

# La chute n'est pas une fatalité quand on avance en âge

François Puisieux  
CHU Lille – Université de Lille



# Liens d'intérêt

**Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant cette présentation**

Le 1er novembre 1987....



# Pourquoi s'intéresser aux chutes ?

- Parce que la chute est un problème de santé publique
- Parce que la(les) chute(s) peuvent changer la vie des personnes âgées
- Parce que la chute et sa prévention nous concerne tous
- Parce que c'est le quotidien des gériatres mais aussi des urgentistes, des chirurgiens orthopédistes....des médecins généralistes, des IDE, des kinésithérapeutes,....
- Parce que la chute n'est pas une fatalité: la prévenir et prévenir ses conséquences est possible
- Parce qu'on sait quoi faire
- Parce qu'on pourrait faire beaucoup mieux que ce que l'on fait

Chaque année, les chutes des personnes âgées entraînent plus de 130 000 hospitalisations et 10 000 décès.

Le coût des chutes des personnes âgées est aujourd'hui évalué à 2 milliards d'euros, dont 1,5 milliard pour la seule Assurance Maladie.

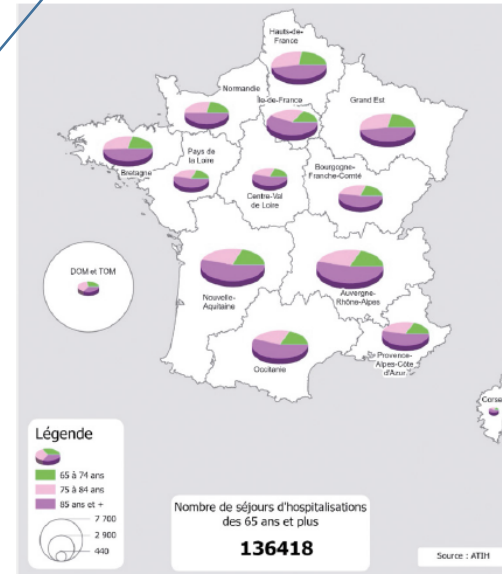
# Les chiffres

**130 000**  
hospitalisations  
**10 000** décès  
**2 milliards d'euros**

**Problème croissant**  
Vieillessement de la population

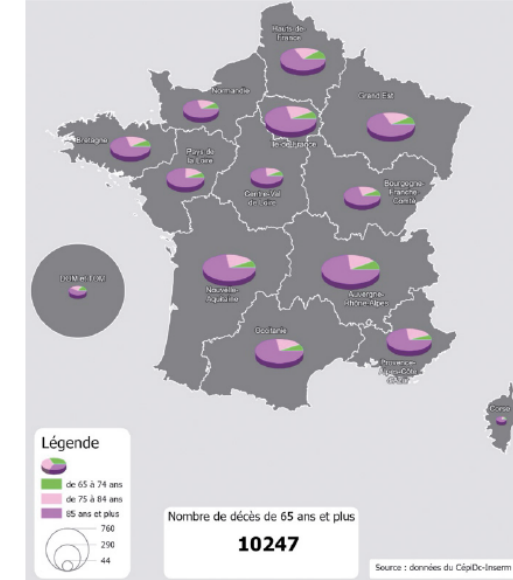
- ↑ polypathologie
- ↑ polymédication
- ↑ fragilité

**RÉPARTITION DES SÉJOURS D'HOSPITALISATIONS POUR CHUTES DES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 65 ANS EN FRANCE EN 2020**



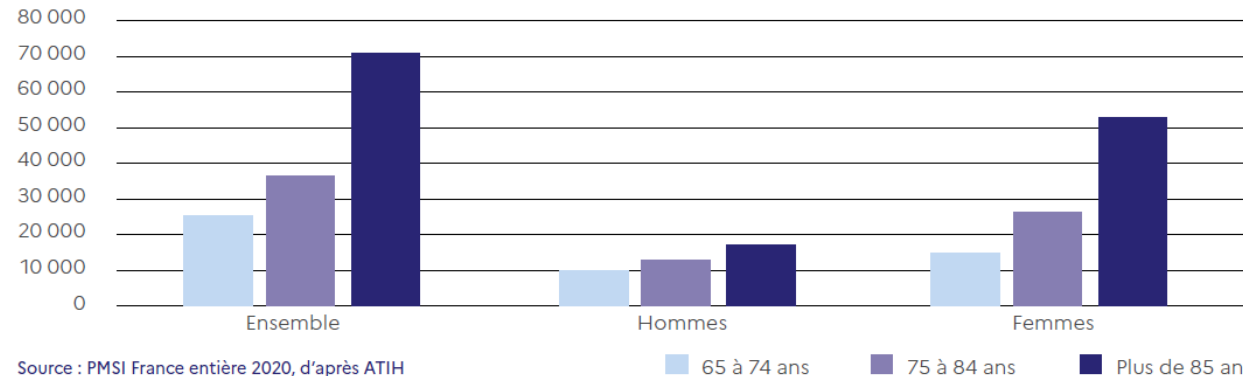
Source : PMSI France entière 2020, d'après ATIH

**NOMBRE DE DÉCÈS PAR CHUTE ACCIDENTELLE PAR RÉGION ET PAR CLASSE D'ÂGE EN FRANCE EN 2016**

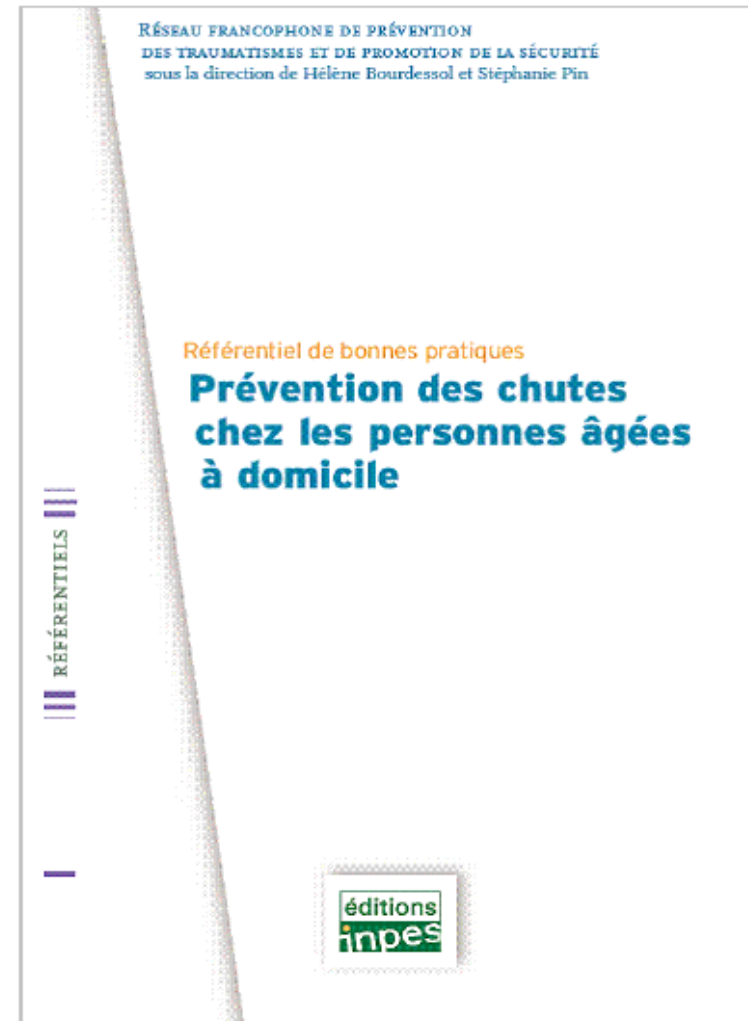


Source : CépIDC, France entière 2016, dernière année disponible

**RÉPARTITION DES SÉJOURS HOSPITALIERS POUR CHUTES DES PERSONNES DES PLUS DE 65 ANS**



# Pour les professionnels: des recommandations françaises... déjà un peu anciennes



# Des recommandations internationales... dont les dernières de 2022



Original Investigation | Geriatrics

## Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults A Systematic Review

*JAMA Network Open.* 2021;4(12):e2138911.

**Question** What are the most common consistent recommendations in fall prevention clinical practice guidelines, across settings, for adults 60 years or older?

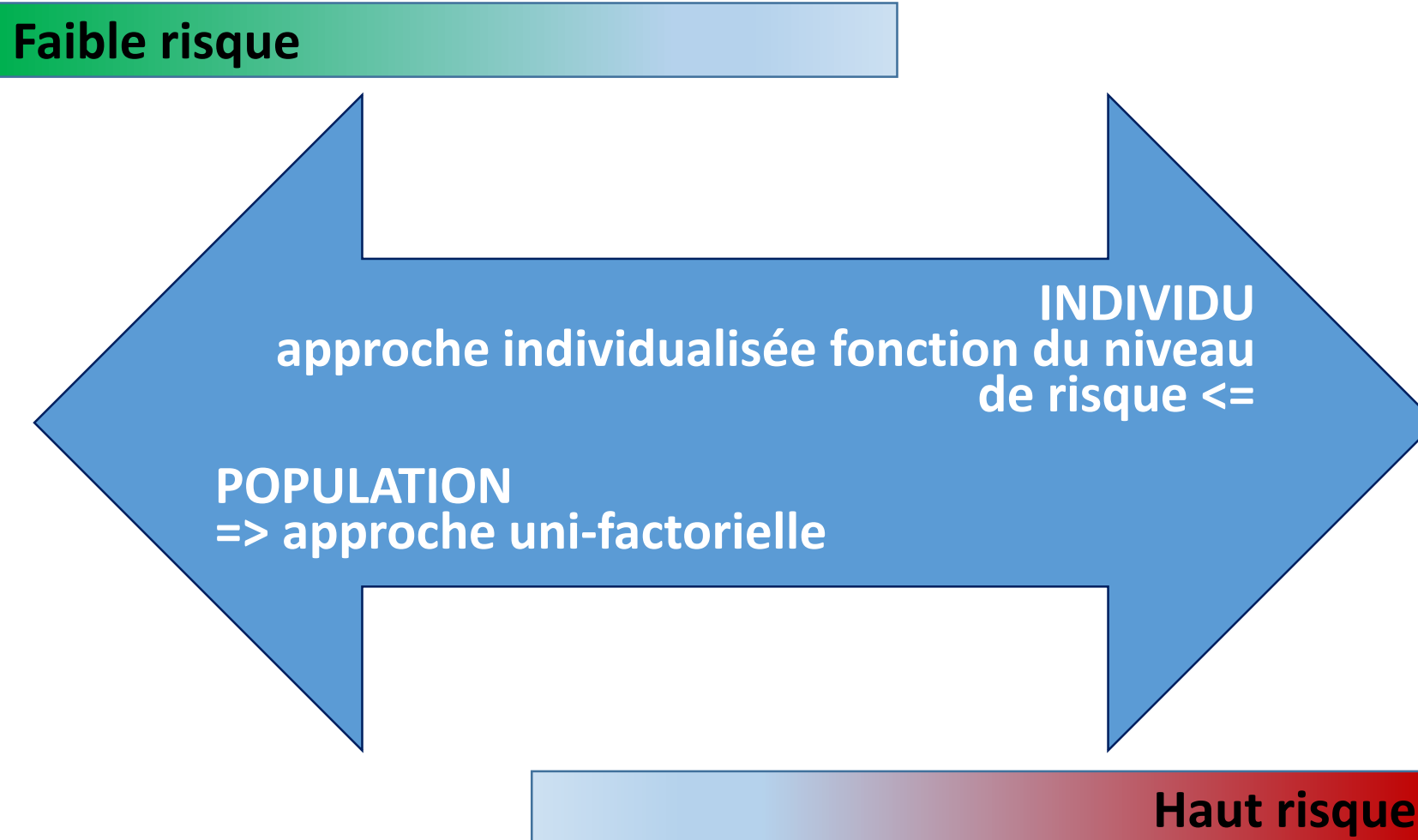
### GUIDELINE

*Age and Ageing* 2022; **51**: 1–36  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>

## World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative

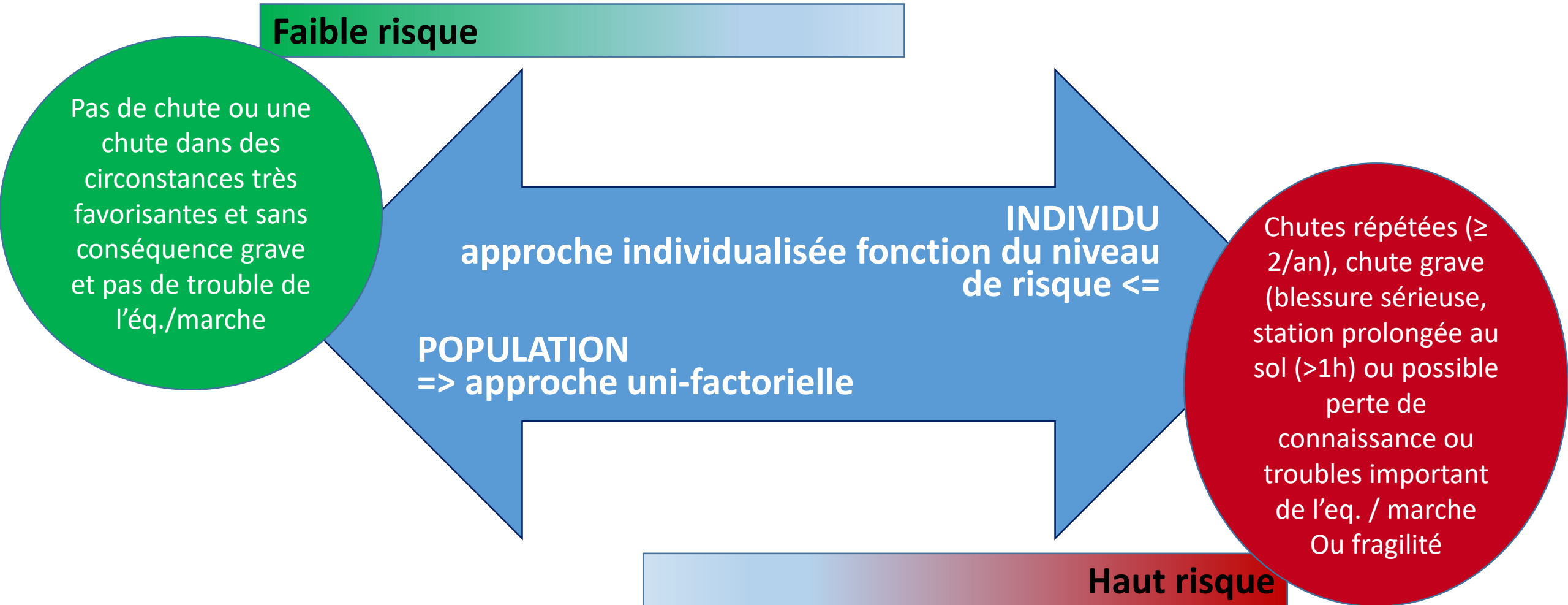
MANUEL MONTERO-ODASSO<sup>1,2,3,†</sup>, NATHALIE VAN DER VELDE<sup>4,5,†</sup>, FINBARR C. MARTIN<sup>6</sup>, MIRKO PETROVIC<sup>7</sup>, MAW PIN TAN<sup>8,9</sup>, JESPER RYG<sup>10,11</sup>, SARA AGUILAR-NAVARRO<sup>12</sup>, NEIL B. ALEXANDER<sup>13</sup>, CLEMENS BECKER<sup>14</sup>,

Ce que disent les recommandations internationales: la conduite à tenir dépend du niveau de risque de chute et du risque de chute grave

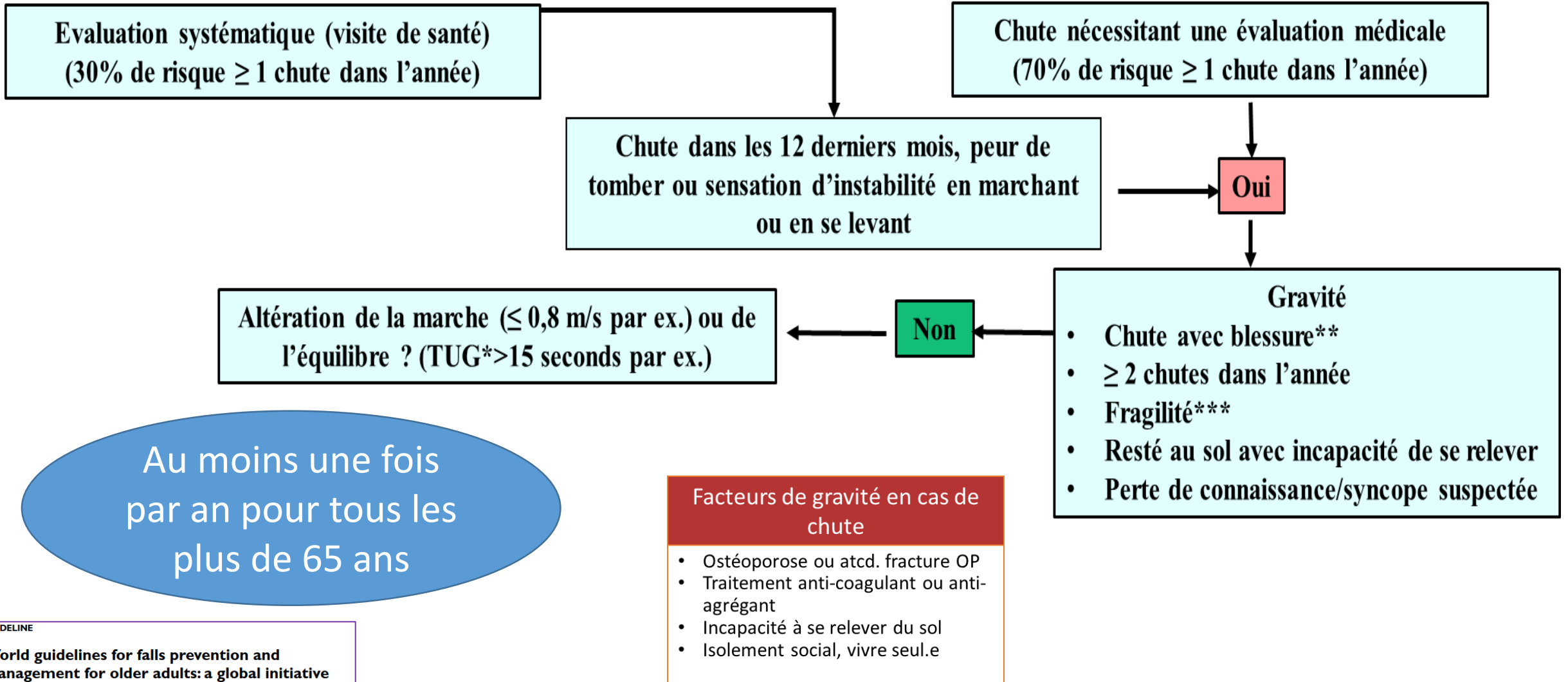




# La conduite à tenir dépend du niveau de risque



# Repérer et évaluer le risque de chute



GUIDELINE

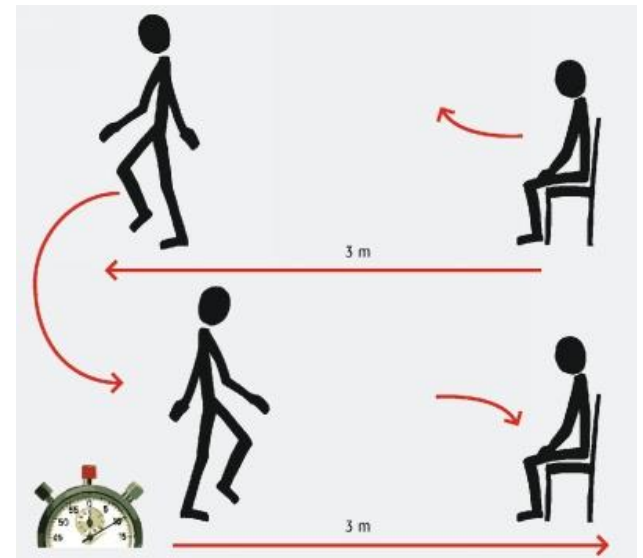
**World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative**

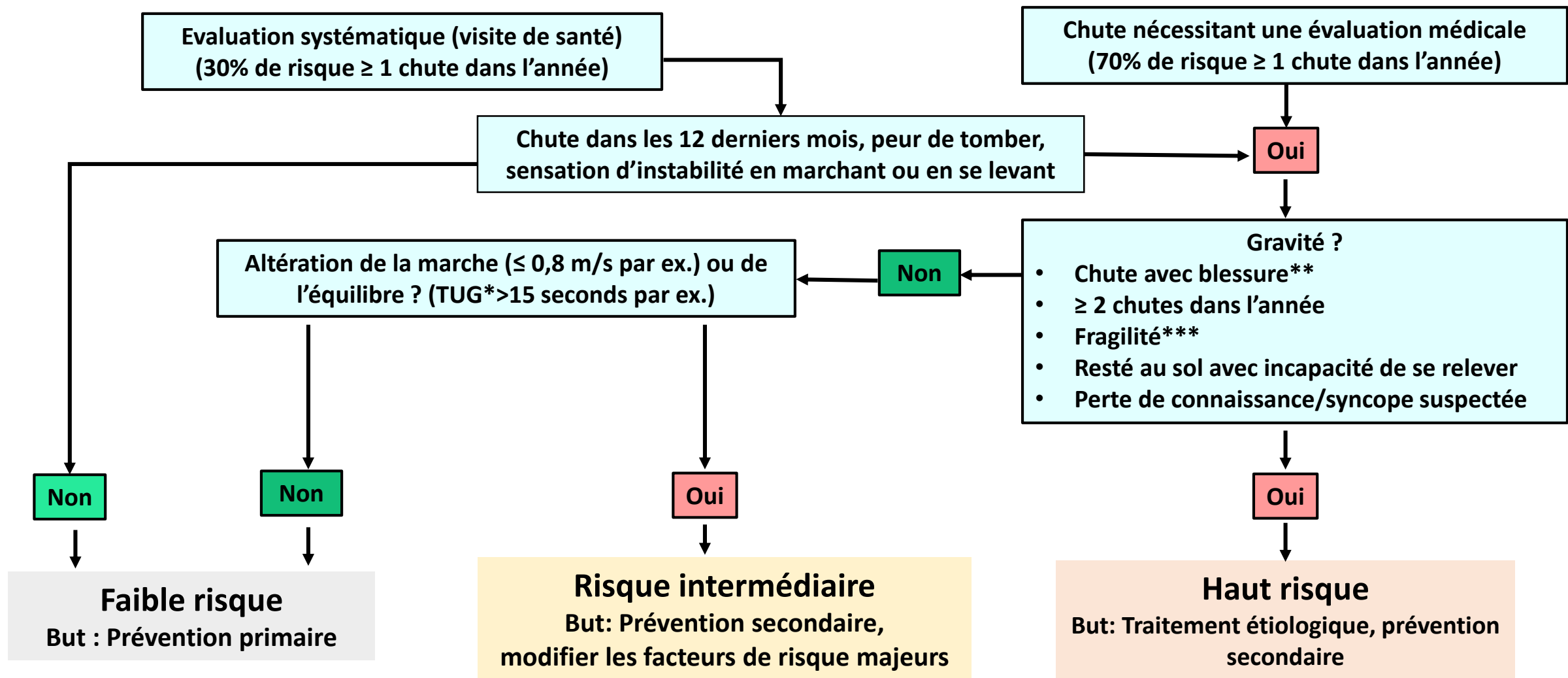
MANUEL MONTERO-ODASSO<sup>1,2,3,†</sup>, NATHALIE VAN DER VELDE<sup>4,5,†</sup>, FINBARR C. MARTIN<sup>6</sup>, MIRKO PETROVIC<sup>7</sup>, MAW PIN TAN<sup>8,9</sup>, JESPER RYGE<sup>10,11</sup>, SARA AGUILAR-NAVARRO<sup>12</sup>, NEIL B. ALEXANDER<sup>13</sup>, CLEMENS BECKER<sup>14</sup>

# Evaluer le risque de chute

En pratique:

- Poser la question « Êtes-vous tombé cette année ? »
  - Si oui, combien de fois ?
  - Si oui, dans quelles circonstances et avec quelles conséquences (dont le peur de tomber et la restriction d'activités) ?
- Evaluer l'équilibre et la marche avec un test simple:
  - Vitesse de marche (seuil à 0,8 m/sec)
  - Timed Up and Go Test (seuil à 15 secondes)



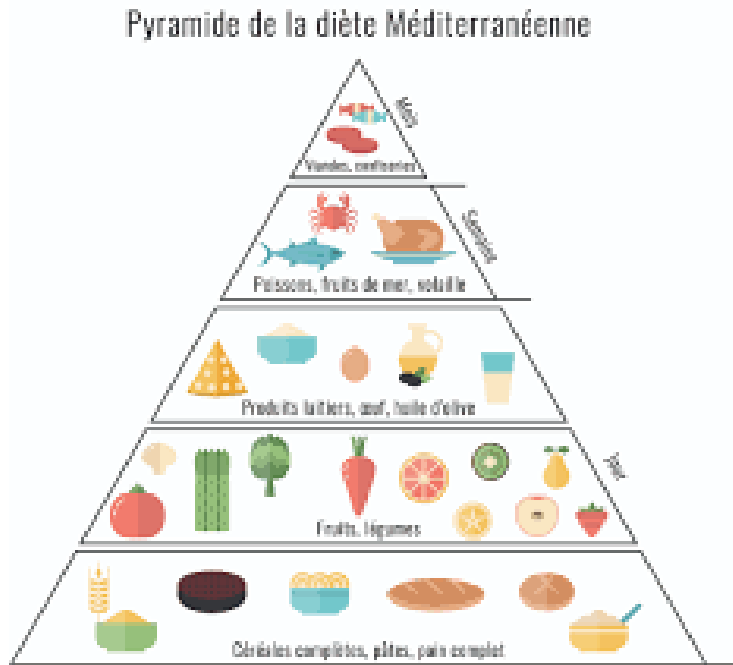


Trois façons d'agir différentes selon le niveau de risque

# Faible risque : agir pour réduire le risque de chute

**En population générale, en l'absence de risque identifié :**

- pratique activité physique régulière, conseils nutrition, chaussage, adaptation logement,
- conciliation médicamenteuse si besoin, et dépistage régulier



Accidents de la vie courante  
**Aménagez votre maison  
pour éviter les chutes**



# Intérêt de l'activité physique: pour tous les âges



## L'étude HAPPIER

Un exemple européen d'actions communes sur une thématique phare dans la prévention des chutes est la promotion de l'activité physique mise en avant dans l'étude HAPPIER. Cette étude, réalisée par l'Institut national des politiques publiques en 2012 avec l'appui de l'association Siel Bleu, s'est déroulée sur un an dans 32 maisons de retraite en Belgique, en Espagne, en France et en Irlande.

### Exemple d'Impact prouvé scientifiquement l'étude HAPPIER



Une évaluation faite par l'Institut National  
des Politiques Publiques



4 pays  
européens



32 résidences  
de personnes âgées




450 résidents  
divisés selon leur autonomie



12 mois de séances  
1 ou 2 sessions hebdomadaires




# Aménager son logement pour limiter le risque de chute


 Fonctions ▾ Activités ▾ Lieux ▾ Rechercher 🔍 A A\*

**Bien chez soi**  
Des équipements pour simplifier son quotidien


Trouver un produit

Fonctions	Activités	Lieux
Audition	Assurer sa sécurité et son confort	Balcon / Jardin Bureau
Équilibre	Communiquer / Être en relation	Chambre Cuisine
Mémoire et repérage	Cuisiner et entretenir son logement	Escalier / Couloir Garage
Préhension / Force	Mener des loisirs / Activités de temps libre ou administratives	Hall d'entrée Salle de bain
Vue	Prendre soin de soi	Salon WC
	Se déplacer	


 Fonctions ▾ Activités ▾ Lieux ▾ Rechercher 🔍 A A\*



**Barre d'appui extérieure**  
La barre d'appui extérieure, ou main-courante, permet d'offrir un appui fixe et sécurisant lors de transferts vers l'extérieur...



**Barre d'appui pour fauteuil**  
La barre d'appui pour fauteuil permet d'offrir un appui pour s'asseoir ou se relever du siège...



**Barre de redressement au lit**  
La barre de redressement au lit permet de prendre appui pour se tourner sur le côté lorsque la personne est couchée et de se relever plus facilement...

# Risque intermédiaire : agir pour réduire le risque de chute

## Approche personnalisée

- **Inform**er :
  - sur la chute, comment maintenir une mobilité ou une fonction physique optimale
- **Eval**uer :
  - Contexte, circonstances de la chute, ressources, comportements à risque, les principales pathologies aiguës/chroniques, pb sensoriels, podologiques...
  - Mais aussi : peur de chuter, restriction d'activité, objectifs du patient, rapport à l'activité physique...
- **Prop**oser :
  - Hygiène de vie, prévention ostéoporose, contrôles vision / audition / podologique réguliers

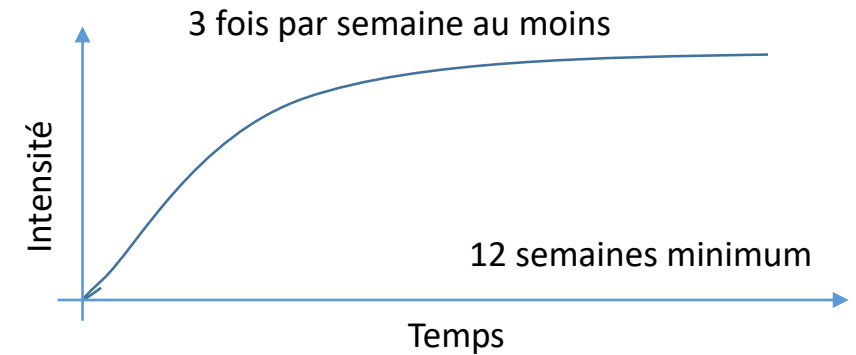
+ Exercice physique supervisé



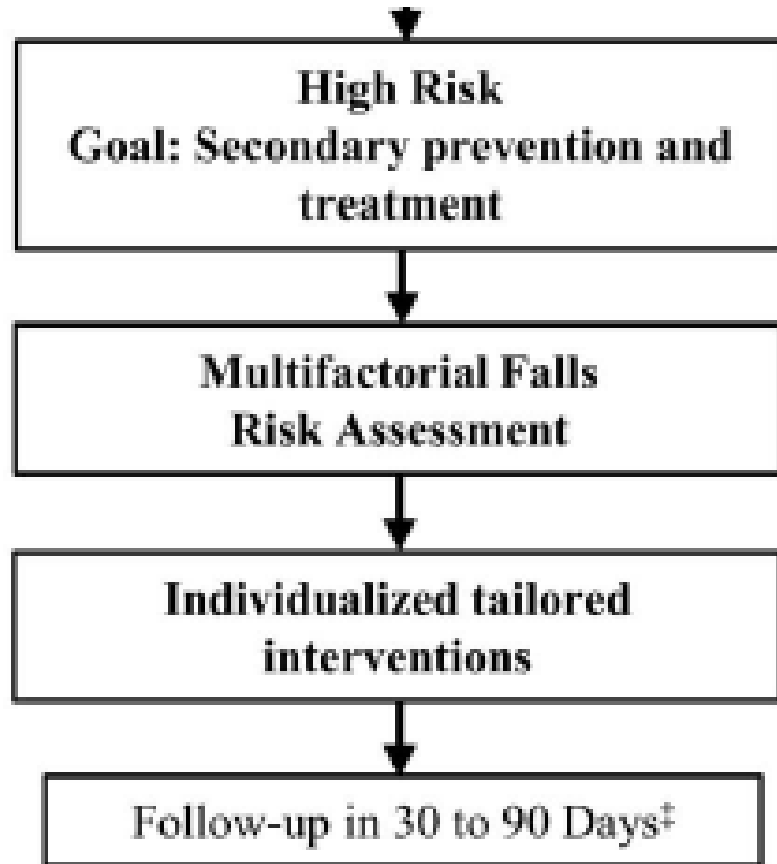
# Risque intermédiaire : agir pour réduire le risque de chute

## Exercice physique supervisé

- Objectif : équilibre et renforcement musculaire
- Type d'exercice :
  - Exercice fonctionnel : steps, levers de chaise, squats,
    - marche en tandem/semi tandem, changement de direction, vitesse, double tache...+/- avec poids
  - Tai Chi, danse
  - Suffisamment difficile et stimulant mais sécuritaire et faisable
  - Prévenir la station au sol prolongée = > exercice spécifique (pré-entraînement)
- Modalités :
  - Encadrement professionnel : Kiné/ prof. d'APA... ou autres professionnels formés
  - Groupe / auto-exercice, mixte
  - Aspect motivationnel/adhésion : coaching, supervision, groupe, matériel pédagogique



# Conduite à tenir chez les personnes à haut risque de chute

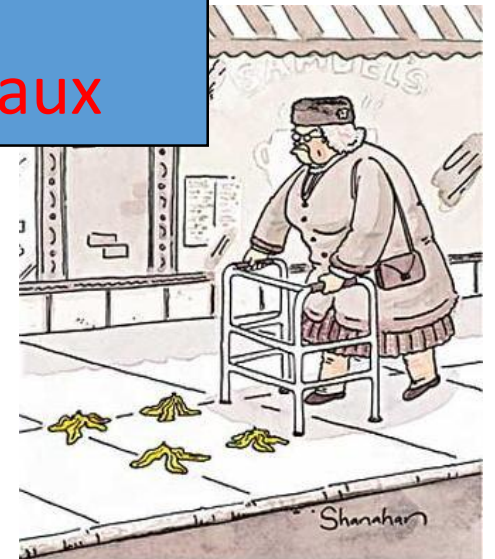
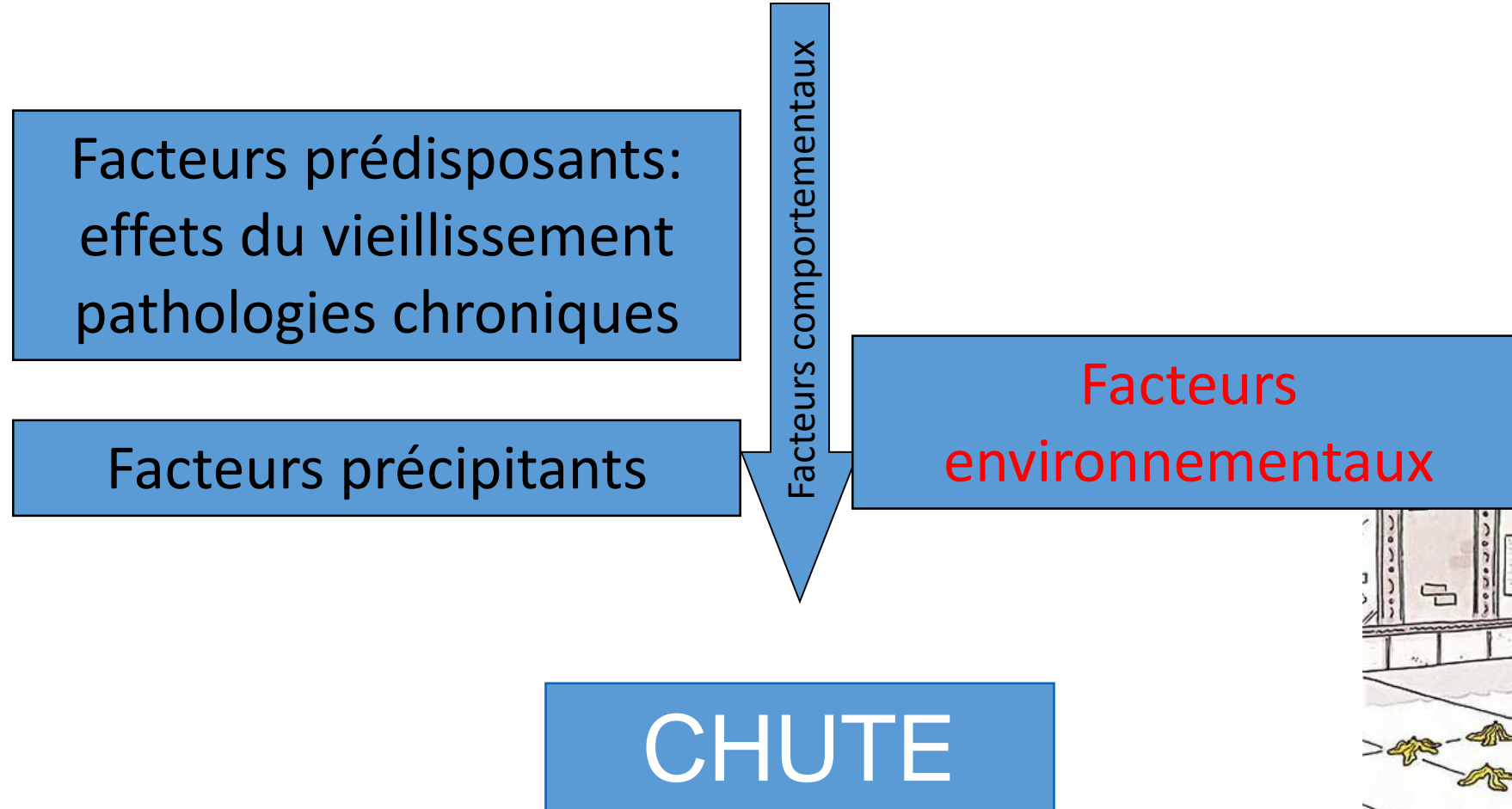


- **Les personnes à haut risque de chute** doivent faire l'objet d'une évaluation étiologique multifactorielle visant à reconnaître et corriger tous les facteurs de risque de chutes modifiables.
- Après correction des facteurs causaux, le patient devra être revu à 30 à 90 jours pour évaluer si la prise en charge a permis de réduire le risque de chute.

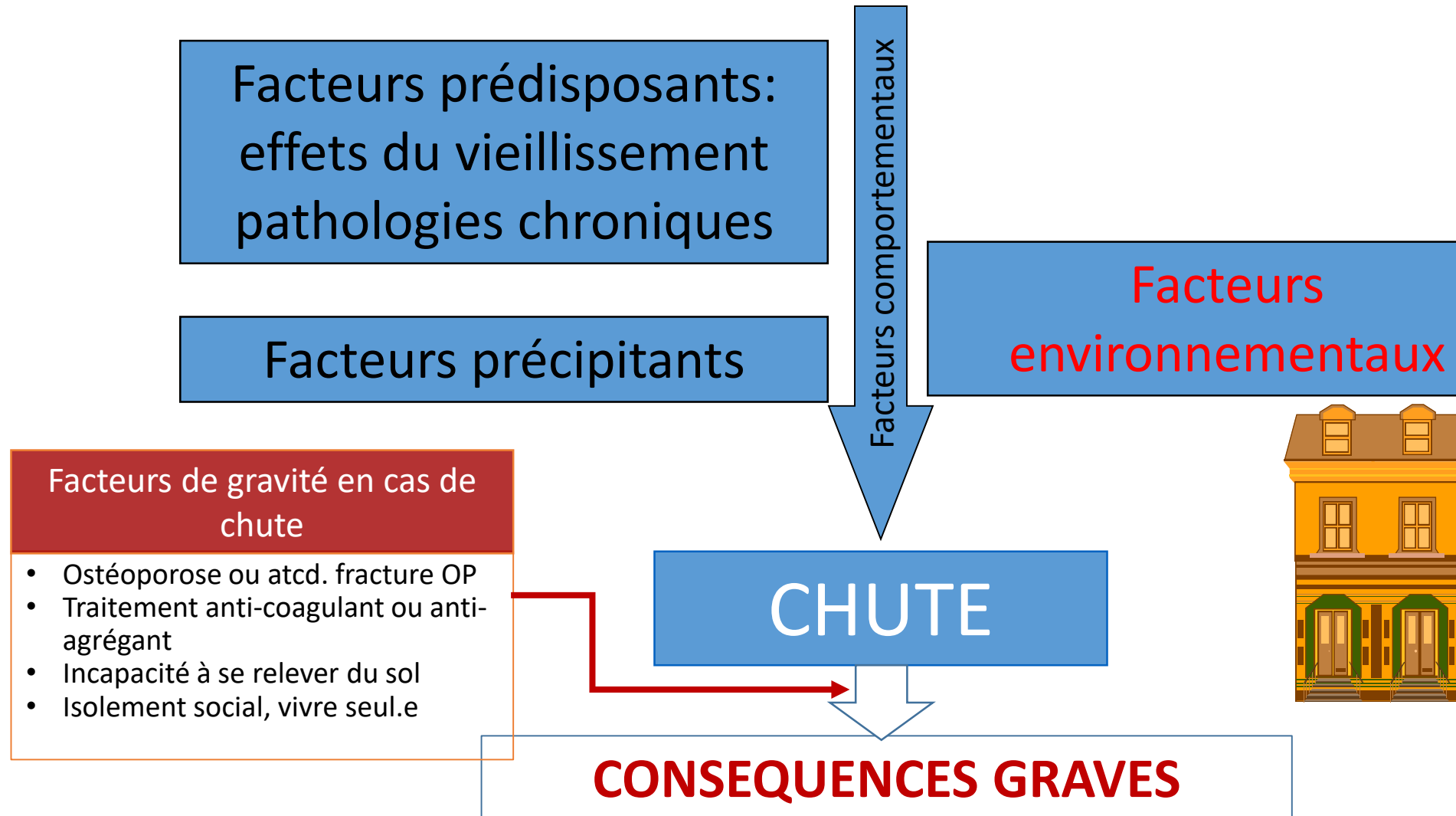
# Facteurs de risque environnementaux



# La chute de la personne âgée est multifactorielle et les fdr de chutes potentiels sont très nombreux

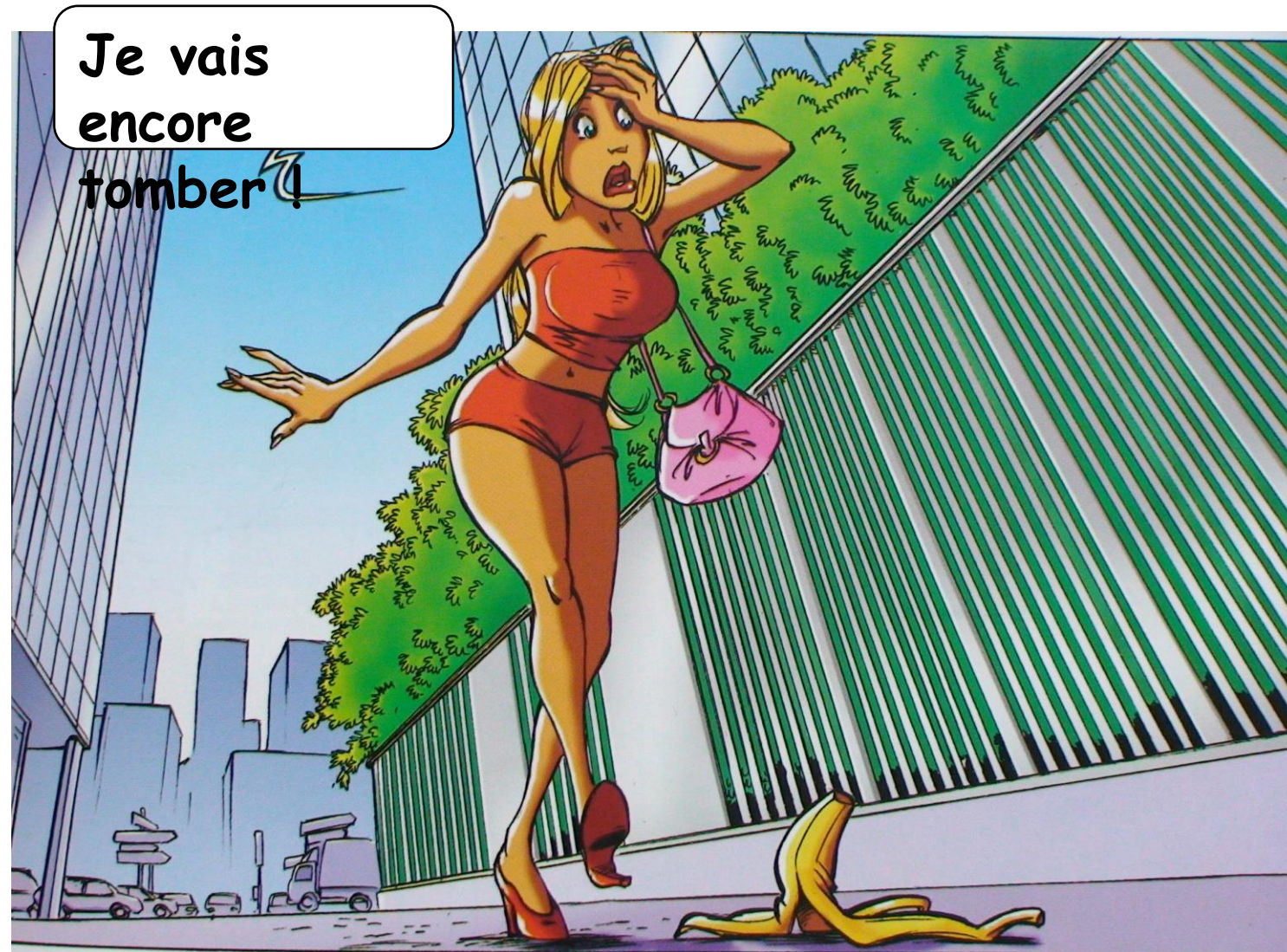


# La chute de la personne âgée est multifactorielle



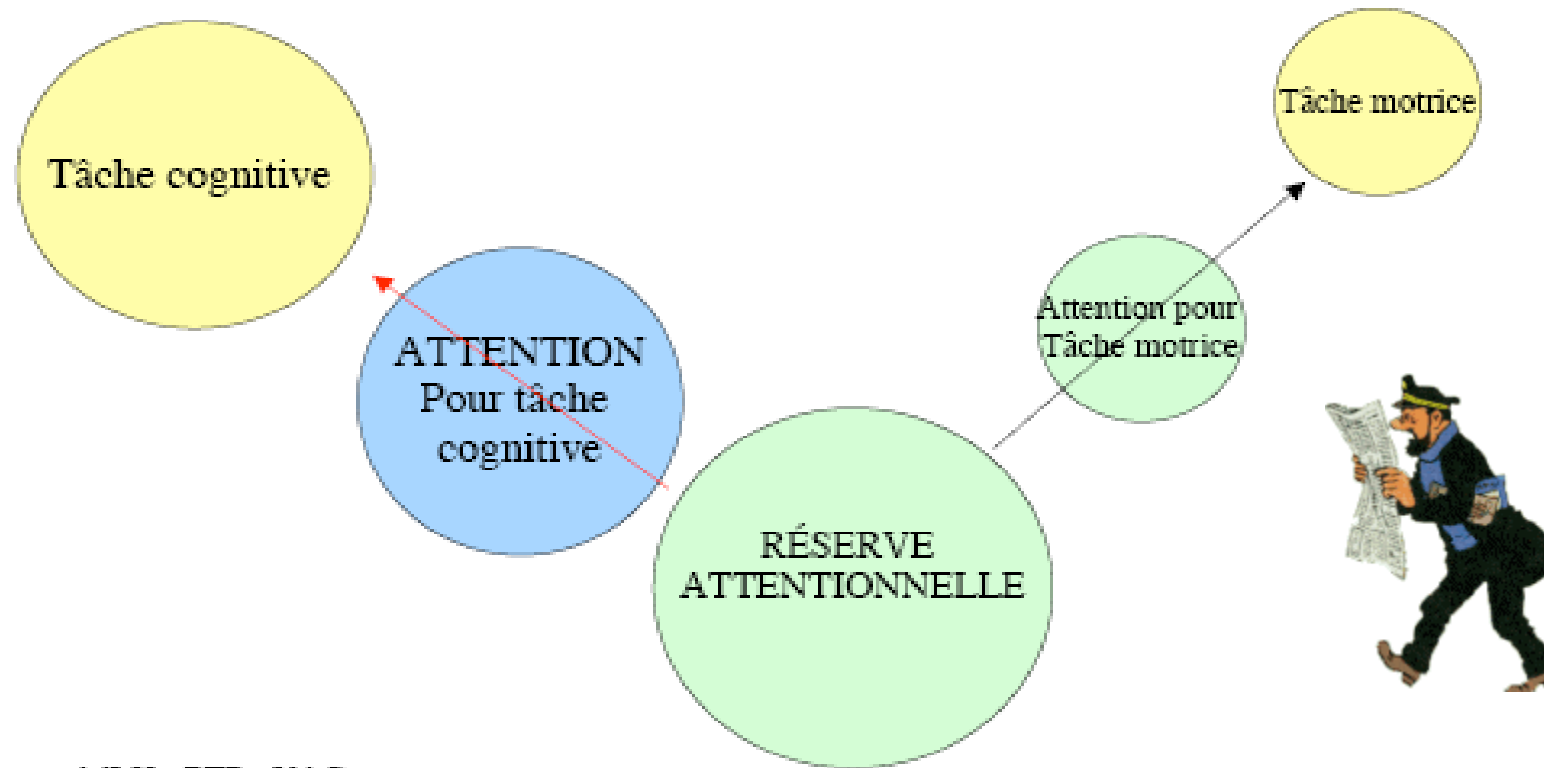


# Chute et cognition



# Le paradigme de la double tâche

THÉORIE DE LA CONCURRENCE ATTENTIONNELLE



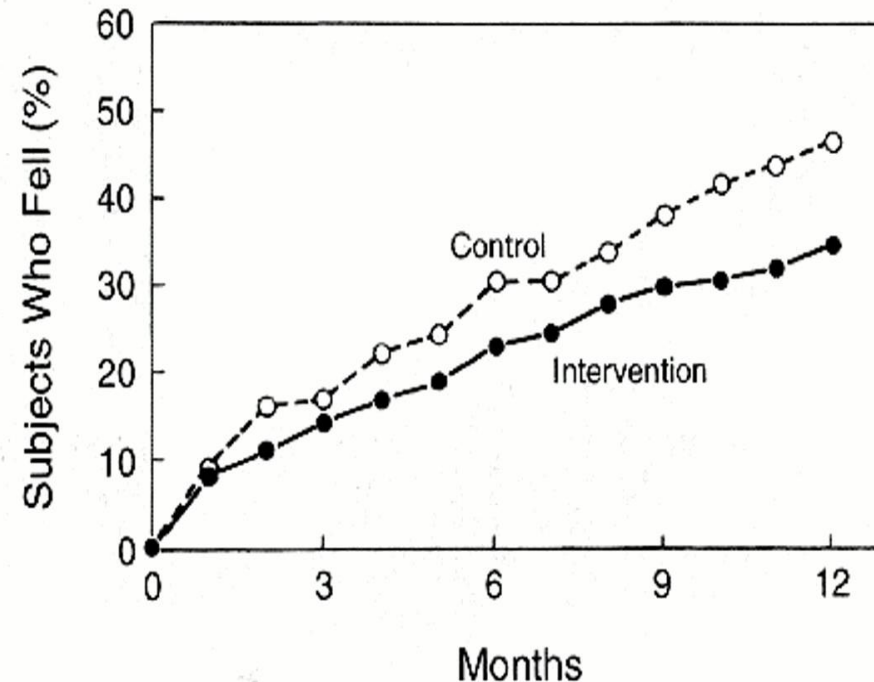
MLH - PTP - UAG -  
2004

Empruntée à J-M Serot

# Stratégie de réduction du risque

Tinetti M et al. *N Engl J Med* 1994;331:821-

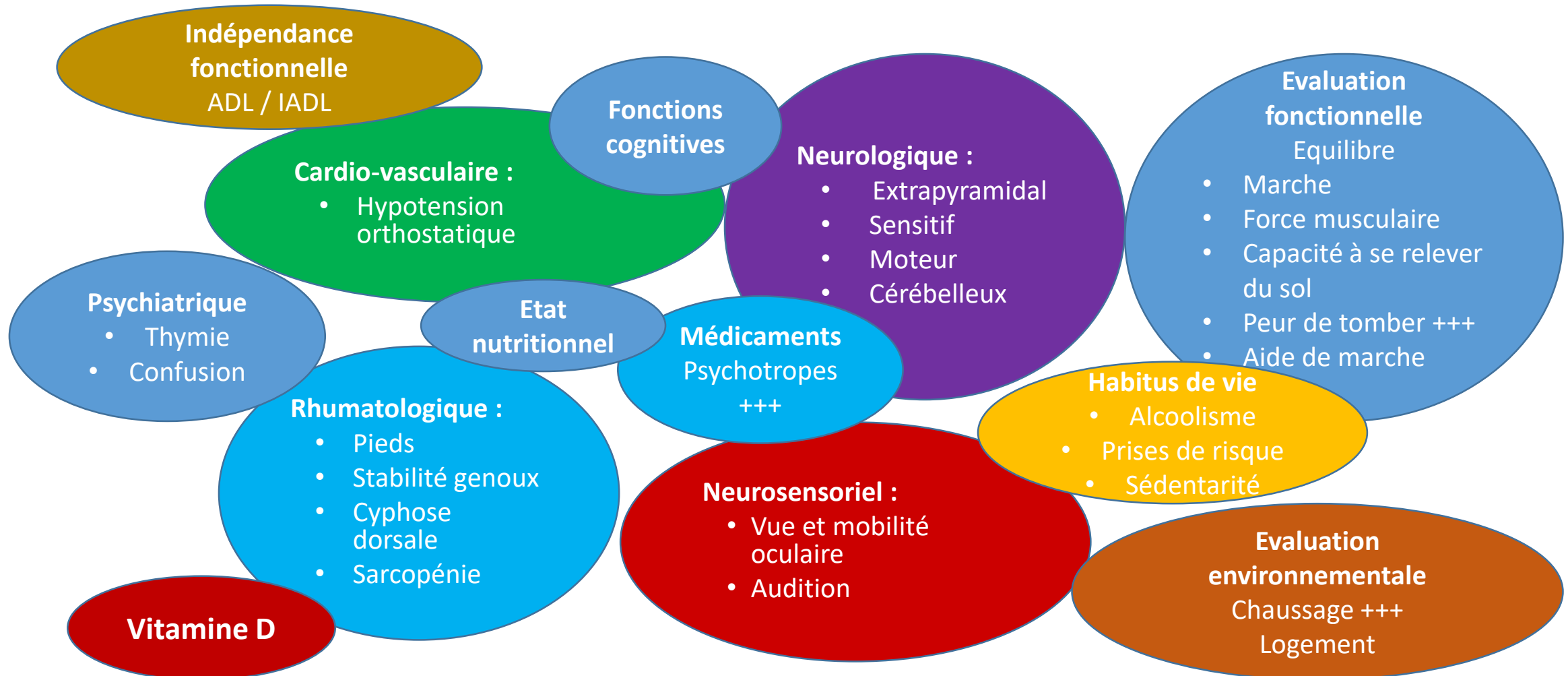
- 301 personnes vivant au domicile, âgées en moyenne de 78 ans.
- Tous les participants avaient au moins un facteur de risque de chute parmi une liste préétablie et la majorité d'entre eux était déjà tombée.
- Randomisation en deux groupes, un groupe témoin et un groupe intervention.
- Dans le groupe intervention, la stratégie était une stratégie de réduction des risques identifiés : adaptation des traitements, éducation comportementale, entraînement des fonctions déficitaires, conseils d'aménagement du domicile et propositions d'aides techniques...
- Après un an de suivi, il était observé une réduction significative de l'incidence des chutes dans le groupe intervention, mais pas de réduction des chutes graves.



	0	3	6	9	12
Intervention	153	130	113	103	95
Control	148	123	102	89	76
Relative risk	—	0.86	0.77	0.79	0.75



# L'évaluation étiologique multifactorielle est multi domaines et essentiellement clinique



# Haut risque : agir pour réduire le risque de chute

- **Un patient à haut risque de chute**

doit faire l'objet d'une évaluation étiologique **multifactorielle** visant à reconnaître et corriger tous les facteurs de risque de chutes modifiables.

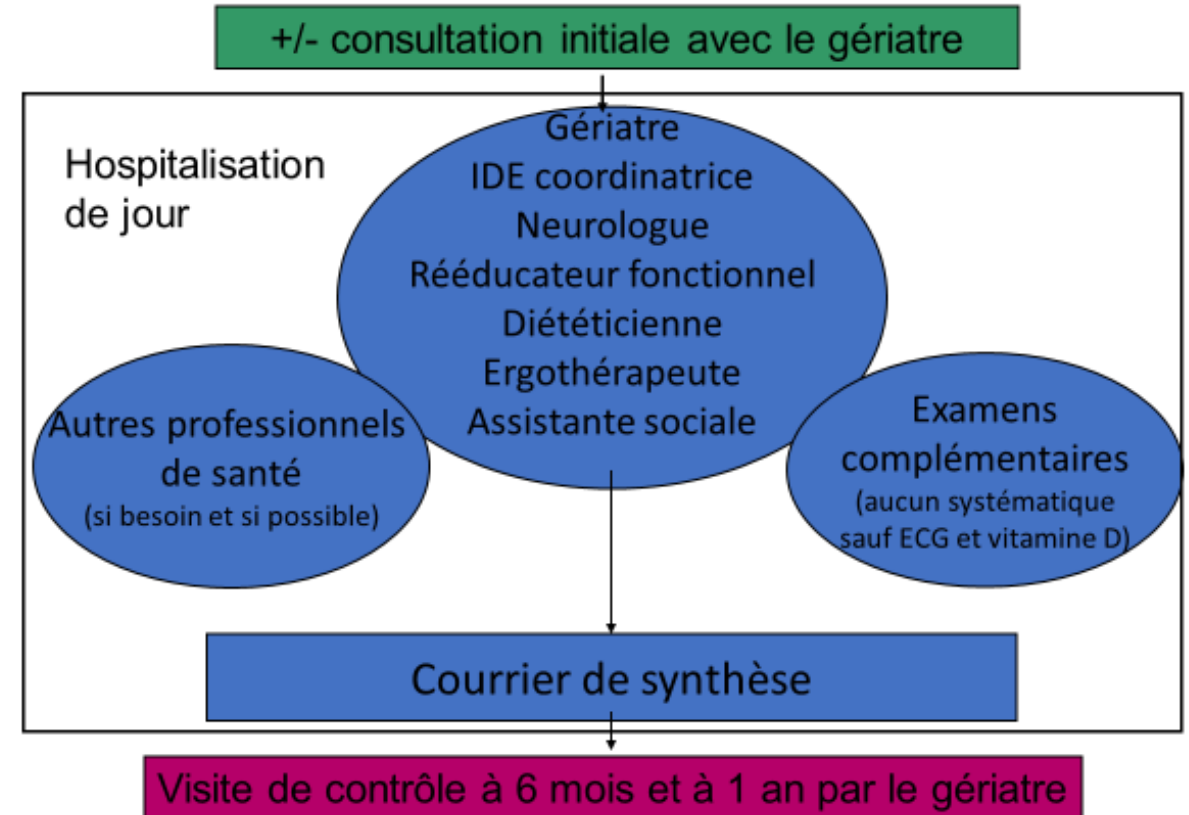
- **Après correction des facteurs causaux,**

le patient devra être **revu à 30 et 90 jours** pour évaluer si la prise en charge a permis de réduire le risque de chute.

- **La recherche des facteurs de risque**

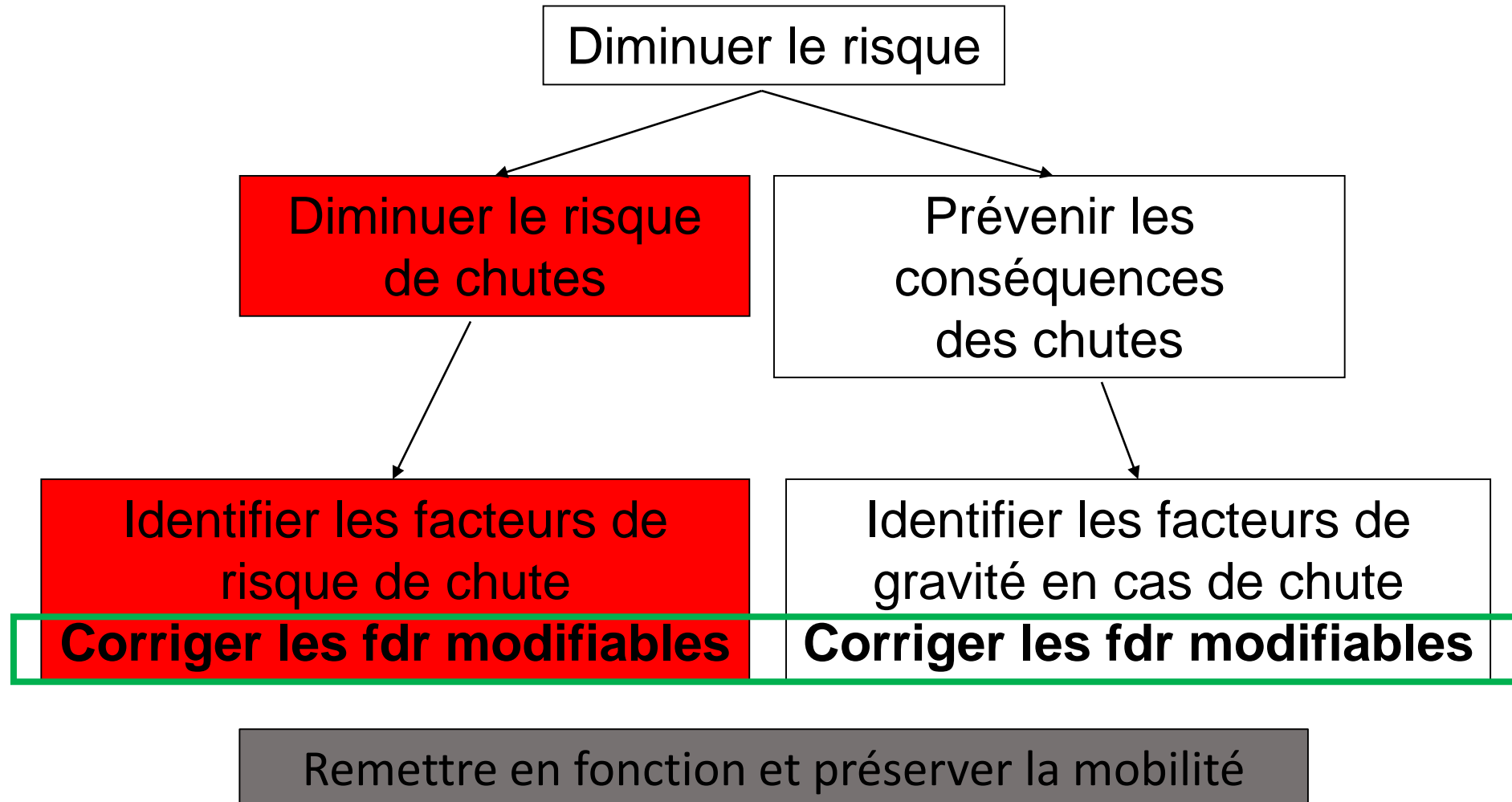
de chute et des facteurs de gravité repose essentiellement sur **l'examen clinique**.

Hôpital de jour (MCO) Chute du CHU de Lille

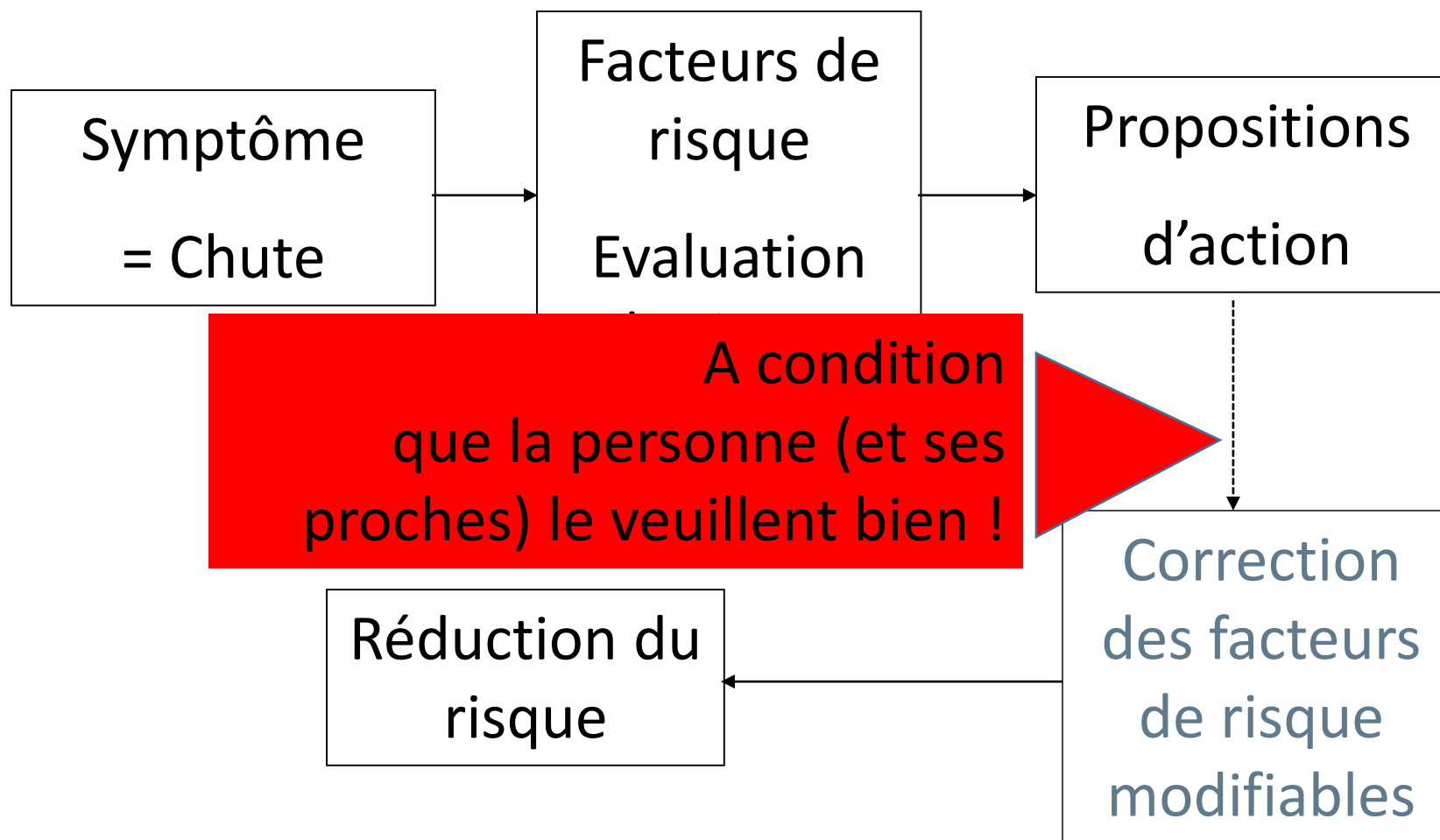


# Chez le patient à haut risque

## Stratégie de réduction du risque



# Nécessité d'une approche éducative



# La prévention de la chute est l'affaire de tous

- Patient
- Médecin(s) généralistes, gériatres, autres spécialistes hospitaliers ou libéraux
- Professionnels de la rééducation
- Famille
- Aidants professionnels
- Responsables des institutions et des hôpitaux
- Médias
- Responsables politiques





**Brigitte Bourguignon**

Ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités  
et de la Santé, chargée de l'Autonomie

# PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES



Le plan antichute national et triennal a pour objectif de réduire de 20 % le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de 65 ans et plus.

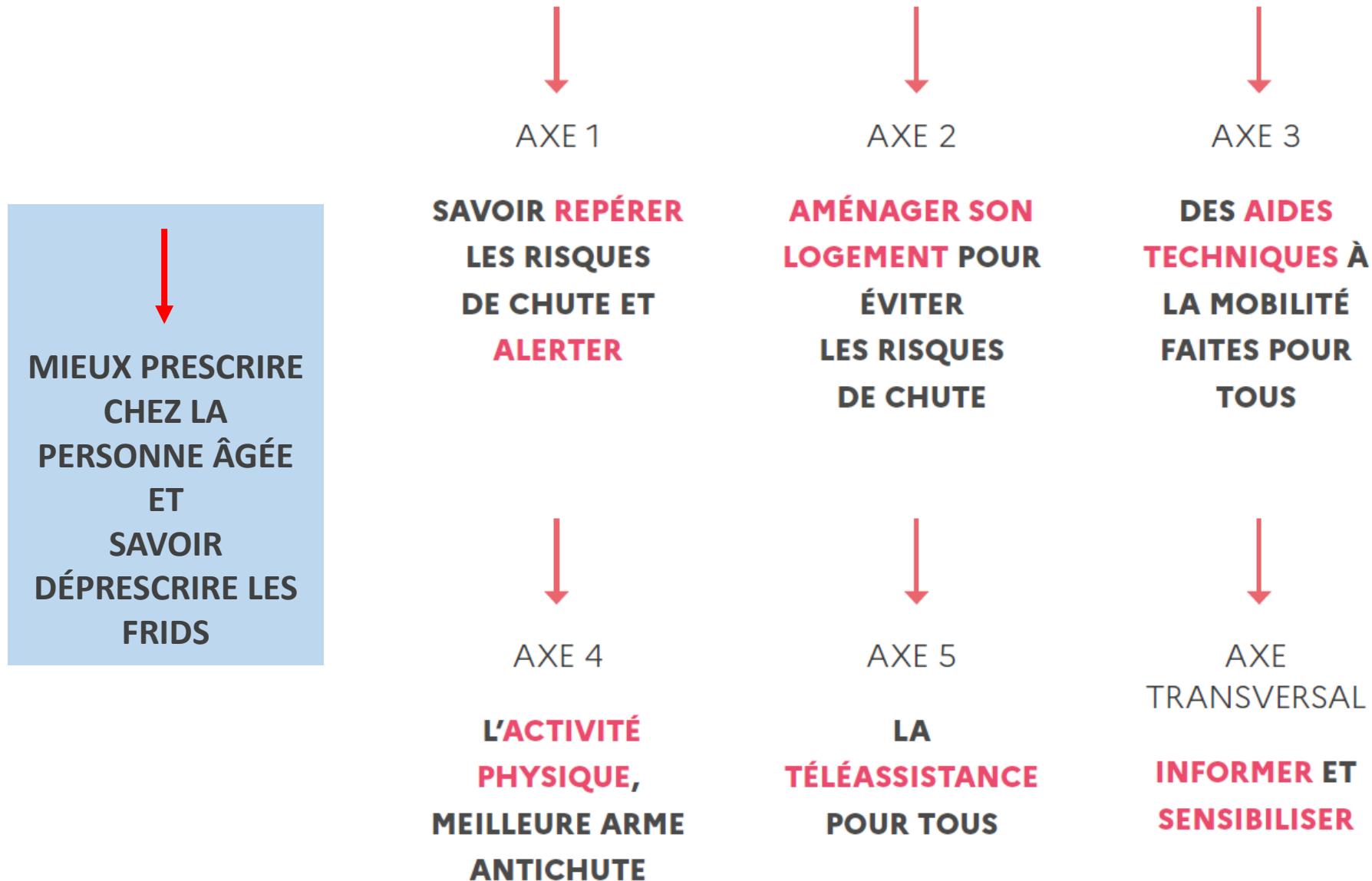
**UN PLAN NATIONAL TRIENNAL**

**2022**

**2023**

**2024**

## Un plan structuré par cinq axes thématiques et un axe transversal



# Les messages à retenir

- Réduire le risque de chute est possible. La stratégie de prévention dépend du niveau de risque.
- L'évaluation du patient âgé chuteur est essentiellement clinique.
  - Quel que soit le contexte de soins (après une chute ou à distance)
  - Quel que soit l'objectif de l'évaluation (recherche des conséquences, évaluation du risque de chute, recherche des facteurs de risque et des facteurs de gravité)
- La prise en charge du patient à haut risque de chute repose sur l'identification des FdR de chute et des facteurs de gravité et sur la correction des facteurs de risque modifiables, dont les facteurs de risque médicamenteux.



# Verbatims

Recueillis par François Puisieux et Sylvie Schoenenburg

## Jean, XX ans

Moi: « Pourquoi venez-vous me voir Monsieur ? »

Jean: « En fait je vais bien mais je me suis dit que j'avais l'âge de rencontrer un gériatre et que cela pouvait m'être utile »

Je regarde brièvement le dossier. Jean a 99 ans!

# Jeanne, 80 ans

Jeanne: « tout a changé,... il y a la vie d'avant et la vie d'après la chute.  
»

# Hortense, 89 ans

Hortense: « Ce sera impossible de remarcher. »

Hortense: « Il n'y a qu'une seule solution, la maison de retraite. »

Hortense: « C'était à la fin de la guerre, j'avais 12 ans, ils sont venus arrêter mon père. Je m'en souviens comme si c'était hier... Mon père était près de l'armoire, il n'a pas bougé, il est resté digne. Un peu plus loin, ma mère était immobile, silencieuse, elle tenait dans ses bras le petit Paul, mon frère de 8 mois. J'avais le souffle coupé, je savais que mon père ne reviendrait pas. »

## Rémi, 82 ans

Rémi ne sort plus depuis sa seule et unique chute survenue 4 mois plus tôt.

L'épouse de Rémi: « Mon mari vous raconte des histoires. Ce n'est pas dans le salon qu'il est tombé mais dans le jardin. De l'autre côté du grillage, il y avait son voisin, avec lequel il a de très mauvais rapports. Il n'a pas su se relever et a été obligé de lui demander de l'aide. »

# Anne-Marie, 88 ans

La fille d'Anne-Marie: « Maman, dis la vérité au Docteur. En vérité, tu n'es pas tombée qu'une seule fois, mais au moins 5 ou 6 fois. N'est ce pas Maman? »

Anne-Marie: « Oui, peut-être, mais les autres chutes, c'étaient pas vraiment des chutes »

## Brigitte, 78 ans

Brigitte: « J'ai glissé en montant dans le bus. La marche était trop haute. Je me suis fait très mal. Je ne prendrai plus les transports en commun. »

# Jacques, 92 ans

Jacques: « J'ai cru que j'allais mourir là, coincé derrière le WC. J'aurais eu l'air malin! »



# Lucette, 89 ans

Lucette: « Pourquoi, je n'ai pas utilisé la téléalarme ? Je ne voulais pas déranger. »

## Andrée, 76 ans

Andrée: « Ce médicament, pour dire la vérité, cela fait des mois que je ne le prends plus. Celui-ci non plus d'ailleurs. »

Moi: « Vous en avez parlé à votre médecin ? »

Andrée: « Non, il aurait été fâché »

# Irène, 86 ans

Irène: « Non, j'ai pas peur tomber, pas vraiment, mais je fais très attention.»

# Suzanne, 80 ans

Suzanne: « C'est mon mari qui ne veut plus que je sorte. Il a toujours été comme ça. J'étais sa secrétaire. C'est toujours lui qui a décidé pour nous. »

# André, 87 ans

André: « J'ai fait de la kinésithérapie, mais franchement ça ne servait à rien. Pour faire ça, je peux le faire tout seul. »

# Marie-Claire, 82 ans

Marie-Claire: « Docteur, on ne m'avait jamais ausculté comme vous l'avez fait. Merci du temps que vous avez pris. »

# Georgette, 87 ans

Georgette: « Sortir à pied ? Mais dans mon quartier ce n'est pas possible de sortir à pied. On ne peut pas marcher sur les trottoirs. Il y a partout des voitures et des motos garées sur les trottoirs. Et puis pour aller où ? Il n'y a plus de magasins de toute façon. »

# Marie-Louise, 80 ans

Marie-Claire: « Oui, je dors plutôt bien avec mon comprimé de .... De toute façon, je ne pourrai pas m'en passer. »



## Jeannine, 82 ans

Jeannine: « Jamais je ne sortirai avec un rollator. J'aurais l'impression d'être devenue une vieille. »

# Hélène, 79 ans

Hélène: « C'est mon mari qui refuse les aides. Il ne veut personne à la maison. »

# Monique, 86 ans

La fille de Monique: « Ne vous inquiétez pas Docteur. Tout sera fait. Je m'en charge! »

Merci de votre attention