

# **LA CHUTE DE LA PERSONNE AGEE**

Vinciane PARDESSUS  
Hôpital gériatrique les Bateliers  
Service de médecine physique et de réadaptation  
CHRU Lille

**Signal d'alarme :  
un événement à ne pas négliger...**

**Indicateur de la décompensation d'un  
état précaire**

# **EPIDEMIOLOGIE**

# Un problème de santé publique...

- **Chaque année :**
  - 1/3 des plus de 65 ans,
  - 1/2 des plus de 85 ans.
  - Décès plus nombreux que les AVP (plus de 7643 décès en 1997)
  - Première cause de mortalité accidentelle chez les plus de 65 ans
  - Responsable de 50% des décès de cause traumatique dans la tranche d'âge
  - 5 à 10 % des admissions dans un service d'urgences médicales
  - 3<sup>o</sup> cause d'admission en médecine aiguë gériatrique.
  - Environ 80 000 séjours hospitaliers / an.
- **1/90<sup>o</sup> du budget santé de la nation en coût direct**
- **Survient aussi en institution**

# Conséquences

## Traumatologiques :

- 10 % des chutes ( = 6 % de fractures)
- Fracture du col du fémur en tête
- Fracture vertébrale et Pouteau Colles
- Prévisions alarmistes: exemple pour la hanche(Kannus et al.)
- 2000/an en 1970
- 8000/an en 2000
- 14 000/an en 2020

# Conséquences (2)

## Décès :

- Plus que par AVP
- 20 à 35 % de décès dans l'année qui suit une fracture du col du fémur

## Sociales :

- 30 % d'hospitalisation, 40 % des entrées en institution
- 1/3 des chuteurs institutionnalisés dans l'année
- 7 milliards de francs par an

## Récidive de chute

# Conséquences (3)

## “ Syndrome post-chute ”: URGENCE

- Sidération des automatismes
- Peur incontrôlée de retomber
- Marche à petits pas
- Evolution vers la régression psychomotrice

# Conséquences (4)

Régression  
psychomotrice

Rétropulsion au fauteuil

Rétropulsion debout

Appui podal postérieur et  
agrippement

Anxiété





# Conduite à tenir...

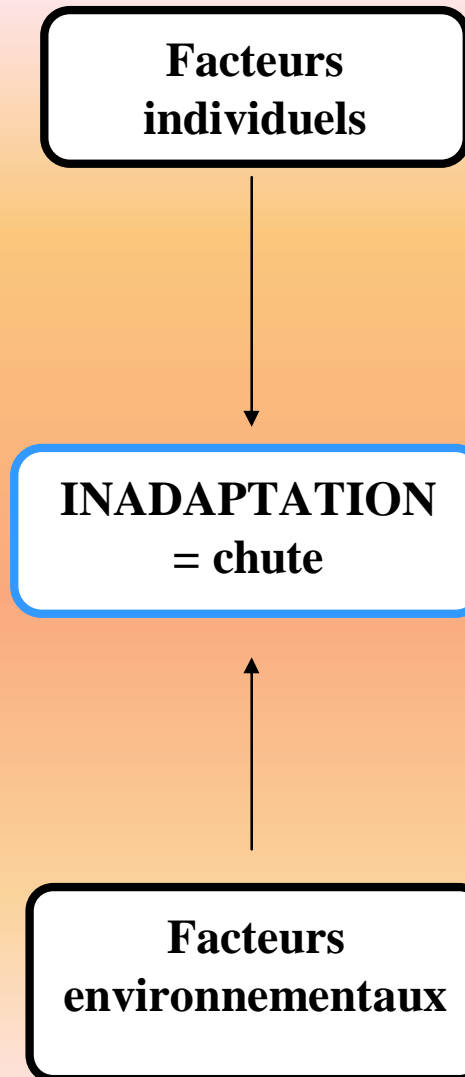
**LA CHUTE EST UNE URGENCE GERIATRIQUE**

## Il y a eu Chute :

- Rechercher les cq traumatiques
- Rechercher les causes
- Prévenir la rechute
- Remettre la personne en activité

**RECHERCHER LES CAUSES**

# Pourquoi y-a-t-il chute ?



# **Facteurs intrinsèques 1**

## **« les malaises »**

- **Causes iatrogènes:**
  - Affections cardio-vasculaires: HypoTA orthostatique
  - Causes métaboliques: hypoglycémie diabétique
  - Malaise vagal: troubles urinaires ou trouble du transit intestinal
- **Etat général précaire**

**Très rarement  
on retrouve 1 cause « organique » précise**

# **Facteurs intrinsèques 2**

## **« les troubles de l'équilibre et de la marche »**

- Enquête CERC INSEE 1989-1990: 31% des plus de 60 ans ont des difficultés pour marcher; 39% pour les 75-79 ans et 56% pour les plus de 80 ans.
- Parmi les 80 ans et plus, 8% sont confinées au lit ou au fauteuil.
- Enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux 1991-1992: 19% des 70-74 ans, 25% des 75-79 ans et 45% des 80 ans et plus ont une incapacité au déplacement (tous niveaux d'incapacité).

# Facteurs intrinsèques 2

## « les troubles de l'équilibre et de la marche »

### *Le contrôle postural*

- Affections neurologiques centrales et périphériques : antécédents d'hémiplégie, maladie de Parkinson...
- Affections neuromusculaires ou faiblesse musculaire
- Pathologies ostéo-articulaires : arthrose, patho cheville et pieds
- Déficit sensoriel : auditif, visuel

**Dans la plupart des cas, on ne retrouvera pas UNE cause précise, mais une accumulation de facteurs.**

# Facteurs de Risque Intrinsèques avec Preuves Fortes

- Age supérieur à 80 ans
- Difficultés dans les activités de la vie quotidienne
- Mobilité réduite
- Démence
- Incontinence
- Perte de force du membre inférieur
- Acuité visuelle réduite
- Confusion mentale
- Anomalies de la marche
- Vitesse de marche réduite
- Equilibre dynamique altéré
- Difficulté de se lever d'une chaise
- Utilisation de sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs
- Etat dépressif

Berg 1992

# **Facteurs de risque extrinsèques**

## **→ La visite au domicile**

- L'environnement du patient chuteur
- Le chuteur dans son environnement...



# **DEPISTAGE DES SUJETS A RISQUE**

# Evaluer le risque de chute

- Equilibre unipodal, équilibre statique et dynamique, activités supérieures de marche (YO, YF)
- Marcher et parler
- Get up and go test

# Conduite à tenir

- Il n'y a pas eu chute, les tests de dépistage sont négatifs :

Proposer de maintenir une activité physique.

- Il n'y a pas eu chute, les tests de dépistage sont positifs :

Proposer quelques séances de kiné individuelles ou en groupe

Proposer de maintenir une activité physique

- Il y a eu chute :

Il est urgent de remettre en activité le sujet

Lutter contre les facteurs individuels

Prescrire des séances de kiné individuelle (analytique et situationnelle)

Lutter contre les facteurs environnementaux

Proposer de maintenir une activité physique ou extérieure

Réévaluer les tests posturaux

# **TRAITEMENT**

# Rééducation du chuteur

- Kinésithérapie,
  - Ergothérapie,
  - Psychomotricité...
- *Lors de séances codifiées*
- Doit mettre en jeu différents acteurs qui ne sont pas tous des rééducateurs (famille, inf, AS, Aux vie...)

# Rééducation du chuteur (2)

- Rééducation « physique »
- Evaluation du chuteur dans son environnement,
- Proposition d'aide technique pour diminuer la prise de risque,
- Education du patient
  - / environnement
  - / maintien activité physique

# I- Rééducation immédiate

## « *physique* »

- Quasiment systématique s'il y a eu chute.
- Avec un kiné en individuel
- Au cabinet du thérapeute et à domicile
- Travail suivant l'examen clinique

# Travail articulaire

- TOUTES les articulations
- Lutte contre flessum de hanche, genou
- Travail anti équin
- Méthode du contracter relâcher
- Mobilisations actives/passives (films)
- Postures





# Travail musculaire

- Analytique et global (Kabat, bicyclette ergométrique)
- Statique ou isométrique si patho rhumatismale
- Travail du tronc: lutte contre enrroulement des épaules, cyphose dorsale, effacement de la lordose lombaire et rétroversion du bassin

# Travail oculocéphalogyre

- Redonner la faculté d'explorer l'environnement
- Mouvements oculaires et du rachis cervical: dissociation (films)

# Travail du contrôle postural

- Selon tous les NEM
- Retournements, pontés et translations
- Poussées déséquilibrantes,
- Travail sur plans instables
- Situation déséquilibrantes



# Travail des transferts (films)

# Travail en position debout

- Travail de l'équilibre
- Travail de la marche et des activités supérieures de marche
- Obstacles (film)



- Relevés du sol

- Posturographie



# Comment prescrire cette rééducation ?

- Observer son patient :
  - A la marche, (film)
  - Assis,
  - En décubitus,
- Examen clinique



## II- Lutte contre la régression psychomotrice

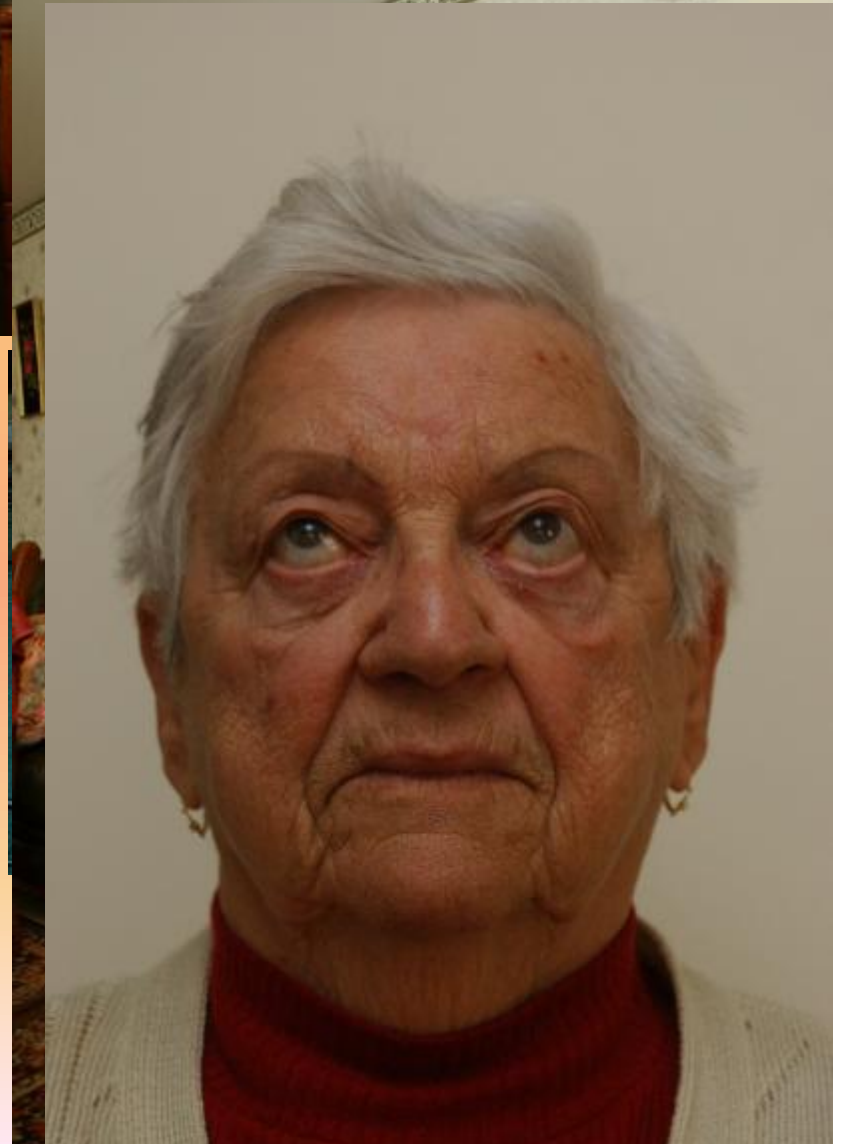




### III- Rééducation à



- Balnéothérapie
- « groupes équilibre »
- Auto-entretien



## III- Prévenir la « rechute »

- Dépister les patients à risque
- Agir sur les facteurs intrinsèques
- Agir sur les facteurs extrinsèques
- Entraînement physique
- Mesures palliatives

# Agir sur les facteurs intrinsèques et les troubles de l'équilibre

- Revoir les traitements: supprimer les médicaments inutiles, revoir les posologies...
- Traiter une affection aigue
- Corriger un déficit sensoriel
- rechercher :
  - Un trouble du rythme cardiaque
  - Un pb tensionnel
  - Un pb pulmonaire
  - Un pb neurologique
  - Un pb ostéo-articulaire
  - Un trouble de l'équilibre...

# Agir sur les facteurs extrinsèques

- Visite à domicile (cf cours pratique)
- Penser au chaussage
- Penser à l'éclairage

# Activité physique

## Personnelle :

- Globale : marche à pied, pratique des escaliers, gym douce...

## Rééducation:

- Verticalisation précoce
- Remise à la marche rapidement
- Analytique : travail articulaire, musculaire...

# Mesures palliatives

- Traitement de l'ostéoporose
- Protecteurs de hanche
- Le relevé du sol
- téléalarme
- Aide humaine...