



Prise en charge pratique des chutes des personnes âgées

La chute chez le sujet âgé est un syndrome gériatrique grevé d'une morbidité et d'une mortalité importantes. Dans notre système de santé actuel, il incombe au médecin de premier recours de pouvoir dépister mais également coordonner les différentes interventions des pluriprofessionnels de santé. Pour ce faire, il a besoin d'outils simples de dépistage mais également de réseaux structurés (filières) sur lesquels s'appuyer. L'offre actuelle est très variable d'un canton à l'autre. Cet article tente de donner quelques outils validés de dépistage mais également des possibilités d'intervention des différents professionnels de santé et des possibilités offertes par certaines associations d'utilité publique ou de services de soins de prise en charge à domicile.

Rev Med Suisse 2010; 6: 2130-4

**Y. Espolio
Desbaillet**

Dr Yolanda Espolio Desbaillet
CTR et service de gériatrie
Département de médecine
Hôpital neuchâtelois Val-de-Travers
4, rue de l'Hôpital, 2108 Couvet
yolanda.espolio-desbaillet@ne.ch

Practical picking up of elderly people in case of falls

Falls in old persons are now considered as a «true» geriatric syndrome, because are frequent, multi-factorial with severe outcomes: increased morbidity, functional inabilities and mortality.

In our current health care system, the primary care physician is the first to detect the fall and indeed to manage and coordinate the various interventions of the multiple health-care professionals. To be effective, he needs simple screening tools, and also structured procedures as well as the support of specialized networks of care. However the current offer is highly variable from one canton to another.

This article tries to provide validated screening tools to the primary care physician and useful contact addresses of public associations and services able to favor home care support.

INTRODUCTION

Ce ne sont pas moins de 400 000 personnes de plus de 65 ans, qui chutent chaque année en Suisse, représentant 90% des accidents recensés.¹

La chute est reconnue comme un problème de santé publique et, depuis peu, également comme un marqueur indépendant de fragilité. Elle est associée à une morbidité et à une mortalité accrues qui ne s'expliquent pas seulement par les suites de l'incident mais qui en font un syndrome gériatrique à part entière.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité d'interventions multifactorielles et ciblées permettant d'améliorer la marche et de diminuer le risque de chute. Il s'agit de mettre en place un programme d'exercices physiques, de revoir la médication du patient et d'adapter son lieu de vie par exemple.²

Afin d'être le plus large et efficace possible, le dépistage des différents syndromes gériatriques et, en particulier celui des chutes, devrait se faire lors des visites de contrôle chez le médecin de premier recours.³ Néanmoins, le taux d'adhésion aux différentes recommandations en termes de dépistage chez les personnes âgées est faible. En effet, seulement un médecin sur quatre dit faire un relevé annuel des chutes chez ses patients de plus de 65 ans. De plus, si les chutes n'ont pas entraîné de conséquences délétères, elles sont rarement rapportées par les patients à leur médecin, car bon nombre d'entre eux estiment qu'elles font partie des impondérables dus à l'avancée en âge. Elles sont donc souvent banalisées. Si le médecin de premier recours ne pose pas régulièrement la question de manière spécifique, il y a fort à parier qu'il restera dans l'ignorance et ne pourra de ce fait pas proposer une prise en charge visant à prévenir de futurs accidents grevés de conséquences plus ou moins néfastes.

L'objectif de cet article est de sensibiliser les médecins de premier recours quant à l'importance de leur implication dans le dépistage des chutes et de leur prise en charge, en leur proposant des tests et des recommandations simples et applicables en cabinet. Il vise aussi à leur fournir un aperçu non exhaustif de l'offre de soins en Suisse romande.

PRÉVALENCE ET MORBIDITÉ

30 à 45% des personnes âgées de plus de 65 ans, et vivant à domicile, ont chuté au moins une fois dans l'année écoulée et 15% d'entre elles sont victimes de chutes à répétition. Ces chiffres augmentent avec l'âge, puisque 50% des patients de 80 ans et plus chutent au moins une fois par an.⁴

Le risque de chuter à nouveau est de vingt fois supérieur après une première chute, et le risque de décès augmente de quatre fois dans l'année suivant la chute.⁴⁻⁶

Sans entraîner une issue fatale, 5% des chutes se soldent par une fracture et, dans environ un cas sur cent, par une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Sachant que la moitié des patients admis à l'hôpital pour une chute sont institutionnalisés à la sortie⁴ et que les patients ayant fait une chute présentent dans 25-55% des cas une peur de chuter induisant une restriction de leurs activités et indépendance, il apparaît que le dépistage précoce et la prise en charge de ce syndrome sont indispensables.

FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

Les chutes sont généralement d'origine multifactorielle. Plus de 400 facteurs différents ont été identifiés dont les principaux sont les antécédents de chute, l'âge supérieur à 85 ans, la marche instable et le déclin cognitif.

Il existe trois catégories bien définies de facteurs de risque : les facteurs intrinsèques, extrinsèques et environnementaux ou situationnels. Ils permettent de déterminer, à terme, des actions préventives ciblées.

Facteurs liés au vieillissement

Certains facteurs de risque sont intimement liés au vieillissement. En effet, ce dernier affecte l'équilibre tant par la diminution des afférences, telles que les informations visuelles et auditives, ou la proprioception, que par la diminution de la sensibilité des récepteurs labyrinthiques et l'augmentation des temps de réaction.

Au niveau musculaire, la *sarcopénie*, inhérente à l'altération de la balance catabolisme/anabolisme, à la dénutrition et la sous-utilisation des masses musculaires, ainsi que l'augmentation de la contractilité des muscles antagonistes conduisent à un maintien de l'équilibre plus précaire chez l'âgé.

La *polymorbidité* est identifiée comme un facteur majeur de risque de chute, risque qui augmente de façon linéaire avec le nombre de comorbidités comme la maladie de Parkinson, l'arthrose, les troubles cognitifs, l'hypotension orthostatique pour ne citer que les plus importants.

La *polymédication*, et principalement l'utilisation des psychotropes et des antidépresseurs, augmente significativement le risque de chute.^{5,7}

Facteurs environnementaux et situationnels

L'environnement et les activités à risque, comme par exemple monter et descendre les escaliers, sont jugés « responsables » de la chute dans 30 à 50% des cas. Les lieux particulièrement incriminés étant la chambre à coucher, la salle de bain et, bien entendu, les escaliers.

DÉPISTAGE, CHEZ QUI ET QUAND ?

Les patients âgés auraient tout intérêt à être systématiquement dépistés afin de prévenir un déclin fonctionnel et retarder autant que faire se peut l'entrée en dépendance fonctionnelle.

La valeur prédictive positive de tout test de dépistage dépend de la probabilité prétest de présenter la maladie (prévalence). La prévalence des chutes étant déjà de 30% à 65 ans, il paraît raisonnable, à partir de cet âge, d'effectuer un dépistage du risque de chute.

La Société américaine de gériatrie a, dès 2006, modifié son algorithme de prise en charge des chutes en incluant lors du dépistage annuel des questions relatives à la récurrence de chute, la présence de troubles de la marche et d'une éventuelle peur de tomber (figure 1).⁸

Néanmoins, au cabinet, il paraît raisonnable de poser à chaque consultation ou au minimum une fois par an la question : « Avez-vous chuté durant cette dernière année ? » et d'observer attentivement le patient lorsque l'on va le chercher en salle d'attente. Porter une attention particulière à sa manière de se lever de la chaise qu'il occupe, à son équilibre une fois debout, à sa marche. Est-il capable de marcher et parler tout à la fois ? Comment s'assied-il ?^{6,9,10}

Le risque de chute existe, bien entendu, si le patient répond oui à la première question mais également si l'une ou l'autre des observations décrites ci-dessus s'avère anormale.

Dans ce cas, il est indispensable de procéder à un interrogatoire ciblé en recherchant spécifiquement les différents facteurs de risque et, en particulier, les circonstances de la chute, la prise de médicaments ou d'alcool.

Les conséquences telles que d'éventuelles lésions, la peur de tomber ou la perte d'indépendance doivent être notifiées et feront l'objet d'une prise en charge spécifique.

Lors de l'examen clinique, il conviendra de rechercher particulièrement une hypotension orthostatique (test de Shellong), les déficits visuels et auditifs ainsi que l'atteinte de la mobilité générale et plus spécifiquement de la nuque.

Effectuer un bilan sanguin est à ce jour controversé s'il n'y a pas à l'examen clinique de signes d'appel. Néanmoins, la plupart des experts proposent de rechercher d'éventuels troubles électrolytiques, une hypovitaminose B12 ou un déficit en vitamine D.

QUELS TESTS PEUT-ON RÉALISER AU CABINET ?

Seul, l'examen clinique ne permet pas de juger du retentissement fonctionnel d'une maladie ostéoarticulaire ou neurologique. Afin d'évaluer les capacités fonctionnelles effectives de la personne âgée, des tests simples, reproductibles et sensibles ont été élaborés.

Timed up and go test¹¹

Ce test rapide et simple à effectuer consiste à mesurer le temps nécessaire pour se lever d'une chaise, marcher trois mètres, tourner de 180°, revenir à la chaise et s'y rasseoir, le patient peut employer un auxiliaire de marche si indiqué.

Le temps normal affecté à une telle opération est inférieur à quatorze secondes. Au-delà de vingt secondes, on

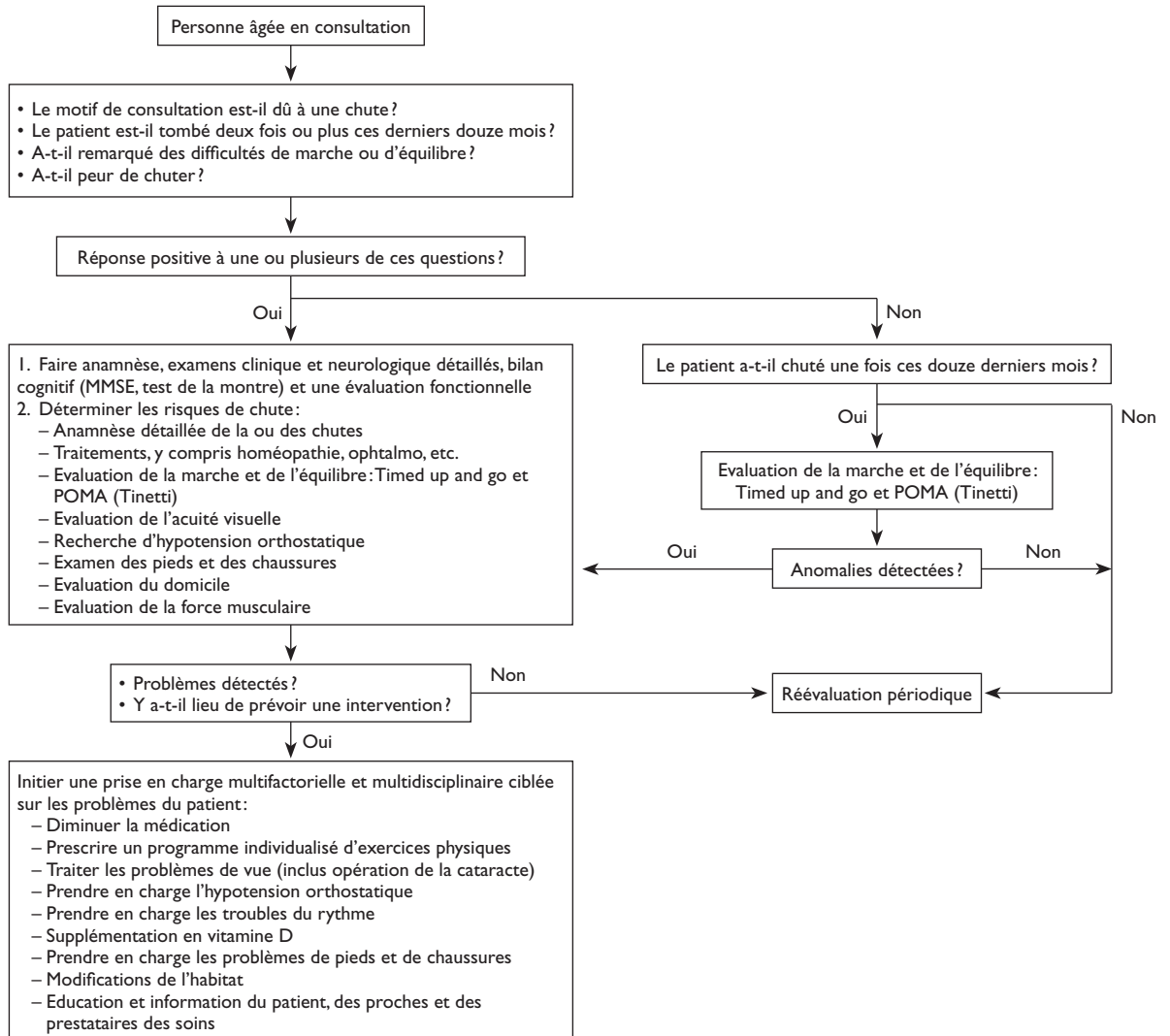


Figure 1. Recommandations pour la prévention des chutes chez les personnes âgées
 (Algorithme adapté de: www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/).
 POMA: performed-oriented mobility assessment; MMSE: mini-mental state examination.

considère qu'il y a une diminution de la mobilité et qu'elle est importante au-dessus de trente secondes. Ses sensibilité et spécificité sont de 87% pour une valeur seuil de quatorze secondes.

One-leg-balance¹²

Ce test évalue la capacité de rester, sans appui, en équilibre sur une jambe pendant cinq secondes. Il est parfois proposé comme test de dépistage en cabinet car il est facile à réaliser. Néanmoins, ses spécificité et sensibilité ne sont pas connues et diffèrent passablement entre une population âgée en bonne ou en mauvaise santé. Il semble fiable pour prédire le risque de chute entraînant une lésion mais pas pour le risque de chute en général.^{11,12}

Test de Tinetti (POMA: *Performed-oriented mobility assessment*)

Le POMA ou test de Tinetti est, de loin, le plus couramment utilisé en milieu spécialisé. Il comprend deux volets,

un évaluant l'équilibre, l'autre la marche. Le test se rapporte à un score global, maximal, de 28 points. Tout résultat inférieur à vingt points est associé à un risque de chute élevé avec une sensibilité de 80% et une spécificité de 74%.^{13,14} La pratique de ce test demande, outre du temps, une certaine expertise. Il peut être effectué sur délégation par un physiothérapeute.

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT

L'évaluation de l'environnement, en particulier du lieu de vie, doit être réalisée par des professionnels impliqués dans les soins aux personnes âgées. Dans plusieurs cantons, les équipes de soins à domicile sont composées de pluriprofessionnels: ergothérapeute, physiothérapeute, infirmière ou tout autre professionnel de santé formés à cette évaluation. Dans d'autres cantons, il peut exister des équipes de gériatrie ambulatoire composées, outre des professionnels sus-cités, de médecins spécialistes.



Tableau 1. Qui, quoi et où trouver les informations pour une prise en charge coordonnée?

POMA: performed-oriented mobility assessment.

Professionnels impliqués	Interventions	Où	Informations
Médecin	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage et suivi • Révision des médicaments • Prescription de vitamine D et de calcium • Prise en charge des comorbidités • Prescription d'interventions ciblées: physiothérapie, ergothérapie, soins à domicile... 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet • Equipes spécialisées dans les hôpitaux ou centres de gériatrie • Policliniques universitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé romande: www.Santeromande.ch • Fondation pour la sécurité des patients: www.patientsicherheit.ch • Espace prévention du canton de Vaud: www.espace-prevention.ch • CHUV: <ul style="list-style-type: none"> – Service de gériatrie et réadaptation gériatrique (Sylvana) – PMU: consultation gériatrique «Géri-A-Com» • HUG: <ul style="list-style-type: none"> – Hôpital des Trois-Chêne, Département de réhabilitation et gériatrie – Unité de gériatrie communautaire, Service de médecine de premier recours: www.geriatrie-communautaire.hug-ge.ch
Physiothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation: POMA, aide de marche... • Programme adapté d'exercices d'équilibre et de renforcement musculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinets privés • Ateliers équilibre (Pro-Senectute) • Gymnastique des aînés • Institut Jacques Dalcroze (GE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Physio suisse: www.physioswiss.ch • Pro-senectute: www.pro-senectute.ch • Mouvement des aînés: www.mda-vaud.ch; www.mda-neuchatel.ch • AVIVO: www.avivo.ch • www.dalcroze.ch; www.rythmique.ch/senior
Ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation et adaptation: <ul style="list-style-type: none"> – Chaussures – Lieu de vie – Eclairage – Enseignement de stratégies d'éviction – Alarme 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet • Domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Services de soins à domicile • Equipes mobiles de gériatrie • www.ergotherapie.ch
Soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage et suivi • Soins spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Services de soins à domicile • Equipes mobiles de gériatrie

QUE PROPOSER ?

Le bilan des facteurs de risque permet avant tout de dépister des patients à risque élevé, mais également d'élaborer un programme de prise en charge individuel adapté en corrigeant ou modifiant dans la mesure du possible les facteurs de risque spécifiques mis en évidence.

Il doit au minimum inclure :

- Un programme d'exercice adapté.
- Une révision des médicaments avec diminution ou arrêt des benzodiazépines, des neuroleptiques, des antidépresseurs et des hypotenseurs.
- La mise en place et l'adaptation de moyens auxiliaires et de chaussures adéquates.
- L'adaptation et la modification du domicile.
- La prise en charge des comorbidités médicales associées aux chutes, en particulier l'hypotension orthostatique, les troubles visuels et certains troubles du rythme cardiaque.
- La prescription de vitamine D associée au calcium.^{15,16}

Ce type d'intervention multifactorielle permet de réduire le risque de récurrence de chutes jusqu'à 40% ainsi que d'anticiper les conséquences négatives telles que les fractures.¹⁷⁻²⁰

À QUI ADRESSER LE PATIENT ?

La prise en charge de la chute doit être multidisciplinaire c'est pourquoi le médecin traitant doit effectuer une partie du bilan mais doit être aussi le prescripteur, le coordonnateur et l'intégrateur des différentes interventions des autres professionnels impliqués.

Le **tableau 1** propose un exemple de prise en charge coordonnée et donne quelques pistes permettant au médecin de premier recours de trouver dans sa région les professionnels ad hoc.

CONCLUSION

Le dépistage au cabinet du médecin de premier recours, doit permettre la mise en œuvre de stratégies d'interventions multifactorielles et individualisées.

Ces interventions requièrent une évaluation pluridisciplinaire qu'il n'est pas toujours facile de coordonner en médecine ambulatoire.

Dans certains cantons, des consultations spécialisées ont été mises en place dans le but de simplifier la prise en charge du patient chuteur. Elles offrent une prise en charge multidisciplinaire permettant de combiner les différentes interventions et actions entreprises.

En fonction des besoins exprimés par les différents prestataires de soins, une réflexion doit être entreprise pour développer des programmes ambulatoires concertés entre spécialistes et médecins traitants. ■



Implications pratiques

- > Dépistage pour tout patient de plus de 65 ans: «Êtes-vous tombé cette année?»
- > Importance de travailler en multidisciplinarité avec les prestataires de soins en ambulatoire (physiothérapeute, ergothérapeute, soins à domicile...) tant pour l'évaluation que le suivi thérapeutique
- > Penser à prescrire de la vitamine D

Bibliographie

- 1 Monod S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Jaccard Ruedin H. Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Observatoire suisse de la Santé 2007; Report N° 25.
- 2 * Guideline for prevention of falls in older persons, American geriatrics society, British geriatrics society, and American academy of orthopedic surgeons panel on falls prevention. JAG 2001;49:664-72.
- 3 Monod S. Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet? Rev Med Suisse 2009;5:224-7.
- 4 Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, et al. Will my patient fall? Review 51 refs. JAMA 2007;297:77-86.
- 5 Tinetti ME, et al. Risk factors for falls among elderly persons living in community. N Engl J Med 1988; 319: 1701-7.
- 6 Sattin R, Lambert H, Devito C, et al. The incidence of fall injury events among the elderly in a defined population. Am J Epidemiol 1990;131:1028-37.
- 7 Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. J Am Geriatr Soc 1999;47:40-50.
- 8 Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Stops walking when talking as a predictor of falls in elderly people. Lancet 1997;349:617.
- 9 Tinetti ME, et al. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Am J Med 1986; 80:429-34.
- 10 Murphy S, Dubin J, Gill T. The development of fear of falling among community-living older women: Predisposing factors and subsequent fall events. J Gerontol 2003;58A:943-7.
- 11 Podsiadlo D, Richardson S. The timed «up and go»: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-8.
- 12 Vellas BJ, Wayne SJ, Romero L, et al. One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. J Am Geriatr Soc 1997;45:735-8.
- 13 Thomas JL, et al. A pilot study to explore the predictive validity of 4 measures of falls risk in frail elderly patients. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1636-40.
- 14 Tinetti ME, Baker DI, McAyay G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N Engl J Med 1994;331:821-7.
- 15 Bishoff-Ferrari HA. Effect of vitamin D on falls: A meta-analysis. JAMA 2004;291:1999-2006.
- 16 Office fédéral de la santé publique. Ostéoporose et chutes des personnes âgées, une approche de santé publique. Août 2004.
- 17 Chang J, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ 2004;328:680.
- 18 * Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003;348:42-9.
- 19 Campbell AJ, et al. Randomized controlled trial of prevention of falls in people aged >75 with severe visual impairment: The VIP trial. BMJ 2005;331:817.
- 20 * Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, et al. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD000340.

* à lire

** à lire absolument