

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

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

Avril 2009

OBJECTIFS

- Fournir aux professionnels de santé une démarche clinique d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées qui soit applicable à la pratique quotidienne.
- Répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est la définition des chutes répétées ?
 2. Quels sont les signes de gravité des chutes répétées ?
 3. Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?
 4. Quelles sont les interventions permettant de prévenir les récurrences de chutes et leurs complications ?

Ces recommandations concernent les personnes âgées [> 65 ans] faisant des chutes [fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ] répétées [≥ 2 chutes au cours d'une période de 12 mois]. Elles reposent majoritairement sur un accord professionnel.

Messages clés

- La démarche médicale comporte un premier temps d'évaluation qui est avant tout clinique. Peu d'examen complémentaires sont utiles de façon systématique ; leur prescription doit être orientée par l'évaluation clinique.
- Il faut rechercher systématiquement, dans un premier temps, tous les signes de gravité mettant en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel, puis, dans un deuxième temps, les facteurs de risque de chutes.
- La recherche des facteurs de risque de chutes est une étape essentielle. Chez un même patient, il est habituel de retrouver plusieurs facteurs de risque associés. Aussi, cette recherche doit être complétée et ne pas être interrompue si un facteur est identifié. La correction des facteurs de risque modifiables est la première étape du traitement.
- La prise en charge doit être rapide et adaptée, elle est fondée sur une approche multi-interventionnelle déterminée en fonction des résultats de l'évaluation du patient et de son environnement. Cette évaluation doit reposer sur l'utilisation de tests validés et standardisés.
- En fonction des cas, sont proposés la correction des facteurs de risque modifiables éventuels, l'adaptation du chaussage, l'utilisation d'aides techniques, un programme d'activité physique ou de kinésithérapie, une augmentation des apports de calcium, l'apport de vitamine D, et un traitement anti-ostéoporotique.
- L'éducation du patient et de son entourage fait aussi partie de la prise en charge.

PREMIÈRE ÉTAPE : RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITÉ

■ Dans un premier temps, rechercher systématiquement les signes de gravité suivants :

Conséquences de la chute	<ul style="list-style-type: none">▶ Traumatismes physiques modérés à sévères▶ Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathies d'inhalation, déshydratation)▶ Syndrome post-chute
Pathologies responsables de la chute	Signes de maladie aiguë responsable de la chute (troubles du rythme/conduction, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, maladies infectieuses, hypoglycémie chez les patients diabétiques)
Caractère répétitif de la chute	Signe de gravité particulièrement en cas : <ul style="list-style-type: none">▶ d'augmentation récente de la fréquence des chutes▶ d'association de plus de 3 facteurs de risque de chute▶ de troubles de l'équilibre ou de la marche

■ Il faut également :

Reconnaître les trois principales situations à risque de chute grave	<ul style="list-style-type: none">▶ Ostéoporose avérée▶ Prise de médicaments anticoagulants▶ Isolement social et familial
Réévaluer la personne dans un délai d'une semaine afin de rechercher les signes de gravité apparus à distance	<ul style="list-style-type: none">▶ Peur de chuter▶ Restriction des activités de la vie quotidienne▶ Syndrome post-chute

■ La recherche des signes de gravité repose sur :

- ▶ un entretien avec le patient et son entourage
- ▶ 16 questions standardisées (détaillées dans les recommandations) et un examen centré sur la recherche de douleurs ou de lésions traumatiques, l'équilibre postural, les transferts et la marche, et sur l'examen cardio-vasculaire et neurologique.
En particulier, l'examen doit comprendre les tests de Romberg, de station unipodale et le *timed up & go test*

■ Examens complémentaires recommandés à la recherche de signes de gravité :

En fonction des signes d'appel	<ul style="list-style-type: none">▶ Radiographies osseuses si suspicion de fracture▶ Dosage des CPK et de la créatinine sérique si séjour au sol > 1 heure▶ ECG si malaise et/ou perte de connaissance▶ Glycémie si la personne est diabétique
---------------------------------------	--

Ne pas faire une imagerie cérébrale en dehors d'une indication précise reposant sur les données de l'examen clinique.

DEUXIÈME ÉTAPE : RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE

Facteurs prédisposants	<ul style="list-style-type: none">▶ Âge 80 ans▶ Sexe féminin▶ Antécédents de fractures traumatiques▶ Polymédication (prise de plusieurs classes thérapeutiques par jour)▶ Prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou antiarythmique de classe 1▶ Trouble de la marche et/ou de l'équilibre (<i>timed up & go test</i> ≥ 20 secondes et/ou station unipodale ≤ 5 secondes)▶ Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains ; index de masse corporelle < 21 kg/m²)▶ Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis▶ Anomalie des pieds▶ Troubles de la sensibilité des membres inférieurs▶ Baisse de l'acuité visuelle (score d'acuité visuelle anormal aux échelles de Monnoyer et/ou de Parinaud)▶ Syndrome dépressif▶ Déclin cognitif (suspecté par un score MMSE et/ou test des cinq mots et/ou test de l'horloge et/ou test Codex anormal)
-------------------------------	---

Facteurs précipitants	<p>Cardio-vasculaires : rechercher les notions de malaise et/ou de perte de connaissance et rechercher une hypotension orthostatique</p> <p>Neurologiques : rechercher l'existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur de topographie vasculaire constitué ou transitoire, et d'une confusion mentale</p> <p>Vestibulaires : rechercher la notion de vertige à l'interrogatoire et une latéro-déviaton au test de Romberg</p> <p>Métaboliques : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémifiants, une consommation excessive d'alcool</p> <p>Environnementaux : examiner l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, ainsi que le chaussage</p>
------------------------------	--

■ Pour cette étape, les examens paracliniques recommandés sont :

- ▶ un ionogramme à la recherche d'une hyponatrémie
- ▶ un dosage sérique de la vitamine D (25OHD)
- ▶ une numération formule sanguine en cas de signes d'appel d'anémie
- ▶ un ECG en cas de signes d'appel cardiaques
- ▶ un dosage de l'HbA1c chez les personnes diabétiques

Il n'est pas utile de réaliser, à titre systématique, les examens suivants : EEG, imagerie cérébrale, examen écho-Doppler des artères cérébrales, Holter-ECG des 24 heures, échographie cardiaque. Ces examens ne seront réalisés qu'en fonction des données cliniques et ECG.

TROISIÈME ÉTAPE : PROPOSER LES INTERVENTIONS CAPABLES DE PRÉVENIR LA RÉCIDIVE DES CHUTES ET LEURS COMPLICATIONS

■ Quel que soit le lieu de vie, proposer une intervention associant plusieurs axes :

- révision de l'ordonnance
- correction/traitement des facteurs de risque modifiables (incluant les facteurs environnementaux)
- port de chaussures adaptées
- pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique
- apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g / j
- utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs
- correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI
- traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée

L'éducation de la personne âgée et de ses aidants est nécessaire à la mise en œuvre de la prise en charge.

■ En cas de trouble de la marche et/ou de l'équilibre, il est recommandé de prescrire des séances de kinésithérapie incluant :

- un travail de l'équilibre postural statique et dynamique
- un renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs

Ces pratiques doivent être régulières avec des exercices d'intensité faible à modérée et poursuivies par des exercices en autorééducation, entre et après les séances, pour prolonger les acquis dans la vie quotidienne.



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique :

« Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées » -

Recommandations pour la pratique clinique – Avril 2009.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur

www.has-sante.fr