujourd'hui, que le risque de chute est davantage lié à l'accumulation de plusieurs facteurs de risque que d'un seul. Plus de quatre cents facteurs de risque ont été identifiés ces vingt dernières années. Les publications scientifiques regroupent les facteurs de risque selon trois dimensions : les facteurs de risque liés à l'état de santé de la personne (facteurs dit intrinsèques), les facteurs liés aux comportements, puis les facteurs liés à l'environnement de la personne (Figure 2).

Au sein de ces dimensions, les différents facteurs sont classés par catégories. Par exemple, concernant les facteurs de risque intrinsèques, on distingue les risques liés aux pathologies chroniques (telles les affections de l'appareil locomoteur ou l'incontinence urinaire chronique), aux pathologies aiguës (telles la déshydratation ou les infections). Pour les risques liés aux

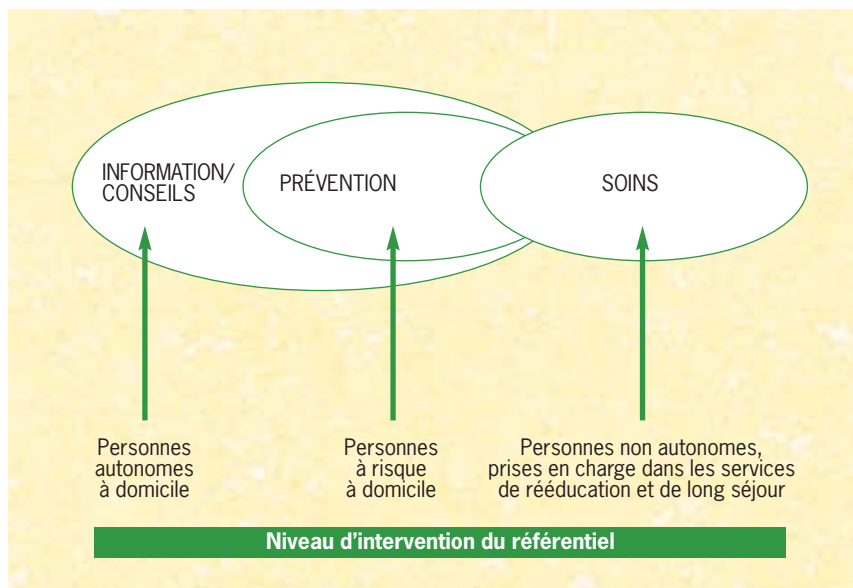


Figure 1 : Problématique des chutes dans un contexte de santé publique et positionnement du référentiel

comportements, une consommation excessive ou inadaptée de médicaments (facteur de risque courant mais peu identifié), une consommation chronique ou aiguë d'alcool, ou bien encore la prise de risque dans les activités de la vie quotidienne constituent des facteurs augmentant le risque de chute. Enfin, la chute peut être causée aussi par des facteurs environnementaux, notamment les dangers du domicile (éclairage, état

du sol, etc.) ou les dangers de l'environnement extérieur.

Repérer les personnes fragiles

L'application des bonnes pratiques de prévention des chutes nécessite donc au préalable de repérer les personnes à risque. Ce repérage est effectué à partir d'une liste de quelques facteurs de risque les plus prédictifs de chute. Pour enclencher une démarche de préven-

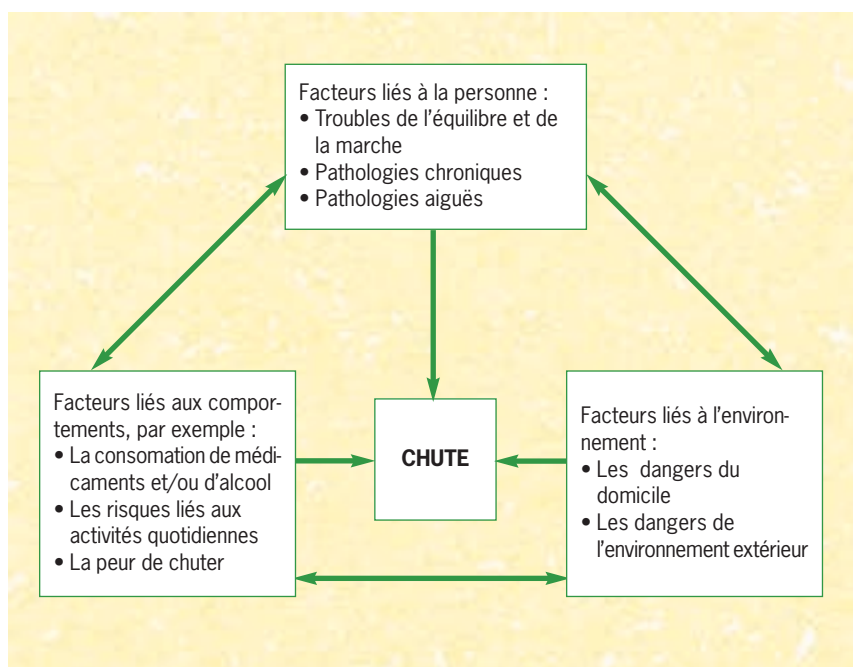


Figure 2 : Risque de chute : des facteurs multiples

tion auprès d'un large public, deux types d'interventions sont nécessaires :

- une information auprès de la personne âgée et de son entourage, l'incitant à un dépistage approfondi lorsqu'elle a chuté dans la dernière année ou lorsqu'elle a une appréhension au risque de chute ;

- une sensibilisation du corps sanitaire et social au problème de la chute et une formation à l'identification des personnes à risque ainsi qu'à l'évaluation approfondie, de manière à pouvoir proposer des interventions individualisées adaptées.

Ainsi, une personne âgée dépistée à risque devra bénéficier d'une action de prévention multifactorielle. Il est recommandé de proposer un programme de prévention ciblant plusieurs facteurs plutôt qu'un seul : l'objectif est d'agir sur les facteurs de risque identifiés lors de l'évaluation approfondie.

Un programme efficace doit intégrer, en priorité, des actions visant à améliorer l'équilibre et la force musculaire, une limitation de l'usage des psycho-

tropes et une diminution du nombre de médicaments, à réduire l'hypotension lorsque la personne est debout, modifier les dangers de l'environnement et contrôler les risques lors des activités quotidiennes. Enfin, ces recommandations devront être adaptées en fonction des caractéristiques de la population ciblée – son milieu de vie citadin ou rural, ses activités sociales, son âge, etc.

La mise en commun des connaissances, de dimension internationale, a permis d'aboutir à un consensus d'experts. Pour autant, la mise en place d'un programme doit nécessairement tenir compte des spécificités propres au système de soins d'un pays.

Pour que le référentiel puisse être utilisé efficacement, une formation auprès des intervenants apparaît indispensable. Les experts recommandent aussi l'évaluation d'un programme de prévention sur la fréquence des chutes accidentelles. Enfin, le référentiel devra évoluer en fonction de l'état des connaissances sur les interventions en prévention des chutes. Ce référentiel

sera mis à la disposition des différents intervenants en prévention courant 2004, sous la forme d'un ouvrage édité par l'INPES. Parallèlement, des cycles de formation de ces mêmes intervenants devraient être mis en place.

Hélène Bourdessol
Sociologue, INPES.

1. Initié par la caisse régionale d'Assurance Maladie.

► Bibliographie

- OMS, Assemblée mondiale des Nations unies. *Viellir en restant actif, cadre d'orientation. Vieillesse et qualité de la vie.* Madrid, 2002.
- Dargent-Molina P., Bréart G. *Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées.* Revue d'épidémiologie et de santé publique 1995 ; 43 : 72-83.
- Rubenstein L.-Z., Josephson K.-R. *The epidemiology of falls and syncope.* Clinics in Geriatric Medicine, may 2002.

adsp

actualité et dossier en santé publique

numéro 44 Septembre 2003

Revue trimestrielle
du Haut Comité de la santé publique
La documentation Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris cedex 07
Téléphone: 01 40 15 70 00
Télécopie: 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Éditorial

- La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme, Guy Nicolas

Actualité

- Recherche biomédicale : la protection des personnes renforcée
La transposition de la directive européenne sur les essais de médicaments renforce la protection des personnes participant aux recherches biomédicales, Philippe Amiel
- La violence des jeunes scolarisés : un enjeu de santé
Les rapports entre violence et santé chez les jeunes, renseignés par les enquêtes santé, Hélène Perrin, François Baudier

International

- Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne : Le Danemark
Premier volet du triptyque sur l'organisation sanitaire des pays scandinaves, Sandrine Chambaretaud, Diane Lequet
- La réforme du système de santé allemand : la recherche d'une régulation structurelle
Les grandes lignes de la réforme du système de santé allemand adoptée en octobre 2003, Marc Duriez

Régions

- La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé
Comment les usagers participent-ils à la définition et la mise en œuvre des politiques régionales de santé ? Pierre-Henri Bréchat, Christian Magnin-Feysoy, Jean-Luc Grangeon

Repères

- Organisme
Espace éthique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris
- Brèves européennes
- Formation
Master européen de gérontologie (EUMAG)
- Lectures
- En ligne
- Lois & réglementation
- Calendrier

LA SANTÉ EN PRISON Dossier coordonné par Geneviève Guérin

Contexte et genèse d'une réforme

- Histoire d'une réforme qui transférera la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier, Geneviève Guérin

La population carcérale

- Masculine à 95 % et plutôt jeune, la population carcérale présen-

te des risques accrus vis-à-vis de certaines pathologies (hépatites, alcoolisme...). Près de la moitié des détenus sont atteints de troubles psychiatriques, Geneviève Guérin

- La violence contre soi-même, Pierre-Yves Robert

Le dispositif de prise en charge

- La prise en charge sanitaire des détenus est assurée par le service public hospitalier à travers les UCSA et les SMPR, Geneviève Guérin
- Les services médico-psychologiques régionaux, Cyrille Canetti
- Le rôle des infirmiers dans les prisons, Evelyne Picherie

La prise en charge sanitaire

- L'accès aux soins des détenus reste à améliorer au niveau de la permanence des soins et de la faible répartition de l'offre de soins psychiatriques, Geneviève Guérin
- Extrait de Monte-Cristo : journal des détenus des Baumettes

Tribunes

- Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique, Olivier Obrecht
- Santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement, Alain Blanc
- La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire, Marc Allaman
- La psychiatrie dans l'univers carcéral, Cyrille Canetti

Bibliographie, Adresses utiles