

La chute du sujet âgé

Dr Rowayda Awad-Dr Michèle Collart

Gériatrie

Centre hospitalier de Troyes

ABCPH

27/09/2012

La chute = sujet difficile en gériatrie

- En raison de leur fréquence
- De la multiplicité de leurs causes
- En raison de la gravité de leurs conséquences fonctionnelles, psychologiques, sociales et même vitales
- Difficultés de les prévenir



Les chutes

- Elles sont généralement la conséquence **d'interactions entre le comportement et l'environnement**
- Elles proviennent de l'accumulation de **multiples facteurs de risque** qu'il convient d'éliminer après les avoir identifiés
- L'**instabilité**, manifestation d'un déséquilibre postural, est fréquente chez le sujet âgé: son risque majeur en est la chute

Epidémiologie

La fréquence des chutes dans la population générale est difficile à déterminer:
ne sont pas recensés les patients âgés qui sont tombés qui n'ont pas eu recours aux soins

- Ceci dit la plupart des études montrent que 30% des personnes de + de 65 ans font au moins une chute /an
- Ce chiffre passe à 50% pour les + de 85 ans
- L'incidence augmente de façon linéaire avec l'âge (incidence maxi entre 75 et 85 ans)

En institution les chutes sont + fréquentes mais la population est + dépendante physiquement et psychiquement

Taux de chute

Population générale	12,1 à 49 %
Domicile	8,5 à > 50%
Maison de retraite	14 à > 60%
Soins de suite	12,5 à 34%
Hôpital	11,7 à 46,4%

50% des malades de + 75 ans ayant été hospitalisés pour une chute avec blessures décèderont dans l'année

Circonstances des chutes des PA

- 85% des chutes se font la journée
(+ souvent nocturne en institution)
- Dans 2/3 des cas : chute de sa propre hauteur
- La chambre constitue un lieu particulier: chute du lit et chute au lever

Les chutes ont lieu dans les pièces les plus utilisées:

Chambre, salle de bain, cuisine, escalier

A l'extérieur : c'est surtout le jardin et les transports en commun

- Les femmes tombent 2 à 4 x + que les hommes
- La situation sociale n'est pas sans influence sur la fréquence des chutes : les personnes qui vivent seules à domicile ont un risque plus élevé.
... mais l'institution ne résout rien

- Le risque de rechuter est $x/20$ après une 1ère chute
- C'est la 1ere cause de décès accidentel en gériatrie: 20% des sujets ayant chuté décèdent dans l'année qui suit, 50% si le patient est en institution.

Le rôle de la chute dans la mortalité et la morbidité n'est pas négligeable

Certains facteurs constituent un indice de surmortalité:

- sexe féminin le taux de mortalité est 2x plus élevé que chez l'homme
- ne pas pouvoir se relever seul et être resté à terre longtemps
- des Atcds de chutes

Rôle de la chute dans la morbidité

- La morbidité liée aux chutes est très polymorphe
- La conséquence la + immédiate, ce sont **les fractures**: extrémité supérieure du fémur(localisation la plus fréquente), poignet, épaule
Mais aussi plus grave mais moins fréquent :
l'hématome sous dural

Rôle de la chute dans la morbidité

La chute est une des 1eres causes
d'institutionnalisation en raison de la perte
d'autonomie

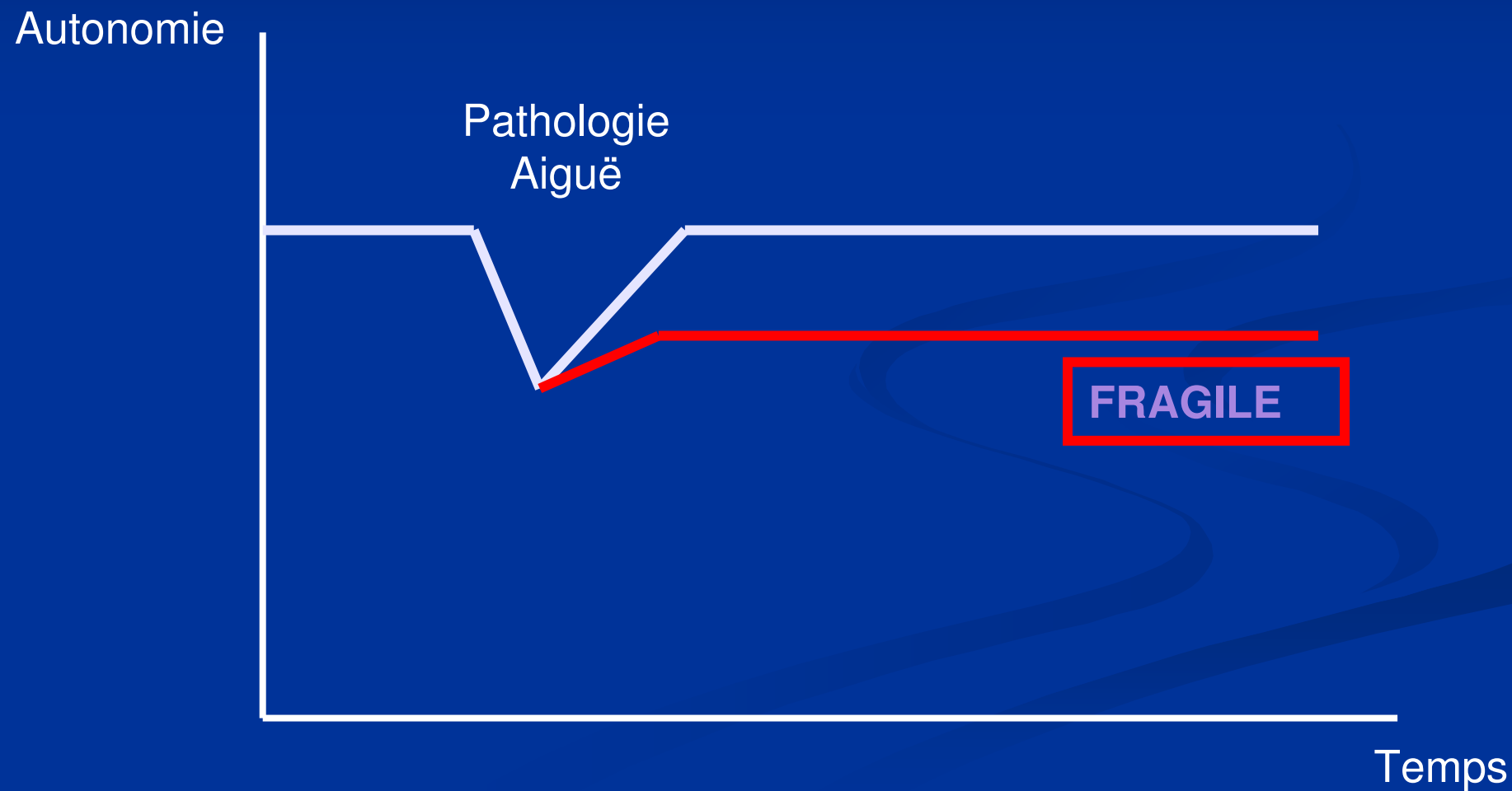
Rôle de la chute dans la morbidité

- Les conséquences psychologiques et sociales sont plus difficile à saisir.
- Près de la moitié des + de 75 ans qui ont chuté redoute une autre chute et réduise leur activité... **isolement progressif**
- L'appréhension d'une autre chute est susceptible d'entraîner un syndrome de régression psychomotrice, une dépression, une phobie de la marche... « **syndrome post-chute** »

Chuter est un facteur de mauvais pronostic et un
marqueur de fragilité

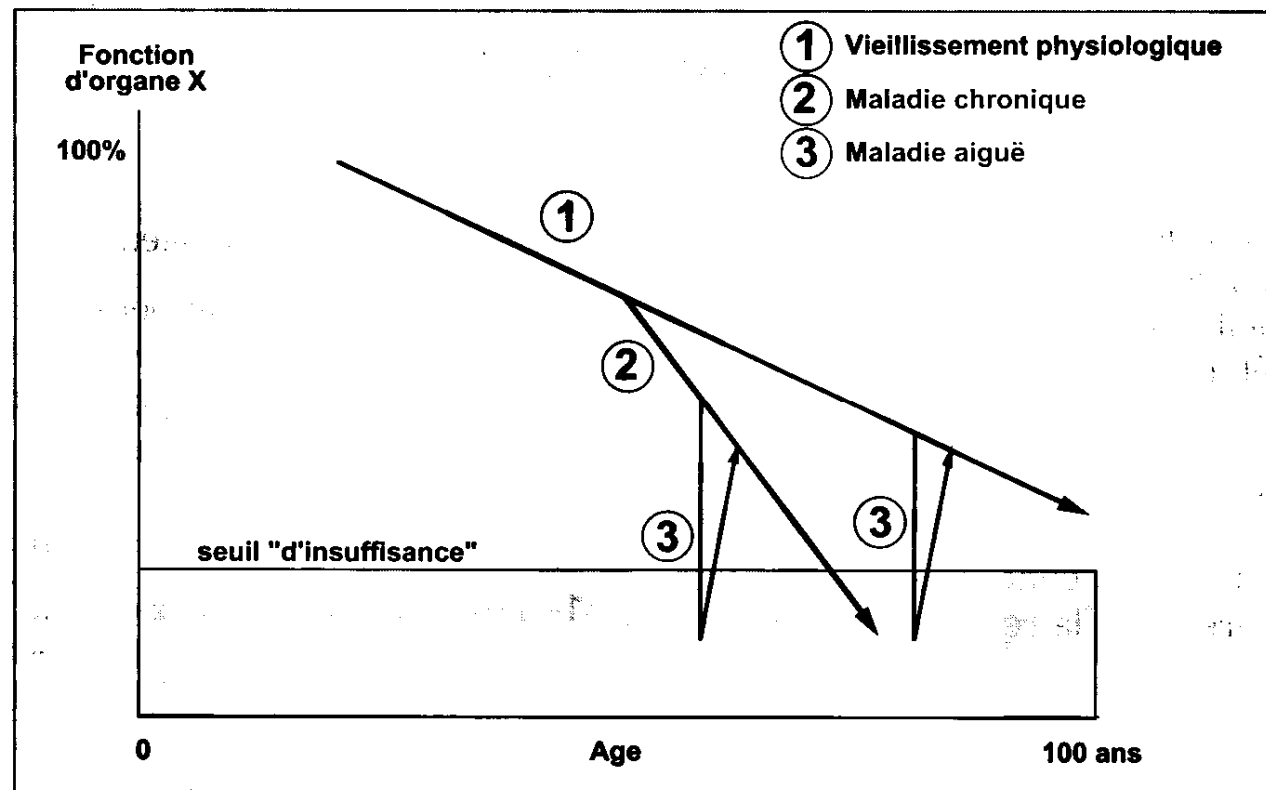
Il n'est pas normal qu'un vieillard tombe !

FRAGILITE : approche fonctionnelle



Concept de décompensation et de fragilité

Figure : 1+2+3 en gériatrie (d'après J.P. Bouchon)



J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:888.

- La chute n'est **pas un motif de consultation**, sauf en cas de traumatisme associé ou de répétition gênante.
- Il est plus habituel de voir arriver aux Urgences un patient âgé pour un prétendu malaise ayant entraîné une chute que pour le simple diagnostic de chute (connotation accidentelle)

Conduite à tenir devant un chuteur âgé

La conduite à tenir face à une personne âgée qui a fait une chute est complexe et part du principe que c'est un événement potentiellement grave.

D'où nécessité d'une évaluation méthodique:

■ 1) Axée sur la chute:

- quelles sont les conséquences de la chute?
- pourquoi le sujet âgé est-il tombé?
- est-ce la 1ère chute? Y a-t-il des récurrences?

Évaluation méthodique

- 2) Axée sur le patient:
 - sa psychologie
 - ses fonctions cognitives
 - son environnement socio-familial
 - sa poly pathologie, ses médicaments

Traumatismes

1) Lésions osseuses:

Rechercher une lésion de l'appareil locomoteur:

fracture du col du fémur, Pouteau-Colles, tassement vertébral ,fracture du sacrum, fracture de côte (Ins.Resp), rupture de la coiffe des rotateurs...

Traumatismes

2) Lésions cérébrales:

Hématome sous dural ou contusion cérébrale
surtout si le patient est sous anticoagulant

Le diagnostic doit être évoqué devant l'apparition ,
l'aggravation dans les heures ou jours qui suivent
d'un déficit neurologique, d'une somnolence
diurne anormale, d'une instabilité à la marche ou
encore d'un syndrome confusionnel

Traumatismes

3) Les lésions cutanées:

plaie, escarre, ecchymoses,
hématome ...

4) Et selon le contexte une lésion viscérale...

D'où un examen clinique de la tête aux pieds

Le patient est resté longtemps au sol

- Il faut penser à la **rhabdomyolyse** surtout si le patient est resté plusieurs heures par terre sans pouvoir se relever
- Cette situation est souvent responsable **d'hypothermie, de lésions cutanées, de surinfections.**
- Pendant qu'il est à terre , il ne prend pas ses médicaments (risque de complications)

Le patient est resté longtemps au sol

**L'hospitalisation s'impose pour un bilan
clinique, biologique, radiologique et étiologique
approfondi**

1-2 Pourquoi la chute?

- La réponse à cette question résout en partie celle sur le risque de récurrence de chute
- 2 situations s'opposent en théorie:
 - les chutes dites mécaniques
 - les chutes non mécaniques

Chutes mécaniques

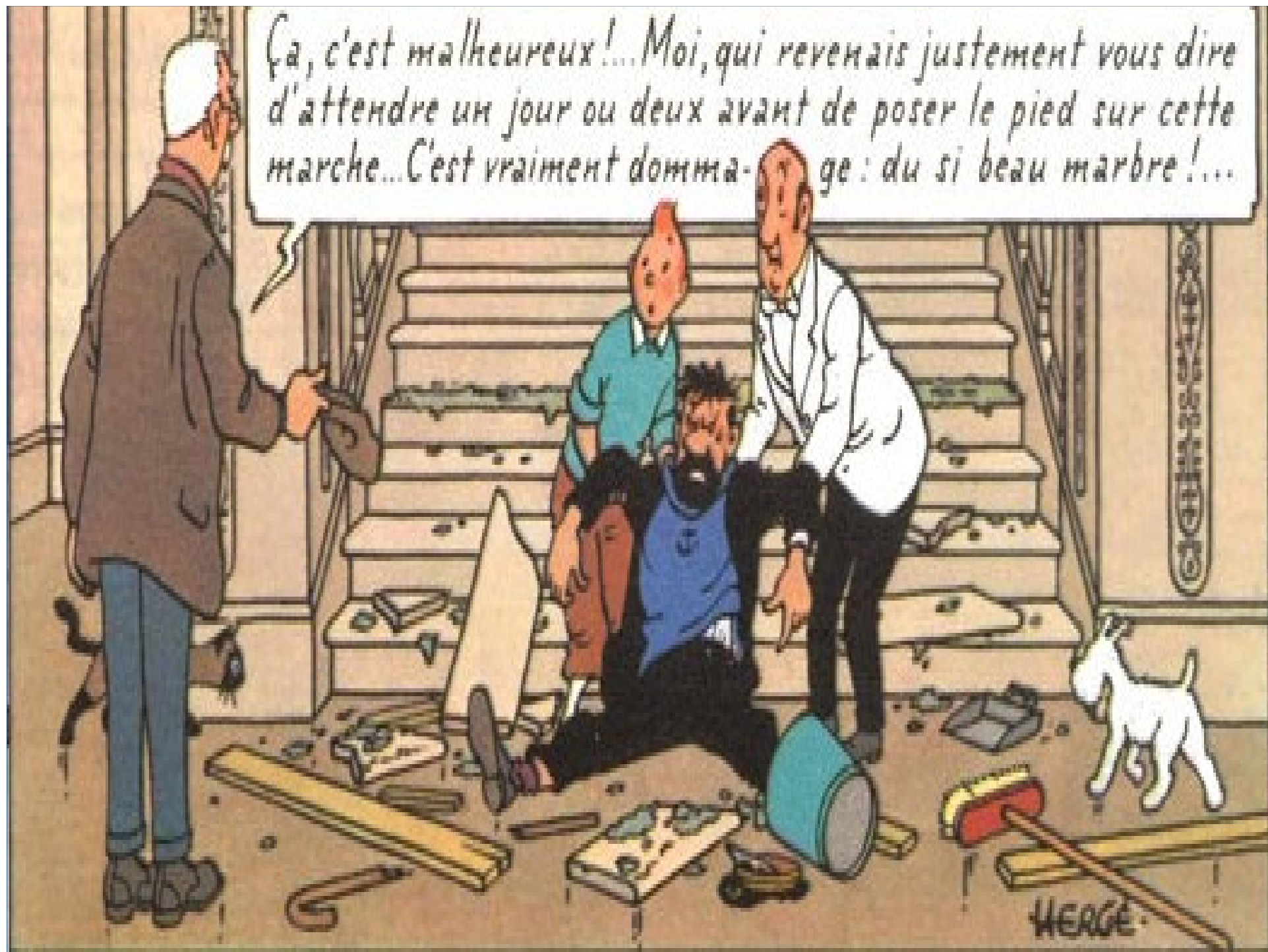
- Pour ces chutes un facteur environnemental explique l'accident
- Il faut quand même rechercher des facteurs favorisants: une baisse de l'acuité visuelle, un trouble de l'équilibre, une diminution de la force musculaire ou ... un nouveau médicament.

Les chutes dites mécaniques

- **A domicile:** seuils de porte, replis de tapis, chaise qui bascule, escalier, chaussons... et éclairage insuffisant
- **A l'extérieur:** sols irréguliers, rebords de trottoirs, verglas, AVP vélo, voiture, bus...
- **En institution:** liées au mobilier à roulette



Ça, c'est malheureux!... Moi, qui revenais justement vous dire d'attendre un jour ou deux avant de poser le pied sur cette marche... C'est vraiment dommage: du si beau marbre!...



Les chutes non mécaniques

- Dans ce cas le patient décrit un prodrome avant la chute, une douleur, des palpitations ou une perte de connaissance
 - L'interrogatoire du patient et des éventuels témoins de la chute est fondamental mais l'anamnèse est souvent difficile et les témoins de la chute sont rares
- Il faut se méfier de la chute racontée comme mécanique et qui ne l'est pas!

Chutes non mécaniques

- La chute en gériatrie, est souvent très éloignée de sa cause:
- Il faut savoir la rattacher à un syndrome infectieux, une anémie, une déshydratation ou à un événement iatrogénique(sédation par un hypnotique, traitement hypotenseur excessif, hypoglycémie...)

Etiologie des chutes accompagnées de malaises

Les cause cardiologiques sont les plus souvent responsables ce qui impose un ECG en sachant que s'il est normal cela n'exclue pas un trouble paroxystique!

1) Les causes cardio-vasculaires

- Les syncopes :

Syncopes cardiaques par trouble du rythme paroxystique ou de la conduction, sur rétrécissement aortique,

Les syncopes extracardiaques: vagales, par hypersensibilité du sinus carotidien, par hyperventilation, syndrome de vol sous clavier, ictus laryngé,...mictionnelle, à la défécation...

- Les E.P, la nécrose myocardique

- L'hypotension Orthostatique

2) Les causes neurologiques:

- L'épilepsie (y penser chez le patient dément, tumeur cérébrale, avc..)
- L'AVC, HSD
- Les drop-attacks dans IVB
- Les lésions dégénératives du SNC: Parkinson, ataxie-abasie, SLA...
- L'HPN tr marche puis chute,
- Neuropathies périphériques: diabète, myélopathie cervicarthrosique
- Tr de la marche dans la M. Alzheimer évoluée

3) Les causes métaboliques

- Hypoglycémie chez le diabétique
- Anémie d'installation chronique sous Aap, Avk
- Hyponatrémie ou autre désordre hydro électrolytique
- Alcoolisme
- Intox monoxyde de carbone

4) Les causes iatrogènes

- Les psychotropes ++à demi vie longue favorisent l'instabilité à la marche et diminuent la vigilance
- Les hypotenseurs, les médicaments à visée cardiaque en excès peuvent donner des tr. du rythme, une hypovolémie, un tr électrolytique
- Les opiacés pour les douleurs chroniques
- Les hypoglycémiantes, les anticoagulants et ... les laxatifs à l'origine de tr. métaboliques
- ...

5) Les troubles sensoriels

Rôle de la vision pour l'orientation dans l'espace
et le pilotage de la marche

Or la vision est altérée par le vieillissement

= Presbytie

+ cataracte ou DMLA ou rétinopathies
dégénératives

6) Vieillissement de l'appareil locomoteur

- Les causes ostéo-articulaires sont responsables de troubles de la marche + ou – sévères
- Les + fréquentes : **arthrose** dégénérative des hanches (boiterie) et genoux(dérobage du genou)
- Les **enraidissements de la cheville** donne une marche avec défaut de déroulement du pied au sol et mauvaise adaptation aux obstacles
- Les **problèmes podologiques**
- La **cyphoscoliose** avec démarche en antépulsion

7) Causes psychiatriques

L'hystérie est un diagnostic d'élimination

Les chutes sont souvent spectaculaires sans aucun traumatisme

La chute peut révéler une dépression sous jacente

Cette attitude de refus de la marche peut se retrouver dans le syndrome post-chute.

1-3 Est-ce la 1ère chute? ou récurrence?

C'est par l'interrogatoire du patient ou de son entourage que l'on va répondre à cette question

Ou en reprenant ses Atcds sur le dossier médical de l'hôpital, en téléphonant au médecin traitant...

Les facteurs prédictifs de récurrence de la chute

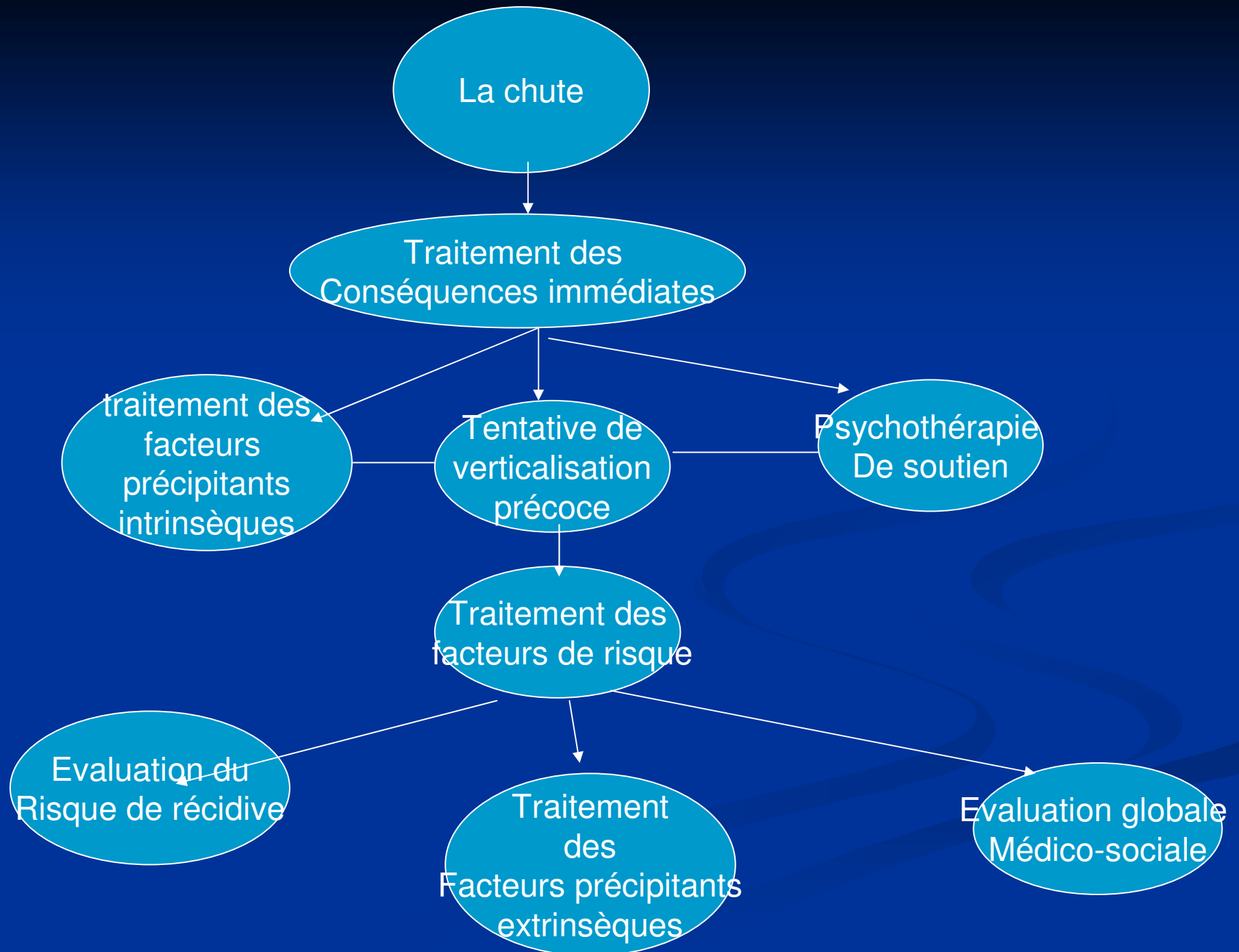
- 1 chute dans les 3 mois précédents
- L'impossibilité à se relever et si + 3 h au sol
- La station unipodale de – de 5 sec
- Walking talking test
- Get up and go test >20 sec
- Score au Tinetti < 20 points

Hospitalisation

Dans le service adapté:

- Chirurgie, Neurochirurgie, Cardiologie, Neurologie ...Gériatrie
- En SSR si contexte d'isolement social et de surveillance nécessaire après une chute sévère pour rééducation, réadaptation et évaluation des possibilités de retour à domicile parallèlement à la surveillance médicale et au bilan médical.





Conséquences de la chute

- Conséquences traumatiques :

6 à 8 % seulement sont responsables de fractures
dont une fois sur trois de l'extrémité supérieure du fémur

- Conséquences psychomotrices :

difficulté à se maintenir en orthostatisme

syndrome post-chute : URGENCE GERIATRIQUE

Syndrome post-chute

- Troubles de la statique en position assise avec rétropulsion et impossibilité de passage en antépulsion
- Projection du tronc en arrière (réthropulsion), un appui podal postérieur et un soulèvement des orteils
- Marche à petits pas, avec appui talonnier antiphysiologique, élargissement du polygone de sustentation, flexion des genoux, sans temps unipodal ni déroulement du pied au sol

Conséquences de la chute

Conséquences psychologiques :

- Anxiété majeure avec peur du vide antérieur qui gêne la marche et peut conduire à un refus de toute verticalisation
- La PA prend conscience de sa fragilité
- Perte de confiance en soi
- Sentiment d'insécurité et de dévalorisation avec repli sur soi, démotivation et restriction des activités

Conséquences de la chute

- Cette situation est souvent aggravée par l'entourage qui a tendance à surprotéger la PA de peur d'une nouvelle chute et refuse souvent le retour à domicile
- Négociation entre la famille, le patient et le personnel soignant++

Traitement du sujet âgé après la chute

- Prise en charge précoce, active, rapidement efficace, globale
- Traiter les conséquences traumatiques éventuelles
- Traiter les facteurs précipitants permettra une verticalisation précoce, le soutien psychothérapeutique ayant débuté en même temps
- Traiter les facteurs de risque

Traitement fonctionnel de réadaptation

- Tenter une verticalisation quelles que soient les possibilités de participation du patient
- Nécessite parfois plusieurs personnes,
Cela implique la participation de toute l'équipe soignante, des explications précises et un soutien adapté.
- Enseigner au patient comment se relever du sol pour limiter les conséquences d'une récurrence de chute

Psychothérapie de soutien

- La station prolongée au sol est un événement de stress aigu qui réveille des peurs existentielles.
- Les soignants chercheront à faire narrer cette aventure par le patient de nombreuses fois afin que l'expression verbale facilite l'inscription de ce traumatisme dans l'histoire psychique du patient = temps d'écoute ++
- Avis spécialisé d'un psychiatre si dépression

Evaluation médico-sociale

- Variables selon les centres
- Dépend de la communication entre les évaluateurs et les réseaux de soutien sanitaire et sociaux de proximité
- Adaptation voire aménagement du domicile réalisé avec l'aide d'un ergothérapeute dans le cadre d'un réseau gérontologique

Éviter les situations à risque chez le dément

Éviter la déambulation? Non

- La contention physique ne diminue pas le risque de chute, mais aggrave ses conséquences
- Maintenir un bon état nutritionnel
- Éviter les traitements sédatifs
- Maintenir une activité physique
- Faire accepter à l'entourage familial et/ou soignant la prise de risque de la déambulation.
- Adaptation de l'environnement matériel et humain, alliant liberté et sécurité

Recommandations pratique clinique

Points clé

Points clé 1 : repérer la personne à risque

- Penser systématiquement au risque : demander à toute PA, si besoin à son entourage, quel que soit le motif de consultation, si elle est tombée durant l'année précédente et dans quel contexte
- Rechercher les facteurs de risque

Points clé 2 : évaluer le risque et intervenir

- Evaluation multifactorielles et multidisciplinaires au fur et à mesure du vieillissement
- Une coordination efficace entre les différents intervenants est indispensable

Points clé 2 : évaluer le risque et intervenir

PA en bonne santé vivant à domicile :

- Évaluation : facteurs de risque de chute (repérage)

- Stratégies thérapeutiques :
 - Encouragement à poursuivre l'activité physique
 - Mise en place de programmes de rééducation adaptés

Points clé 2 : évaluer le risque et intervenir

PA fragiles vivant à domicile ou en institution:

- Évaluation : idem + évaluation gériatrique standardisée (MMS, ADL, IADL, statut nutritionnel, troubles de l'équilibre et de la marche) + évaluation de l'habitat

- Stratégies thérapeutiques :

- Programme d'intervention en fonction des résultats notamment apprentissage du relever

- Aménagement de l'habitat (dont système de téléalarme)

Points clé 2 : évaluer le risque et intervenir

PA dépendantes vivant en institution:

- Évaluation : idem + évaluation des polypathologies

- Stratégies thérapeutiques :

 - Prise en charge des polypathologies en particulier des démences type Alzheimer

 - Remise en question des contentions éventuelles

Conclusion

- La chute est une situation fréquente en gériatrie
- Elle est multifactorielle
- Elle entraîne souvent une cascade d'évènements
- Elle affecte la qualité de vie de la PA
- La prévention se fait par le dépistage de Personnes à risques, avec la collaboration entre les acteurs de santé



BIEN VIEILLIR