

Prévention des chutes

chez la personne âgée à domicile

On estime qu'environ un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus et vivant à domicile chutent chaque année¹. Cette proportion augmente avec l'âge et les femmes sont quasiment deux fois plus nombreuses à chuter que les hommes. Les chutes des aînés engendrent un nombre conséquent d'hospitalisations et la fracture de la hanche en est un motif important. Les conséquences physiques et psychologiques d'une chute peuvent être importantes chez la personne âgée : diminution de la mobilité, perte de confiance en soi, limitation des activités quotidiennes et action du déclin des capacités fonctionnelles, mise en péril du maintien à domicile. Enfin, elles constituent la principale cause de décès par traumatisme dans cette population.

La prévention des chutes est-elle efficace ?

Les programmes de prévention des chutes ont fait la preuve de leur efficacité en termes de réduction des chutes, de réduction du nombre d'hospitalisations et de limitation de la perte d'autonomie fonctionnelle. Il est relativement aisé d'identifier, en pratique libérale, les personnes âgées à risque de chute et de leur proposer des stratégies de réduction du risque.

Les interventions de prévention des chutes les plus efficaces combinent plusieurs stratégies d'action, ciblent plusieurs facteurs de risque et impliquent plusieurs intervenants, tant du secteur sanitaire (médecin, pharmacien, infirmier, aide-soignant) que du secteur médico-social (aide à domicile, assistant social).

Quels sont les facteurs à l'origine de la chute ?

La chute est un événement multifactoriel qui nécessite une **approche globale** de la personne âgée. On doit ainsi prendre en compte les facteurs de risque liés à :

- l'état de santé de la personne : troubles de l'équilibre, diminution de la mobilité, faiblesse musculaire, pathologies aiguës et chroniques ;
- ses comportements : prise médicamenteuse (automédication, utilisation de 4 médicaments ou plus, prise de psychotropes, d'anti-arythmiques notamment), alimentation insuffisante ou inadéquate, consommation d'alcool, prise de risque, peur de tomber ;
- son environnement (au domicile et à l'extérieur).

Comment repérer le risque de chute ?

Un programme de prévention des chutes sera plus efficace si le contenu de l'intervention est adapté aux risques identifiés chez la personne âgée. Une première phase de repérage du niveau de risque de chute est donc nécessaire. Et selon le niveau de risque repéré, l'évaluation sera ensuite plus ou moins approfondie.

Toute personne de 65 ans et plus vivant à domicile quel que soit son état de santé peut bénéficier de ce repérage. Il peut être effectué par tout intervenant, en quelques minutes, en consultation, lors d'un séjour à l'hôpital ou au domicile de la personne âgée.

Le repérage se déroule en deux temps :

- **Recherche d'une histoire de chute antérieure².** Une personne ayant déjà chuté présente un risque significativement plus élevé de chuter à nouveau qu'une personne ne rapportant pas d'histoire de chute antérieure. «Etes-vous tombé(e) durant la dernière année ? Combien de fois ? »

- **Test « Timed up and go (TUG) »** ou "Test de la chaise chronométré". Muni d'une montre indiquant les secondes (ou d'un chronomètre), on demandera à la personne de se lever de sa chaise, sans se tenir à un support, de parcourir 3 mètres, de se tourner et de revenir s'asseoir.

- les personnes âgées vivant à domicile et n'ayant pas de troubles de l'équilibre ou de la marche réalisent cet exercice en moins de 14 secondes (= TUG négatif) ;
- un temps supérieur à 14 secondes témoigne d'une mobilité diminuée et d'un risque de chute³ (= TUG positif).

On identifie ainsi des personnes âgées ayant des niveaux de risque différents :

- **personnes à risque élevé de chute** : notion de chute antérieure et TUG positif (> 14 sec.).

Une évaluation approfondie est nécessaire. Cette évaluation nécessite alors la participation de plusieurs intervenants (médecin, infirmière ou aide-soignante ou kinésithérapeute, ergothérapeute, aide à domicile ou aide-ménagère) et suppose également une évaluation du domicile de la personne (cf tableau ci-dessous).

- **personne à risque modéré de chute** : notion de chute antérieure ou TUG positif (> 14 sec.)
- **personne à faible risque de chute** : pas de notion de chute antérieure et TUG négatif (<14 sec.)

Selon le résultat, on orientera la personne vers un programme adapté à son risque.

L'évaluation approfondie en pratique

Plusieurs facteurs de risque peuvent être détectés relativement facilement. Plusieurs outils, grilles ou tests de dépistage existent. Certains sont listés dans le Référentiel de bonnes pratiques prévention des chutes de l'Inpes (cf site internet pour commande : www.inpes.sante.fr) et accessibles sur le site.

Exemples de facteurs de risque :

- **Prise médicamenteuse** : demander à la personne de lister ses médicaments, contrôler sa pharmacie ;
- **Diminution récente de la mobilité, perte d'équilibre** ;
- **Peur de chuter** : demander à la personne quelles sont les activités ou les situations qu'elles redoutent : marcher dans la rue, prendre les transports en commun, monter ou descendre des escaliers, porter des courses, se hâter etc.
- **Activités à risque** : vérifier les chaussures, les lunettes utilisées, l'utilisation des moyens auxiliaires (canne, déambulateur, téléalarmes, etc.), les activités réalisées régulièrement (monter sur une chaise ou une échelle, monter ou descendre des escaliers, passer la serpillière...)
- **Alimentation** : vérifier s'il y a une perte de poids involontaire, une perte d'appétit, une diminution des apports hydriques, etc.

Comment parler de la chute ? Vers une approche d'éducation du patient

La chute est souvent un sujet tabou, symbole du vieillissement, de dépendance et de pertes d'autonomie. Aborder cette question en consultation ou lors d'une visite à domicile, en insistant sur les moyens de la prévenir au quotidien, peut permettre de dédramatiser cet événement et d'ouvrir des discussions sur l'état de santé ou sur la qualité de vie de la personne âgée.

Une approche éducative est une stratégie efficace pour agir, de façon globale, sur les représentations et les comportements de santé des personnes âgées. Cette démarche éducative s'appuie sur un diagnostic éducatif *, psychologique, culturel et social.

Concernant les chutes, ce diagnostic doit permettre au professionnel d'identifier :

- les représentations du patient, ses croyances, ses attitudes et ses connaissances vis-à-vis de la chute et de ses conséquences, d'identifier aussi les effets du vieillissement propres à la personne âgée et des moyens de prévention ;
- le stade d'acceptation, par le patient, de son risque de chute ;
- et de comprendre les priorités du patient.

La relation ne se limite pas au soignant et au patient, mais doit aussi intégrer, autant que possible, l'entourage familial.

Quel programme mettre en place pour prévenir la chute ?

Pour les personnes âgées à risque élevé :

- Agir sur les facteurs identifiés lors de l'évaluation approfondie au moyen d'une « intervention multifactorielle personnalisée ».
- La coordination de plusieurs professionnels de santé et du secteur médico-social est nécessaire.

Quelques conseils pratiques :

- Revoir les traitements et faciliter l'observance : pour vous aider, cf. Mise au point de l'Afssaps « Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé » <http://afssaps.sante.fr/hm/10/iatro/iatro.pdf>,
- Proposer des exercices répondant spécifiquement aux troubles de mobilité observés lors de l'évaluation (manque de force, troubles de l'équilibre...) à mener avec un kinésithérapeute. Des exercices à domicile adaptés peuvent également être montrés par un ergothérapeute,
- Intervenir sur les autres facteurs détectés : nutrition, problèmes d'alcool etc.
- Une nouvelle évaluation sera pratiquée au bout de 6 mois, pour mesurer les changements et encourager les personnes âgées à poursuivre leurs actions préventives.

Pour les personnes âgées à risque modéré :

- Une évaluation approfondie n'est pas nécessaire mais des mesures peuvent être entreprises notamment sur les facteurs de risque suivants : pathologies chroniques, traitement médicamenteux et dangers au domicile.
- Proposer un programme de prévention des chutes

multifactoriel collectif : par exemple les « ateliers Equilibre » de certaines Cram, Cpm ou Urcam ou les programmes de prévention des chutes proposés par certaines mutuelles.

- Un programme de promotion d'activité physique (valable aussi pour les personnes à risque faible) : certaines Cram, Urcam, Cpm ou Mutuelles peuvent proposer des programmes couplant l'activité physique à des conseils généraux sur l'alimentation, la gestion des médicaments...

Penser également à des séances d'activité physique proposées par des associations de personnes âgées (Fédération des clubs d'ânés ruraux), des fédérations sportives ou des municipalités : se renseigner auprès des mairies ou des CLICS (centres locaux d'information et de coordination gérontologiques).

Pour les personnes âgées à risque faible :

- Si le doute subsiste, il peut valoir la peine d'examiner les facteurs de risque suivants : pathologies chroniques et aiguës, traitements pris, dangers du domicile ;
- Le risque de chute est à réévaluer chaque année ;
- Un programme d'éducation pour la santé ou de promotion de la santé peut être proposé par des Cres ou des Codes : liste accessible sur le site internet de l'Inpes (www.inpes.sante.fr).
- Voir aussi les programmes de prévention des chutes proposés par la Mutualité française et les groupements mutualistes, les associations (Siel Bleu, etc.).

* Il permet à la personne et au professionnel d'identifier ensemble les besoins, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité, de prendre en compte ses demandes. Il s'agit ici d'explorer avec la personne ce qu'elle a, ce qu'elle fait, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle ressent, ce dont elle a envie.

Agir sur les troubles de l'équilibre et de la marche : les ingrédients essentiels d'un programme d'activité physique.

Encourager la personne âgée à pratiquer une activité physique adaptée et idéalement, proposer un programme d'activité physique, qui, pour être efficace, devrait comporter (à raison de deux à trois sessions de 1 heure par semaine, pendant 10 à 12 semaines) :

- des exercices d'assouplissement (gymnastique douce, Taï chi par exemple) ;
- des exercices de renforcement musculaire et d'entraînement de l'équilibre (utilisation de poids ou de résistance) ;
- des activités de mobilisation (montée et descente d'escaliers avec une rampe, marche accompagnée à l'extérieur).

Conditions de succès :

- adapter la difficulté des exercices aux capacités des personnes et augmenter la difficulté au fur et à mesure des progrès, ce qui suppose une évaluation du niveau de la personne ;
- dispenser les exercices par des professionnels entraînés et sensibilisés au vieillissement ;
- encourager la persévérance et maintenir les acquis.

Pour toute information complémentaire

● Inpes : des ressources pour la pratique

- Le Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes (cf site pour commande)
- Les brochures « Aménagez votre maison pour éviter les chutes » et « Comment garder son équilibre après 60 ans ? »
- La cassette vidéo : « Pour garder bon pied bon œil... »
- La santé de l'Homme (N° spécial à venir en 2006)

Pour toute commande : cf le site internet de l'Inpes (www.inpes.sante.fr)
ou courrier à adresser au 42 Boulevard de la libération. 93203 Saint-Denis.

● Certaines Cram, Cnam, Urcam :

peuvent proposer des « ateliers Equilibre ».

Cf. liste complète à la Cram de Bourgogne Franche-Comté
(38, rue de Cracovie. 21044 Dijon cédex).

Renseignements aussi sur la campagne « L'équilibre, où en êtes-vous ? ».

● Mutualité française :

255 rue de Vaugirard. 75015 Paris.

www.mutualite.fr. Courriel : fsvp@mutualite.fr.

● CRES Lorraine :

Outil de promotion de la santé « Aînés, acteurs de votre santé ».