

## Les chutes chez la personne âgée

Jean Pierre Beauchemin md cspq fcmf

Gériatre et professeur titulaire  
Hôpital Laval, Université Laval  
Symposium AMLFC  
Le 31 octobre 2007

---

---

---

---

---

---

---

---

## Objectifs quant aux chutes de la personne âgée

- » Au terme de cette séance, le (la) participant(e) pourra:
- Identifier la problématique des chutes;
  - Déterminer les facteurs de risque;
  - Discuter avec le patient et la famille des différents moyens de prévention des chutes;
  - Déterminer la place du médecin de famille face à cette problématique;
  - Mieux définir la places des autres professionnels de la santé.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Plan de la présentation

- » Définition
- » Épidémiologie
- » Physiologie du vieillissement prédisposant
- » Facteurs de risque
- » Conséquences et pronostic
- » Étiologies
- » Prévention des chutes

---

---

---

---

---

---

---

---

## Cas clinique

➤ Nous sommes en septembre, monsieur Thibeau, 84 ans, est amené par son épouse parce qu'elle veut l'amener en Floride pour l'hiver. Ce patient est traité pour HTA avec Coversyl 2 mg p.o. die et HCTZ 12,5 mg p.o. die (TA habituelle = 130/80 couché et assis). Il présente une démence mixte évolutive depuis 1 an pour laquelle il prend Réminyl ER 16mg p.o. id. Finalement, il prend aussi Zyprexa 10 mg p.o. bid depuis une hospitalisation pour RTUP il y a 3 mois où il aurait fait un delirium sur infection urinaire.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Cas clinique (suite)

- Il est semi-voyant en raison d'une dégénérescence maculaire bilatérale. Il marche à tâtons dans son appartement mais ne peut sortir seul. Son épouse le trouve ralenti depuis sa RTUP, son équilibre est précaire et il est tombé 3 fois en 3 mois; une fois il a dû avoir des points de sutures au front.
- La revue des systèmes est non contributive sauf pour des étourdissements sans chute le matin au premier lever depuis 3 mois. Il n'a pas de tremblement.
- L'épouse doit superviser et aider aux AVQ car " ça prend trop de temps pis il en oublie la moitié! "

---

---

---

---

---

---

---

---

## Cas clinique (suite)

- À l'examen vous notez :
- TA 130/80 couché et 100/75 en position assise sans accélération du pouls
  - Faciès un peu figé avec discrète sialorrhée
  - F.O. = 2 cataractes denses
  - Pas de réflexe archaïque incluant le glabellaire.
  - Cou : sp
  - Auscultation cardiopulmonaire normale
  - Abdomen souple sans viscéromégalie
  - Membres : sp sauf roue dentée versus rigidité d'opposition
  - Pas de déficit de force ou de sensibilité aux membres
  - Démarche à petits pas, penché par devant, phénomène " Velcro " observé lors d'un changement de direction.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Définition d'une chute

« Changement de position non intentionnel par lequel une personne se retrouve au sol ou se frappe sur un objet »

-Douglas F. Kiel

---

---

---

---

---

---

---

---

## Épidémiologie

- > 65 ans = 33 %/an
- > 80 ans = 50 %/an
- 15 % des chuteurs sont en bonne santé
- 85 % des chutes surviennent le jour
- 1<sup>ère</sup> cause de décès par accident > 65 ans

---

---

---

---

---

---

---

---

## Risque de chutes chez les patients âgés

➤ Chaque année, le tiers des personnes âgées vivant dans la communauté font une chute



➤ Chaque année, jusqu'à 60 % des résidents de maison de soins infirmiers font une chute



Source : Fuller G. Falls in the elderly. Am Fam Physician. 2000.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Vieillesse de l'équilibre et de la posture

### » Vision

- ↓ acuité visuelle => **dépistage (Snellen) et verres adéquats**
- ↓ accommodation + éblouissement (cataractes) => **chirurgie**
- ↓ vision nocturne => **conduite auto nocturne?**
- ↓ vision périphérique
- ↓ discrimination bleu vert => **couleur des tapis**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Vieillesse de l'équilibre et de la posture (suite)

### » Système vestibulaire et auditif

- ↑ Oscillation (sway)
- ↓ Réflexes posturaux => **exercices d'équilibre, Tai Chi**
- ↓ Discrimination auditive
  - Surdité aux hautes fréquences => **prothèse auditive?**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Vieillesse de l'équilibre et de la posture (suite)

### » Système cardiovasculaire

- Hypotension orthostatique
  - Baror cepteurs moins performants
  - Pooling veineux périphérique
    - Masse musculaire ↓ => **exercices (marche)**
    - Varices => **bas élastiques sur mesure**
  - Si symptomatique, éliminer cause (iatrogénique), envisager st roides fluorés ou vasopresseur (Amatine)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Vieillesse de l'équilibre et de la posture (suite)

- Système musculo-squelettique
  - Masse musculaire ↓ => ↓ force => Exercices
  - ↑ Cyphose
- Système neurologique
  - ↓ Sens vibratoire
  - Δ patron de marche
  - ↓ Sens tactile et thermique
  - ↑ Temps de réaction => Exercices

---

---

---

---

---

---

---

---

### Facteurs de risque

- Femme
- > 75 ans
- Isolement social
- Comorbidité élevée + polymédication => Suivi par un médecin de famille
- Troubles de la démarche et de l'équilibre => Exercices
- Histoire de chutes
- Démence
- Dépression

---

---

---

---

---

---

---

---

### Conséquences des chutes

- Court terme
- Moyen terme
- Long terme

---

---

---

---

---

---

---

---

## Conséquences à court terme

- Douleurs, contusions, lacérations, hématomes, fractures
- Mais aussi:
  - Stress (temps au sol)
  - Épuisement
  - Faim et soif
  - Incontinence U + F

---

---

---

---

---

---

---

---

## La « pyramide » des chutes

- Sur 100 chutes:
  - 40 sans blessures
  - 50 avec blessures mineures
  - 10 avec blessures majeures (consultations)
    - 5 avec fractures
    - » dont 1 fracture de hanche!

---

---

---

---

---

---

---

---

## Fractures

- Hanche
  - > 25 % de décès à 6 mois!
  - 60 % auront une ↓ mobilité
  - 25 % auront une ↓ autonomie fonctionnelle
- Autres fractures
  - Douleurs => modalités non pharmacologiques PRN
  - Iatrogénie des analgésiques => Acétaminophène à bonnes doses, narcotiques « elder friendly! », protocole de la « crotte »!

---

---

---

---

---

---

---

---

## Conséquences à moyen terme

- » Déshydratation
- » Bronchopneumonie
- » Plaies de pression
- » Hypothermie

---

---

---

---

---

---

---

---

## Conséquences à long terme

- » Syndrome post-chute => verticalisation rapide
- » Confinement au domicile et à la chambre!
- » Alitement et grabatisation => Syndrome d'immobilisation terminal

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pronostic

- » Selon la cause de la chute
- » Temps passé au sol

---

---

---

---

---

---

---

---

## Étiologies des chutes

- Les chutes = Urgence médicale!
- Multi-causalité
  - « Un train peut en cacher un autre! »
- Notion de « seuil de chutes »
  - (Somme de causes sub-cliniques prédisposant aux chutes) + (un événement précipitant) = Chutes cliniques
  - « La goutte qui fait déborder le vase! »
- D'abord un diagnostic clinique

---

---

---

---

---

---

---

---

## Étiologies les plus fréquentes

- Médicaments (psychotropes, analgésiques majeurs, hypotenseurs, alcool)
- Troubles cardio-vasculaires (HTO, ischémie, trouble du rythme, ICT vs AVC, sténose aortique)
- Démences
- Troubles locomoteurs/équilibre (arthrose, arthrite, insuffisance artérielle, immobilisation, dysthyroïdies)
- Dépression
- Troubles métaboliques (glycémies ↑ ou ↓, Ca ↓)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Et les chutes accidentelles?

- L'environnement a le dos large!
- Une première chute accidentelle est très souvent accidentelle.
- Une deuxième chute accidentelle est rarement accidentelle!
- Notion de gestion inadéquate de l'environnement
- => **Évaluation du domicile en ergothérapie?**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Gestion inadéquate de l'environnement

- Désafférentation
  - Visuelle (Snellen)
  - Auditive
  - Sensitive
- Troubles cognitifs
  - Apraxie
  - Agnosie

---

---

---

---

---

---

---

---

## Évaluation du chuteur

- Voir algorithmes à la fin du tiré-à-part

---

---

---

---

---

---

---

---

## Prévention des chutes et de ces conséquences

- Médecin de famille accessible!
- Optimiser la liste de Rx
- Activité physique
- Environnement à bas risque
- Dépistage précoce des chuteurs (EMP)
- Prise en charge rapide des chuteurs
- Traiter l'ostéoporose

---

---

---

---

---

---

---

---

## Prévention des chutes et de ces conséquences (suite)

- Chaussures adaptées
- Accès à la réadaptation (physio, ergo ou kinésio)
  - Classe de prévention des chutes
  - Exercices d'équilibre
  - Évaluation de l'environnement (domicile)
- Systèmes d'alerte
  - Téléphone à heures fixes
  - Télévigilance
  - Tiers

---

---

---

---

---

---

---

---

## Cas clinique

➤ Nous sommes en septembre, monsieur Thibeau, 84 ans, est amené par son épouse parce qu'elle veut l'amener en Floride pour l'hiver. Ce patient est traité pour HTA avec Coversyl 2 mg p.o. die et HCTZ 12,5 mg p.o. die (TA habituelle = 130/80 couché et assis). Il présente une démence mixte évolutive depuis 1 an pour laquelle il prend Réminyl ER 16mg p.o. id. Finalement, il prend aussi Zyprexa 10 mg p.o. bid depuis une hospitalisation pour RTUP il y a 3 mois où il aurait fait un delirium sur infection urinaire.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Cas clinique (suite)

- Il est semi-voyant en raison d'une dégénérescence maculaire bilatérale. Il marche à tâtons dans son appartement mais ne peut sortir seul. Son épouse le trouve ralenti depuis sa RTUP, son équilibre est précaire et il est tombé 3 fois en 3 mois; une fois il a dû avoir des points de sutures au front.
- La revue des systèmes est non contributive sauf pour des étourdissements sans chute le matin au premier lever depuis 3 mois. Il n'a pas de tremblement.
- L'épouse doit superviser et aider aux AVQ car " ça prend trop de temps pis il en oublie la moitié! "

---

---

---

---

---

---

---

---

## Cas clinique (suite)

À l'examen vous notez :

- TA 130/80 couché et 100/75 en position assise sans accélération du pouls
- Faciès un peu figé avec discrète sialorrhée
- F.O. = 2 cataractes denses
- Pas de réflexe archaïque incluant le glabellaire.
- Cou : sp
- Auscultation cardiopulmonaire normale
- Abdomen souple sans viscéromégalie
- Membres : sp sauf roue dentée versus rigidité d'opposition
- Pas de déficit de force ou de sensibilité aux membres
- Démarche à petits pas, penché par devant, phénomène " Velcro " observé lors d'un changement de direction.

---

---

---

---

---

---

---

---