

**JOURNEES LILLOISES
D'ANESTHESIE REANIMATION
ET MEDECINE D'URGENCE**



**Le patient chuteur
consultant aux urgences**

**Pr. François PUISIEUX
Hôpital gériatrique les Bateliers
CHRU de LILLE**

Conflit d'intérêt

- Aucun sur ce sujet

Objectifs

- Etre en capacité de:
 - évaluer les conséquences des chutes qu’elles soient immédiates ou à plus terme,
 - évaluer un sujet âgé chuteur dans le cadre des urgences,
 - prendre la décision d’hospitalisation sur des critères objectifs liés au risque de récurrence et de gravité,
 - proposer au sujet âgé chuteur une prise en charge adaptée visant à réduire le risque lié aux chutes.



www.jlar.com



Avril 2009

Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Recommandations pour la pratique clinique

Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée

Recommandations

Novembre 2005

RÉSEAU FRANCOPHONE DE PRÉVENTION
DES TRAUMATISMES ET DE PROMOTION DE LA SÉCURITÉ
sous la direction de Hélène Bourdessel et Stéphanie Pin

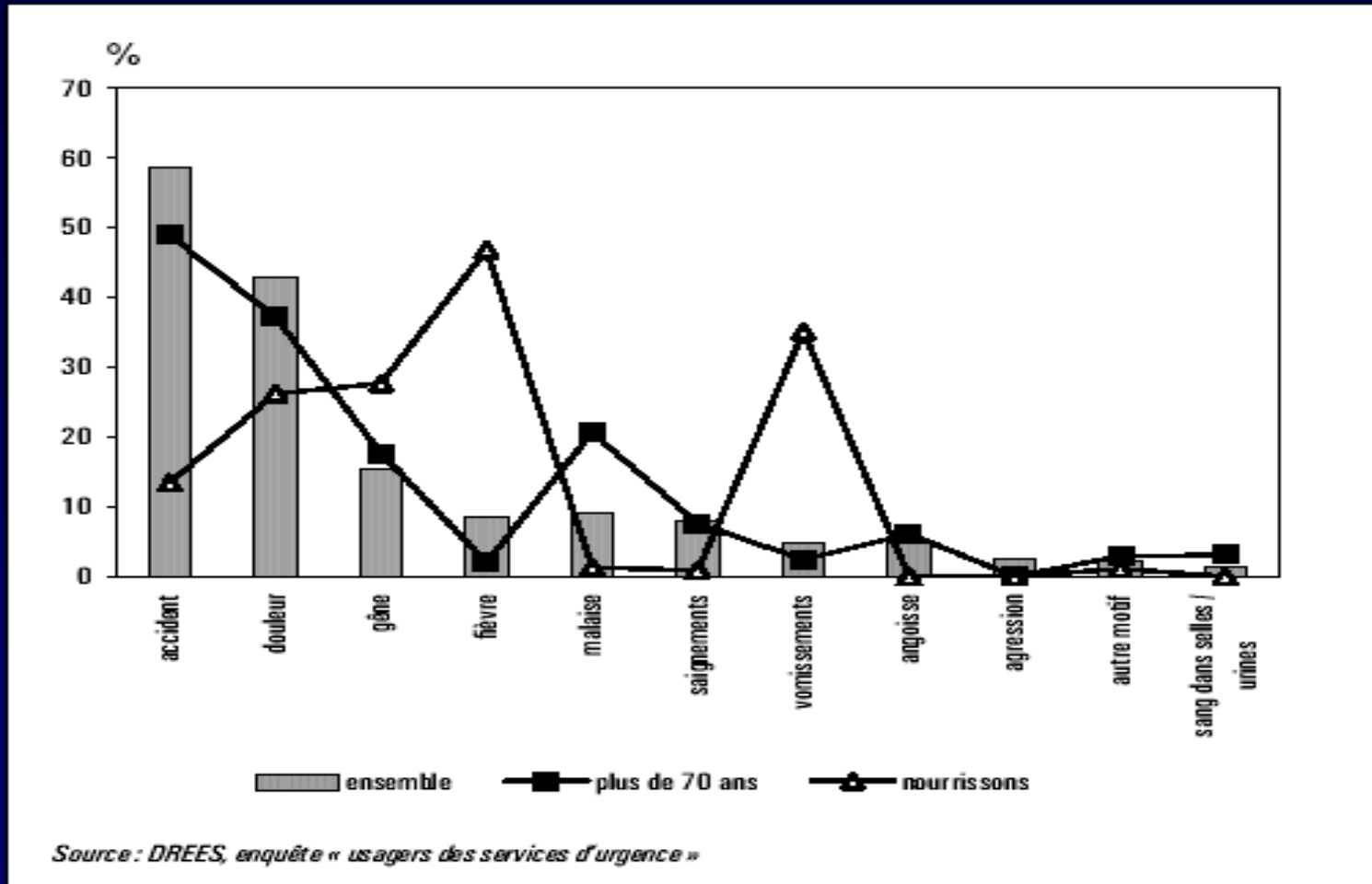
Référentiel de bonnes pratiques

Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile

RÉFÉRENTIELS

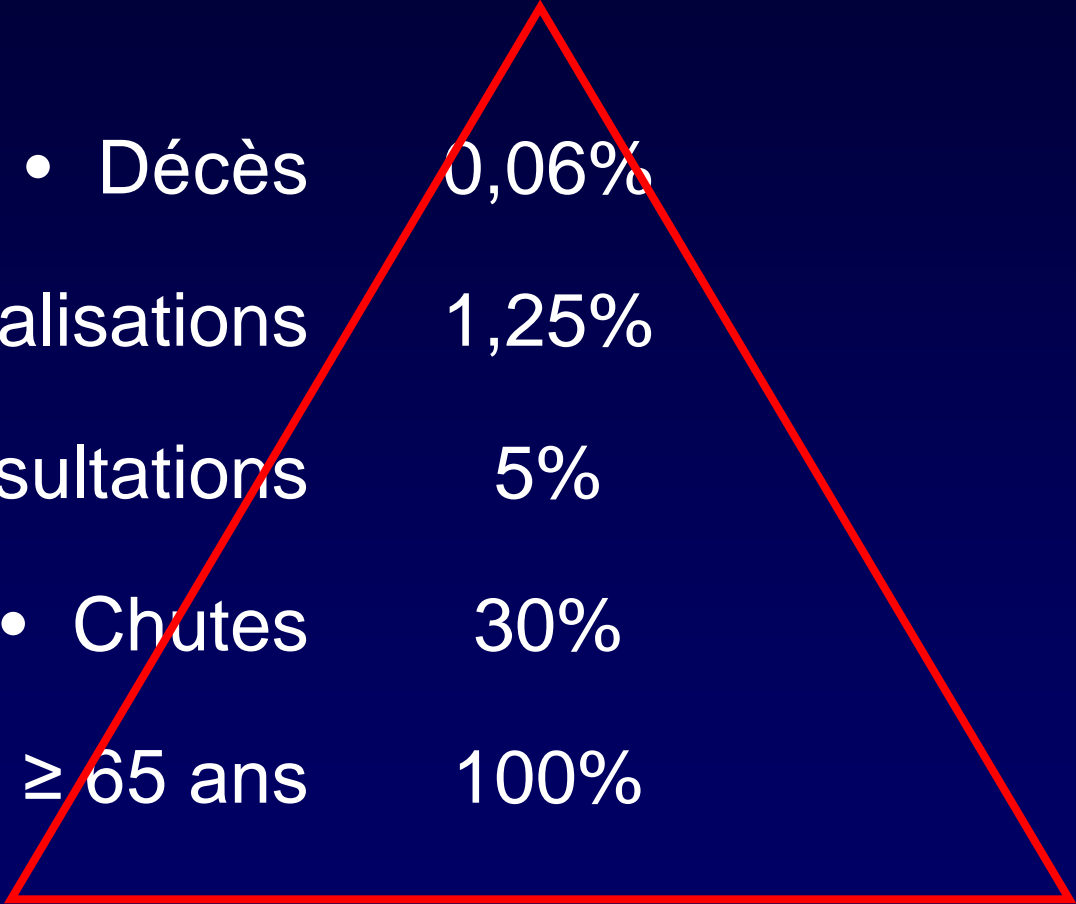
éditions
inpes

Chutes et fractures = cause majeure de venue aux urgences des PA



3 000 usagers non hospitalisés interrogés par téléphone

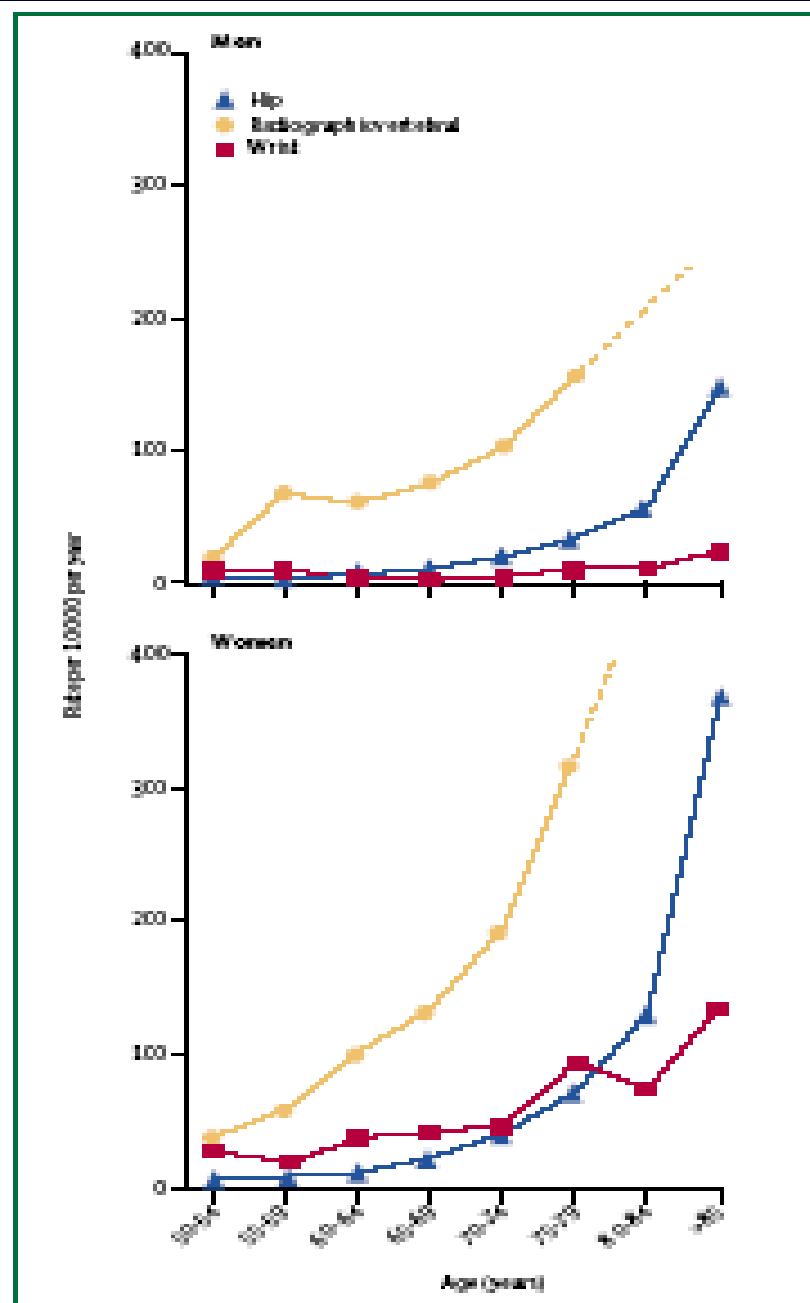
La chute = un problème de santé publique



• Décès	0,06%
• Hospitalisations	1,25%
• Blessures / consultations	5%
• Chutes	30%
• Population \geq 65 ans	100%



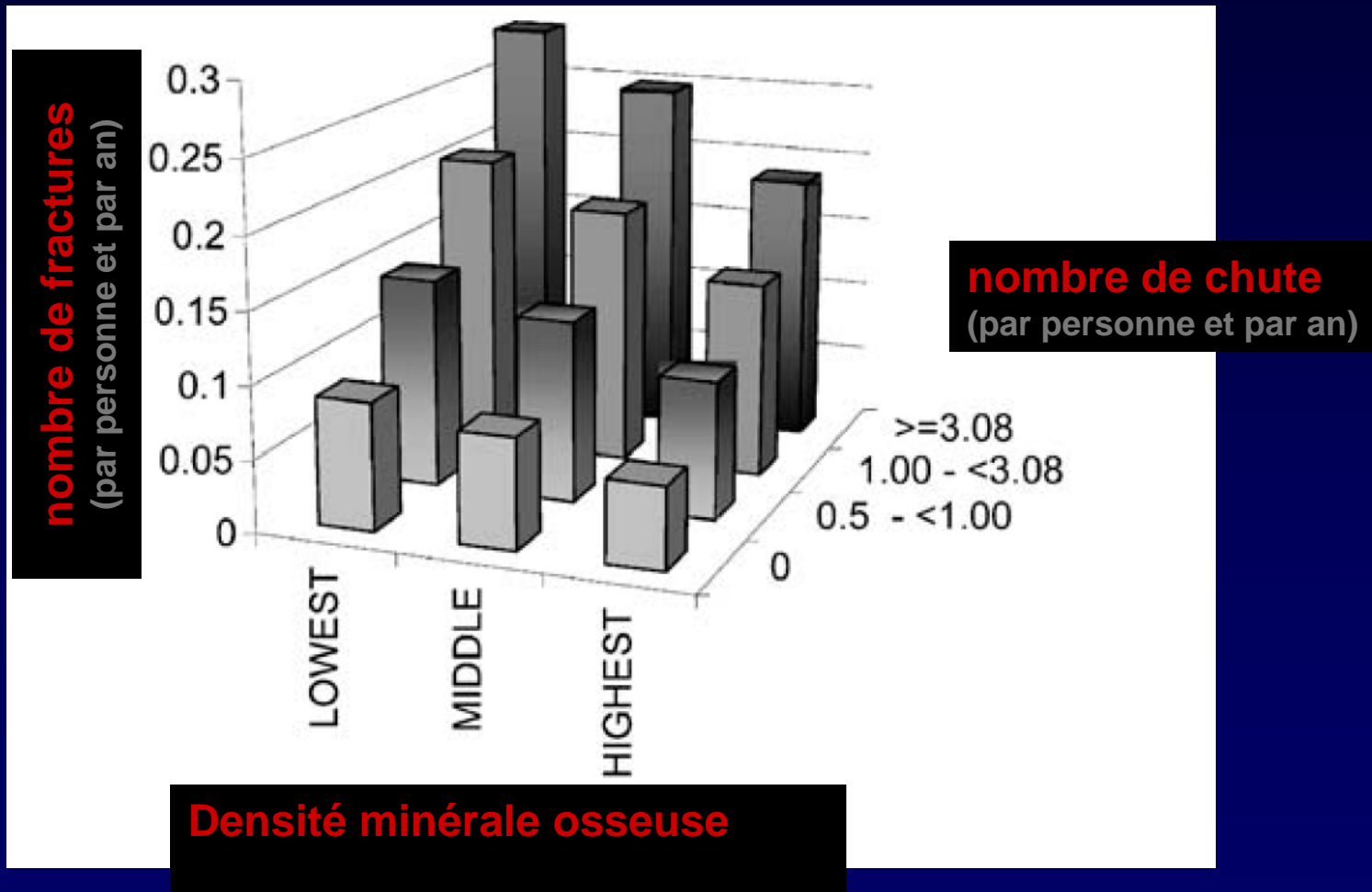
Fracture du sujet âgé



Philip Sambrook, et al. *Lancet* 2006; 367: 2010–18

Figure 1: Age-specific and non-specific incidence of radiographic vertebral, hip, and distal forearm fractures
Data derived from European Prospective Osteoporosis Study¹ and General Practice Research Data bases²

Le risque de fracture est fonction de l'âge et du risque de chute





Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002

Céline E. *et al.* Institut de veille sanitaire, BEH 31 octobre 2006

- Tous âges confondus, les chutes ont constitué en 2002 la première cause de décès par AcVC (64 %).
- Après les chutes, viennent les suffocations, les noyades, les intoxications et les acc. par le feu.
- 10 371 décès liés aux chutes (13,8/100 000)
 - 4 049 hommes (16/100 000)
 - 6 328 femmes (12/100 000).
- Plus des trois quarts des décès par chute surviennent chez les plus de 75 ans.

2002	Chutes*	
	N	Taux
< 1 an	2	0,3
1-4 ans	14	0,5
5-14 ans	13	0,2
15-24 ans	46	0,6
25-44 ans	259	1,5
45-64 ans	792	5,6
65-74 ans	823	16,0
75-84 ans	2 620	76,4
85 ans et plus	5 802	510,7
Total **	10 371	13,8

ETUDE CHUTADOM

- Réalisée en 2006 avec le soutien financier de la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité
- L'étude a suivi durant 12 mois 500 personnes de plus de 75 ans se présentant aux urgences de l'hôpital Cochin après une chute à domicile.
- La cause de la chute était accidentelle dans 65% des cas, liée à un malaise d'origine indéterminée dans 25% des cas et à un problème de santé identifié dans 10% des cas.

ETUDE CHUTADOM

- L'alerte a été donnée par la personne elle-même dans la moitié des cas, par un témoin présent lors de la chute dans 19% des cas.
- Dans 32% des cas il n'y a eu ni alerte, ni témoin, la personne étant immobilisée au sol et incapable de se relever, et bien que dans 15% des cas, les victimes aient disposé d'une téléassistance, seules la moitié ont pu en faire usage.
- Le délai entre la chute et l'arrivée aux urgences a été en moyenne de 8,74 heures, pouvant atteindre 158 heures. La chute a entraîné une fracture dans plus de 38% des cas, et d'autres conséquences pathologiques, traumatiques ou non.

ETUDE CHUTADOM

- 51% des PA hospitalisées, et 49% sont rentrées à leur domicile, la majorité d'entre elles sans recommandation de modification de leur environnement.
- 6 mois plus tard, 15% des personnes étaient décédées
- Les facteurs les plus fortement corrélés au risque de décès étaient le degré de dépendance et le nombre de pathologies à risque avant la chute.
- Les troubles liés à au maintien prolongé au sol (troubles métaboliques notamment) sont plus péjoratifs que les fractures.
- Elle montre également l'existence d'une sous-population à risque majeur : celle des personnes ne pouvant ni se relever ni donner l'alerte.

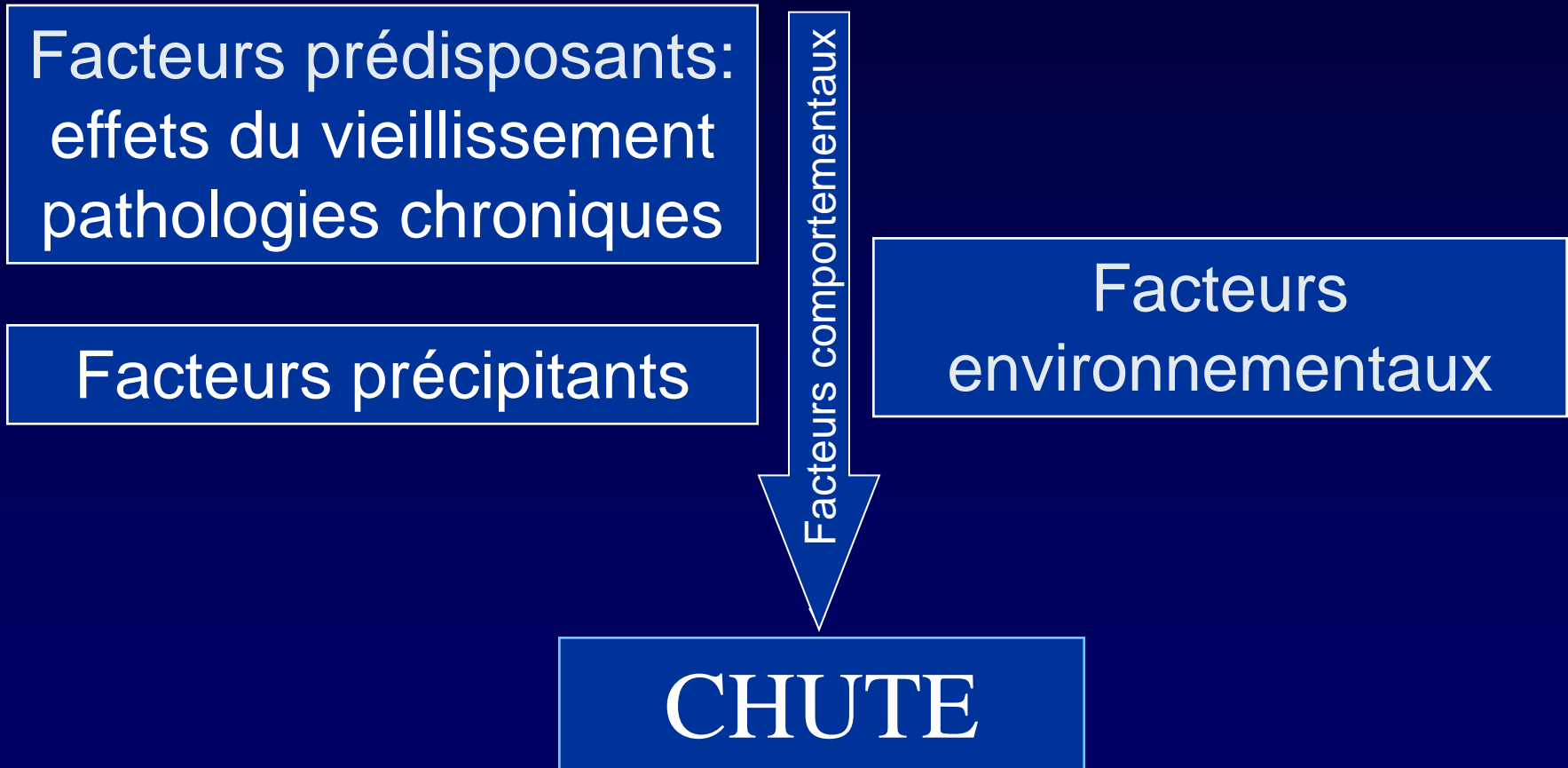
Quel bilan aux urgences ?

Quel « bilan » réaliser chez les chuteurs âgés au SAU ?

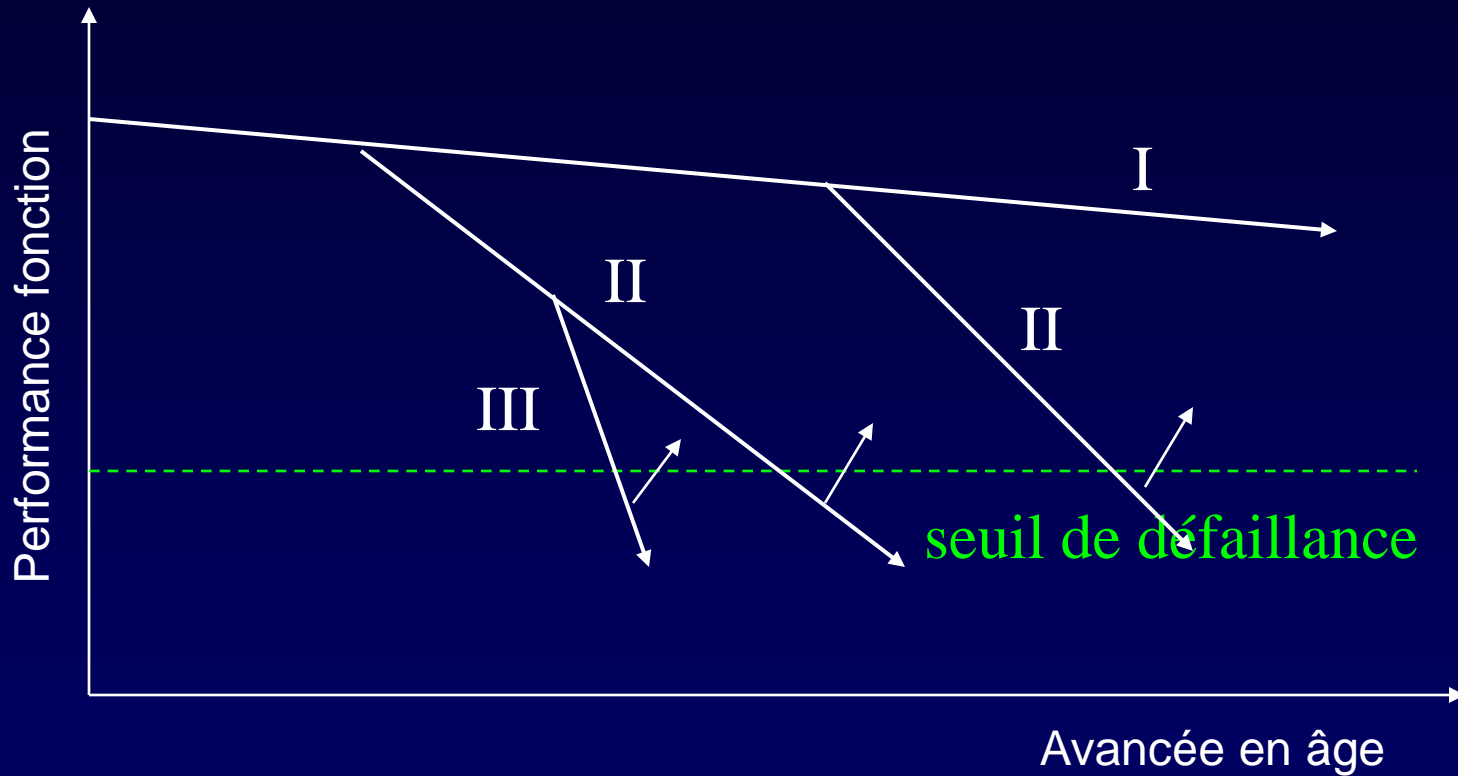
- Les chutes sont le plus souvent de mécanisme plurifactoriel.
- Il faut évaluer le risque de récurrence et le risque de conséquence grave en cas de nouvelle chute



La chute est le plus souvent d'origine multifactorielle



Intrication vieillissement – pathologies: I+II+III de Bouchon



vieillesse (I), pathologies chroniques (II), pathologies intercurrentes et facteurs prédisposants (III)

Facteurs de risque de chute les plus fréquemment retrouvés chez le sujet âgé

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<ul style="list-style-type: none">- Âge : plus de 80 ans- Santé et état fonctionnel : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes- Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence, notamment urinaire par impériosité- Troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche (anomalies et vitesse), équilibre postural et/ou dynamique altéré- Réduction de l'acuité visuelle- Prise de médicaments : polymédication (au-delà de 4), psychotropes	<ul style="list-style-type: none">- Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition- Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne), prise de risque, habitat mal adapté

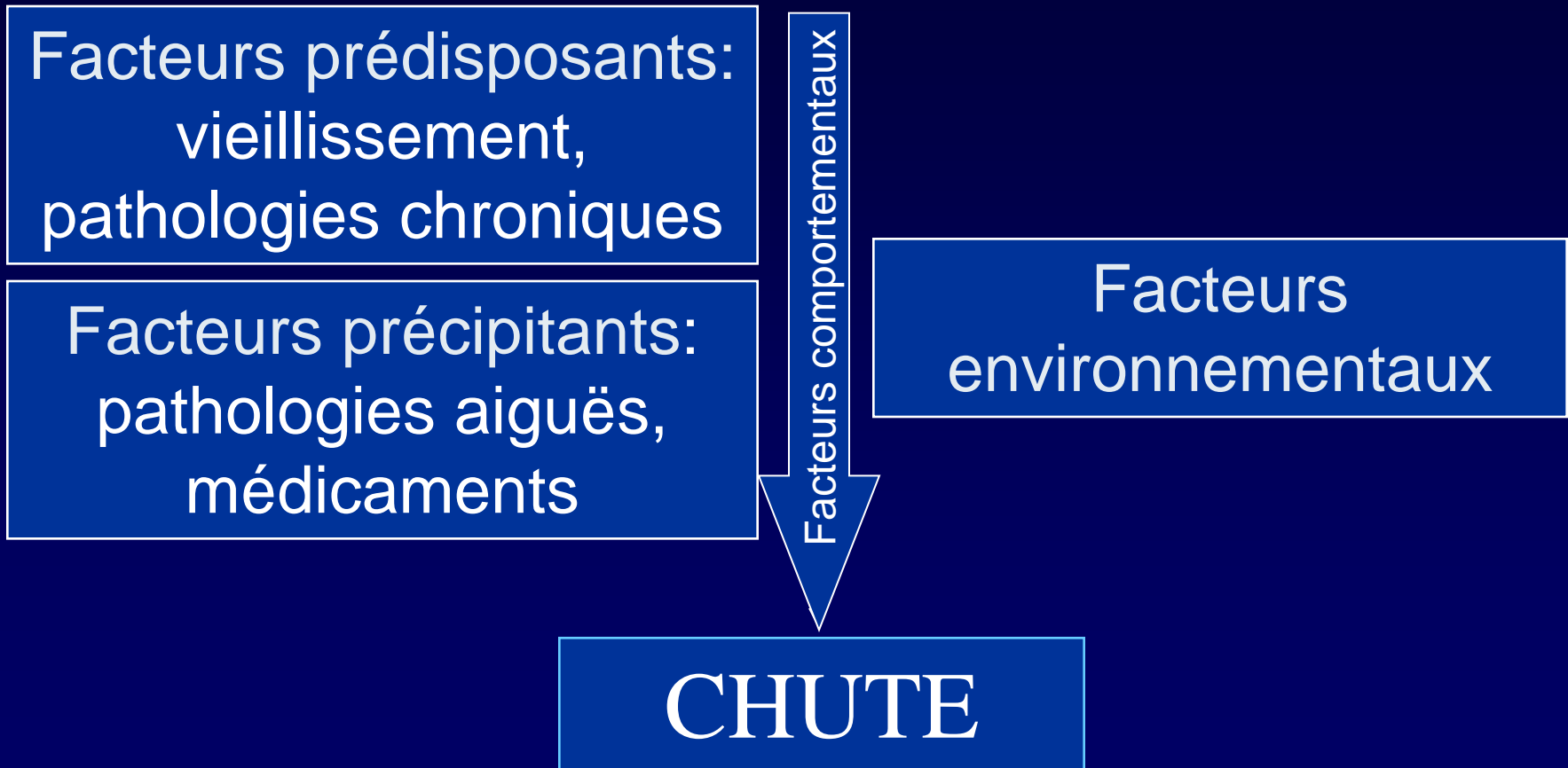
Psychotropes = 1^{er} FdR médicamenteux

Pooled OR for associations between use of various psychotropic medications from 40 nonrandomised controlled trials^{4,6,63}

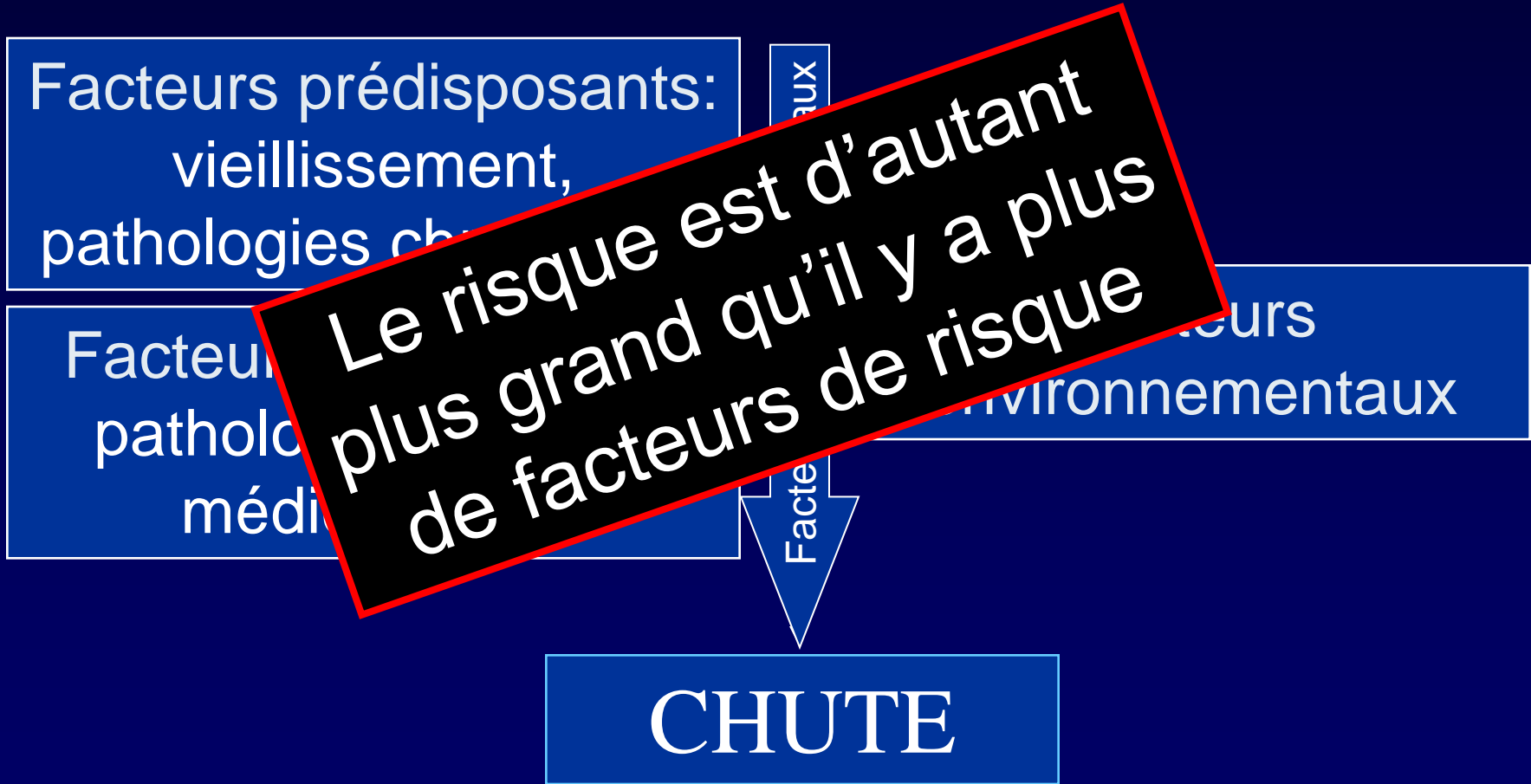
Benzodiazepines	OR 1.48 (95% CI 1.23-1.77)
Short-acting	OR 1.44 (95% CI 1.09-1.90)
Long-acting	OR 1.32 (95% CI 0.98-1.77)
Antidepressants	OR 1.66 (95% CI 1.38-2.00)
TCA's	OR 1.51 (95% CI 1.14-2.00)
SSRIs: low dose	OR 1.50 (95% CI 1.30-1.70)
high dose	OR 2.40 (95% CI 1.70-2.20)
Neuroleptics	OR 1.50 (95% CI 1.25-1.79)

OR = odds ratio; TCA = tricyclic antidepressant; SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor.

La chute est le plus souvent d'origine multifactorielle



La chute est le plus souvent d'origine multifactorielle





L'évaluation a deux objectifs principaux

- Rechercher les signes de gravité des chutes
- Rechercher les facteurs de risque de chute: prédisposants et précipitants



Rechercher des signes de gravité

- La gravité peut être liée aux :
 - Conséquences de la chute
 - Pathologies responsables de la chute
 - Caractère répétitif de la chute



Le risque en cas de chute = gravité

- Traumatismes physiques:....
- Impossibilité de se relever du sol avec séjour au sol supérieur à une heure et ses conséquences:.....
- Syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice



La gravité liée aux pathologies responsables de la chute

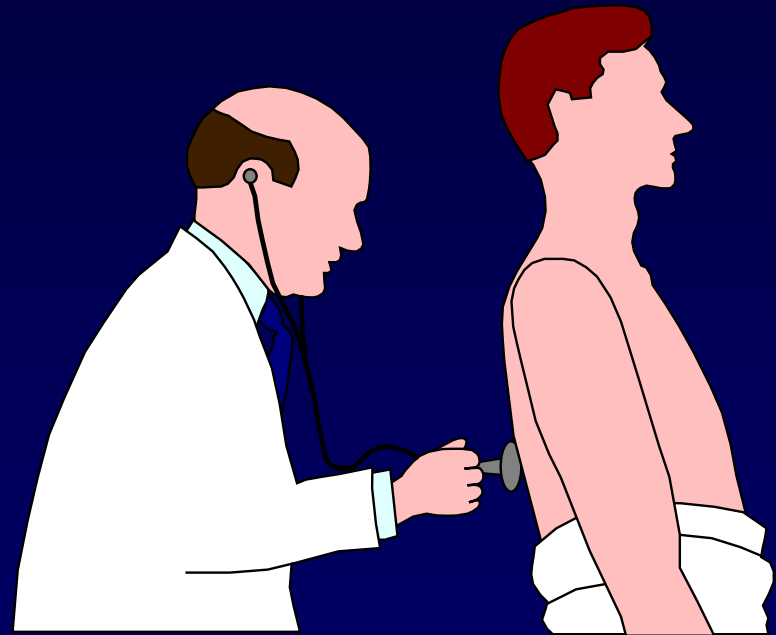
- Cardiovasculaires: troubles du rythme ou de conduction, l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde,...
- Neurologiques: accidents vasculaires cérébraux, épilepsie,...
- Pulmonaires: embolie pulmonaire,
- Infectieuses:....
- Métaboliques: hypoglycémie,...

La gravité liée à la récurrence des chutes

- Le risque de récurrence est particulièrement élevé si :
 - Atcdts d'autres chutes
 - Augmentation récente de la fréquence des chutes
 - Nombre de facteurs de risque de chute > 3
 - Trouble de l'équilibre et/ou de la marche évalué par un appui unipodal < 5 secondes et un score au Timed Up & Go test > 20 secondes
- La gravité potentielle d'une nouvelle chute est particulièrement élevée si :
 - Ostéoporose avérée définie par un T-score < -2,5 DS sur l'ostéodensitométrie et/ou un antécédent de fracture ostéoporotique
 - Prise de médicaments anticoagulants
 - Isolement social et familial et/ou le fait de vivre seul

Evaluation du chuteur au SAU

- Evaluation globale
- Etape diagnostique
 - Interrogatoire
 - Examen clinique analytique
 - Hypotension orthostatique
 - Etat nutritionnel
 - Fonctions cognitives
 - Etat thymique



Evaluation du chuteur au SAU

- Evaluation fonctionnelle
 - Parce qu'on ne peut pas trouver pourquoi une personne tombe sans la mettre debout...
 - Get-up and Go test
 - +/- Station monopodale



Get Up and Go Test

- Equilibre assis droit sur une chaise à dossier
- Transfert assis debout
- Equilibre debout
- Marche 3 mètres
- Demi-tour
- Tour de la chaise
- Transfert debout assis

EPREUVE COTEE DE 1 A 5

1 = pas d'instabilite

5 = risque permanent de chute

Score > 3

ou

Durée d'exécution > 30 sec

associée à un statut de dépendance

Durée d'exécution ≤ 20 sec

associée à un statut d'indépendance

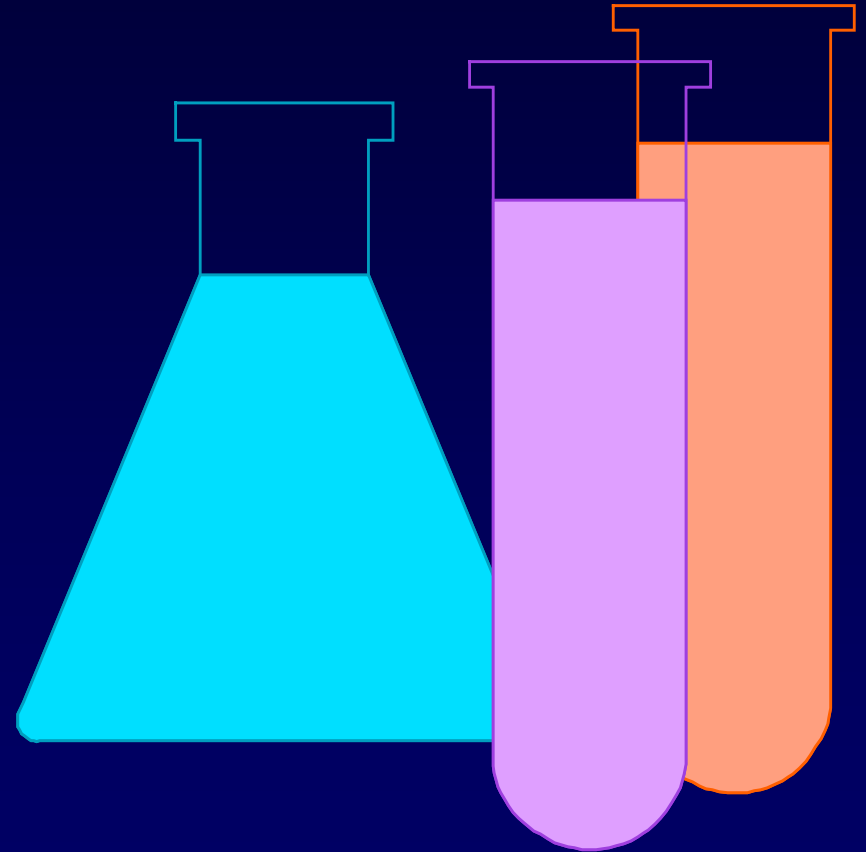
Station monopodale > 5
secondes

Evaluation du chuteur au SAU

- Evaluation environnementale
 - Chaussage
 - Conditions de logement (grossièrement)
 - Entourage humain
 - Système d'alarme
- Evaluation de l'autonomie
- Evaluation des besoins et des ressources

Examens complémentaires

- Ils sont fonction de l'examen clinique.
- Aucun examen complémentaire ne doit être systématique. (Vitamine D)
- Dans le cadre de l'urgence, on échappera habituellement pas à ECG, glycémie, NFS, Iono, Urée, Créat.



Une chute récente

- Mme E. âgée de 78 ans.
- Chute le matin chez elle. A brutalement basculé en arrière sans raison apparente.
- Incapable de se relever seule, est restée une heure par terre en attendant que son mari ne rentre de courses.
- Troisième chute en un an.
- N'ose plus sortir seule de peur de tomber.
- Traitement: IEC – diurétique, aspirine à dose antiagrégante et hypnotique chaque soir.
- Fracture du poignet à l'âge de 64 ans.

Une chute récente

- Mme E. âgée de 78 ans.
- Chute le matin chez elle. A brutalement basculé en arrière sans raison apparente.
- Incapable de se relever seule, est restée une heure par terre en attendant que son mari ne rentre de courses.
- Troisième chute en un an.
- N'ose plus sortir seule de peur de tomber.
- Traitement: IEC – diurétique, aspirine à dose antiagrégante et hypnotique chaque soir.
- Fracture du poignet à l'âge de 64 ans.

Facteurs de
risque de chutes

Une chute récente

Facteurs de risque de chute grave

- Mme E. âgée de 78 ans.
- Chute le matin chez elle. A brutalement basculé en arrière sans raison apparente.
- Incapable de se relever seule, est restée une heure par terre en attendant que son mari ne rentre de courses.
- Troisième chute en un an.
- N'ose plus sortir seule de peur de tomber.
- Traitement: IEC – diurétique, aspirine à dose antiagrégante et hypnotique chaque soir.
- Fracture du poignet à l'âge de 64 ans.

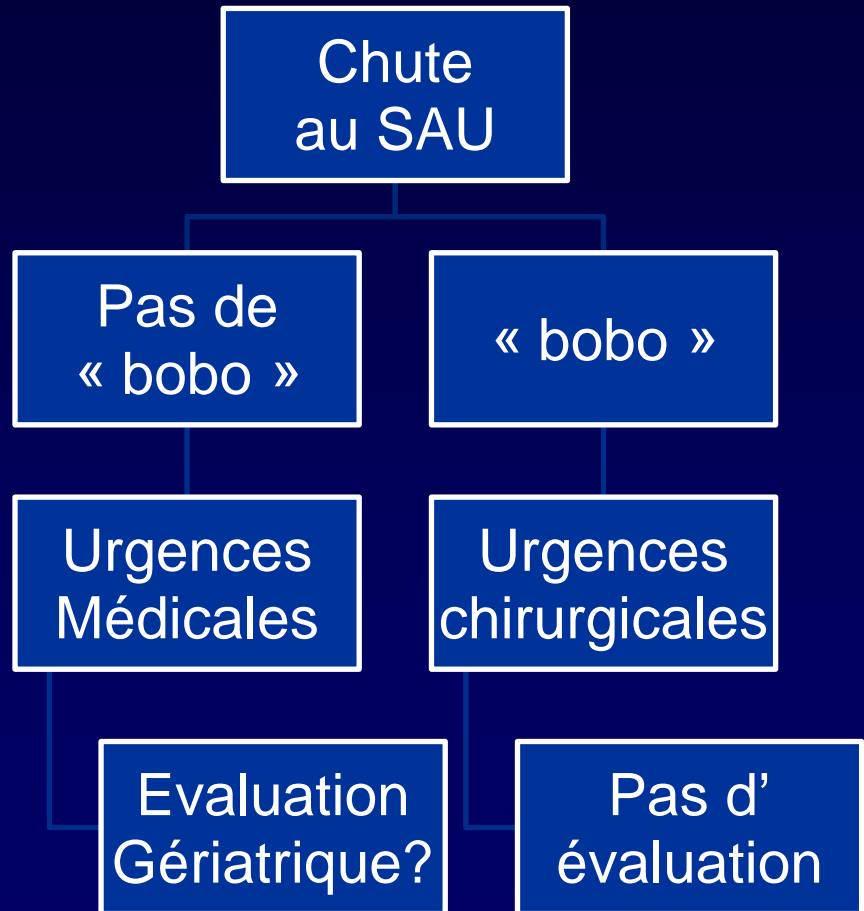
Quand hospitaliser ?

Quand hospitaliser un patient âgé chuteur ?

- Conséquences de la chute = graves
- Risque de récurrence = élevé avec un caractère de gravité particulier en cas de récurrence
- Facteur précipitant et/ou pathologie sous-jacente nécessitant une hospitalisation

Vers où l'orienter après les urgences ?

- Elles découlent de l'évaluation globale
- **Si le patient est hospitalisé**, c'est en gériatrie (sauf circonstances particulières)
- **Si le patient n'est pas hospitalisé**, un suivi et une évaluation gériatrique complète doit être proposée
 - Cons. ou HdJ gériatrique
 - Cons. « chute »



Quelle prise en charge du
chuteur ?

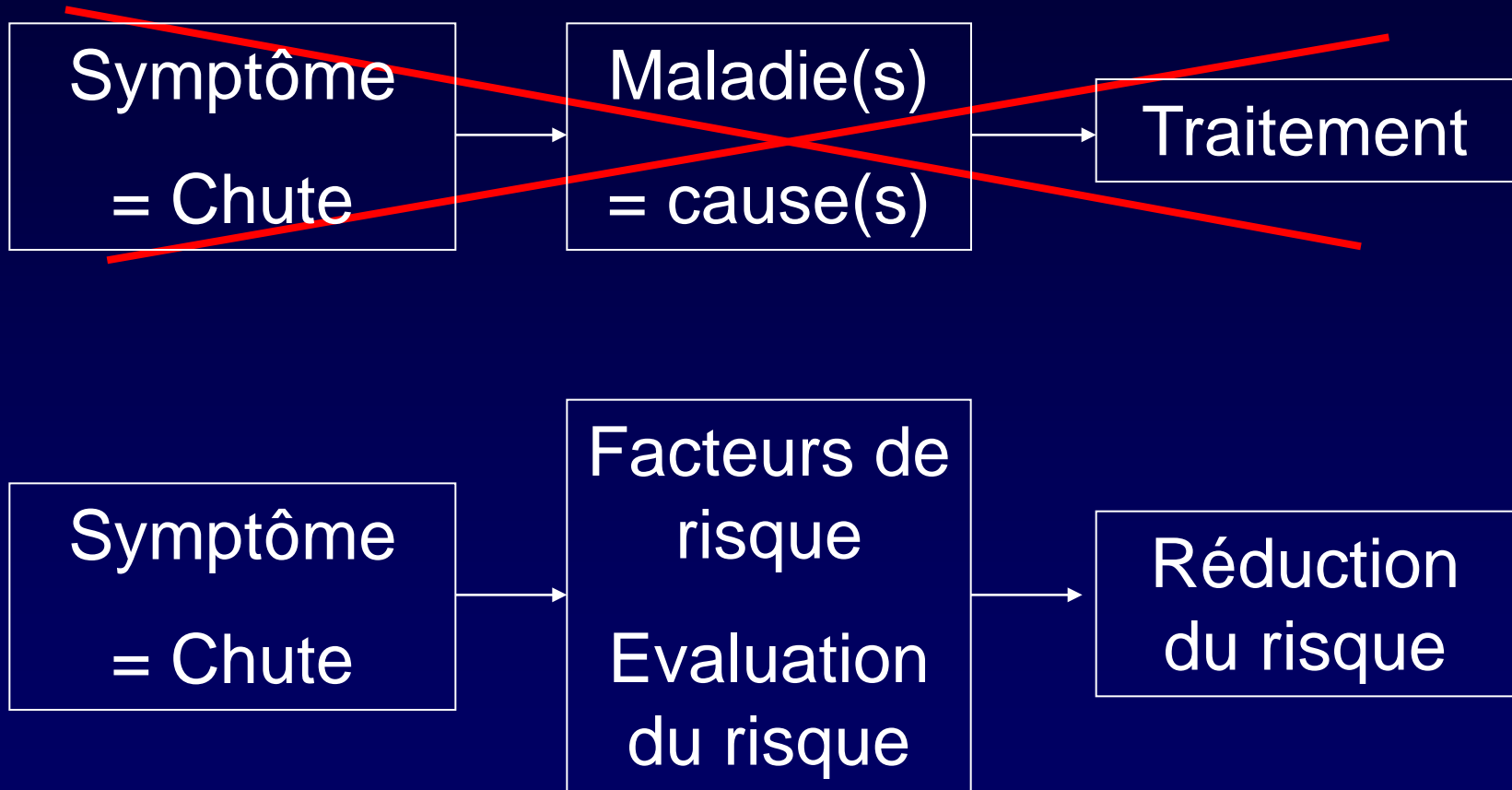
Objectifs de la
prise en charge du chuteur

=

diminuer le risque de chute
et diminuer le risque de
conséquences en cas de
nouvelles chutes

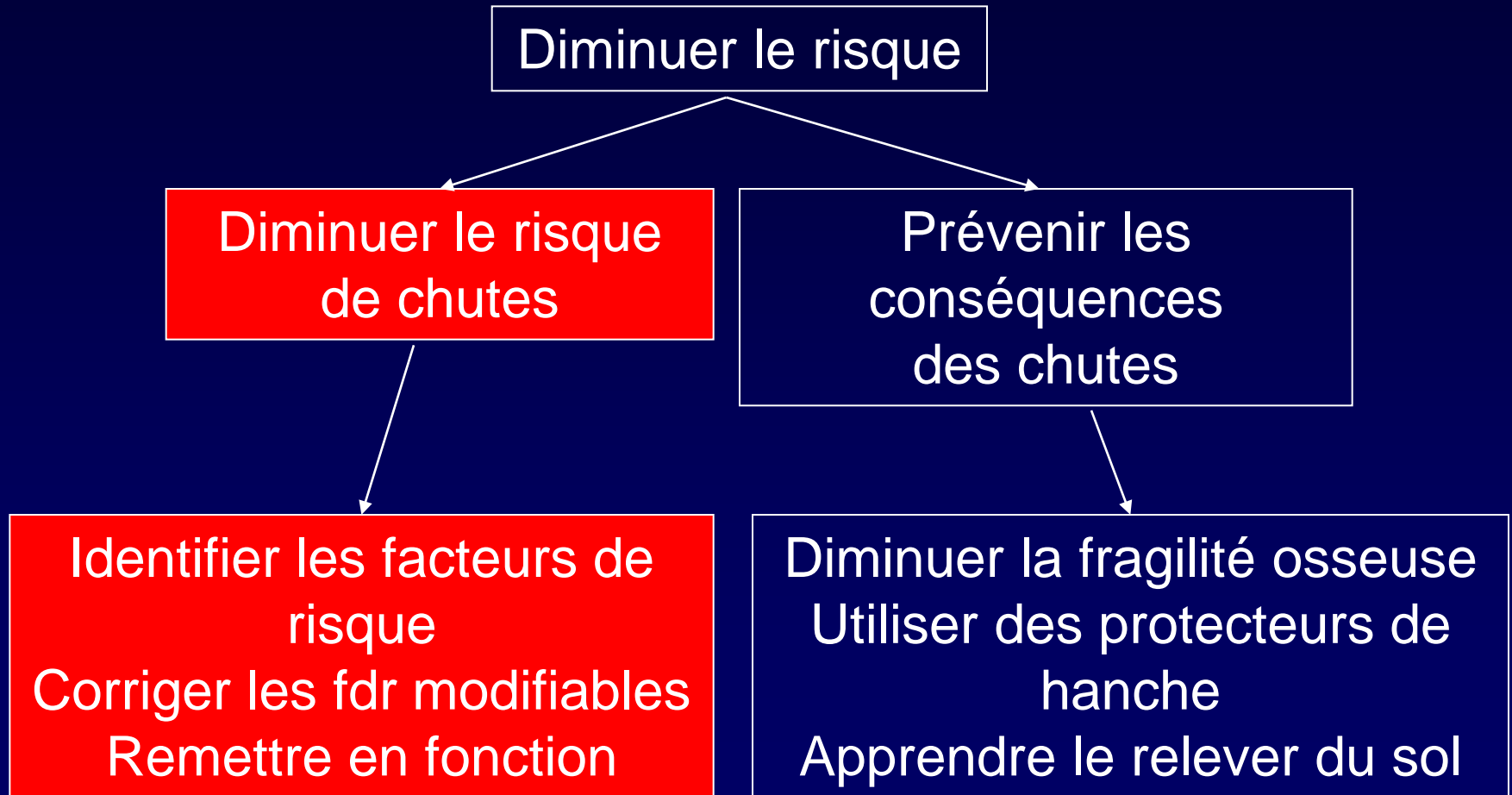
Prise en charge du chuteur

« Stratégie de réduction du risque »



Quelle prise en charge du chuteur ?

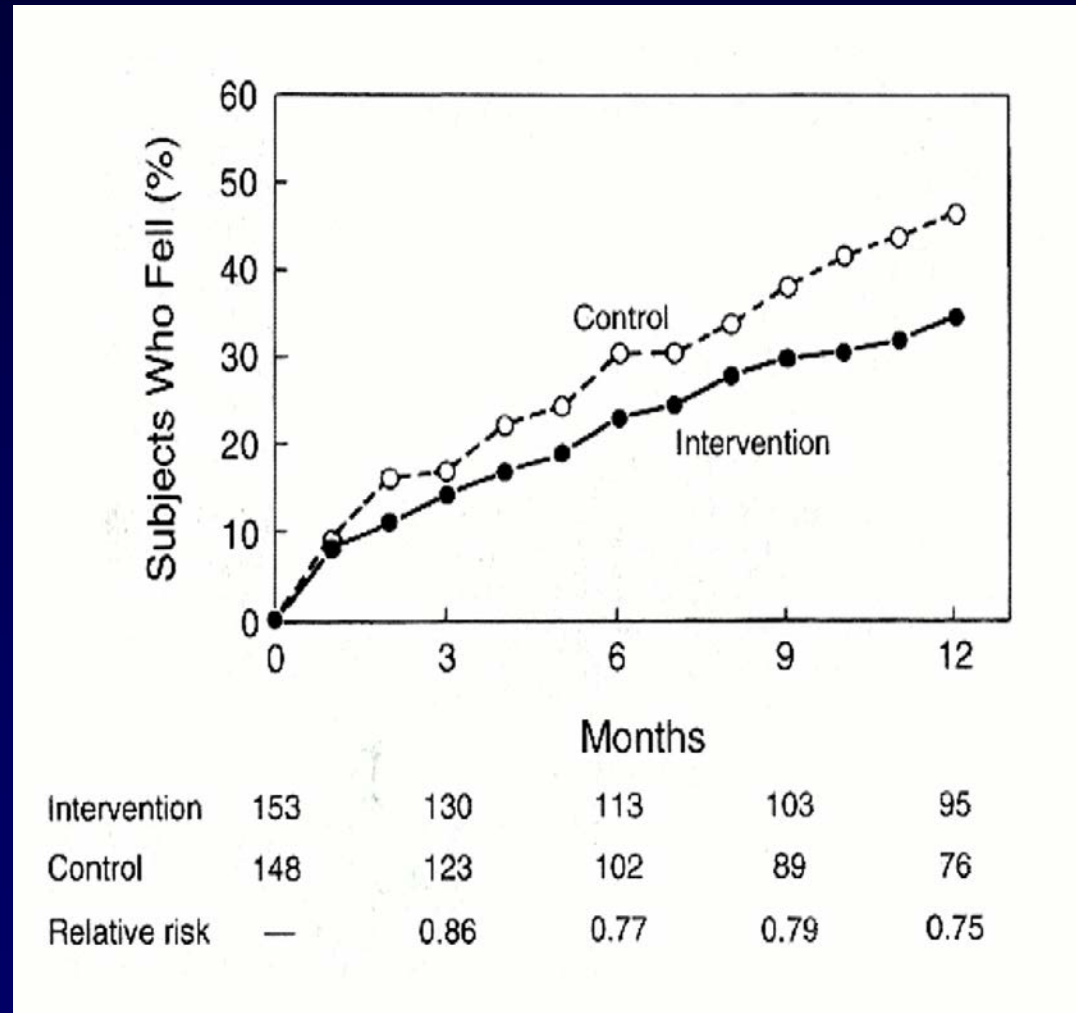
« Stratégie de réduction du risque »



Diminuer le risque de chute est possible

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

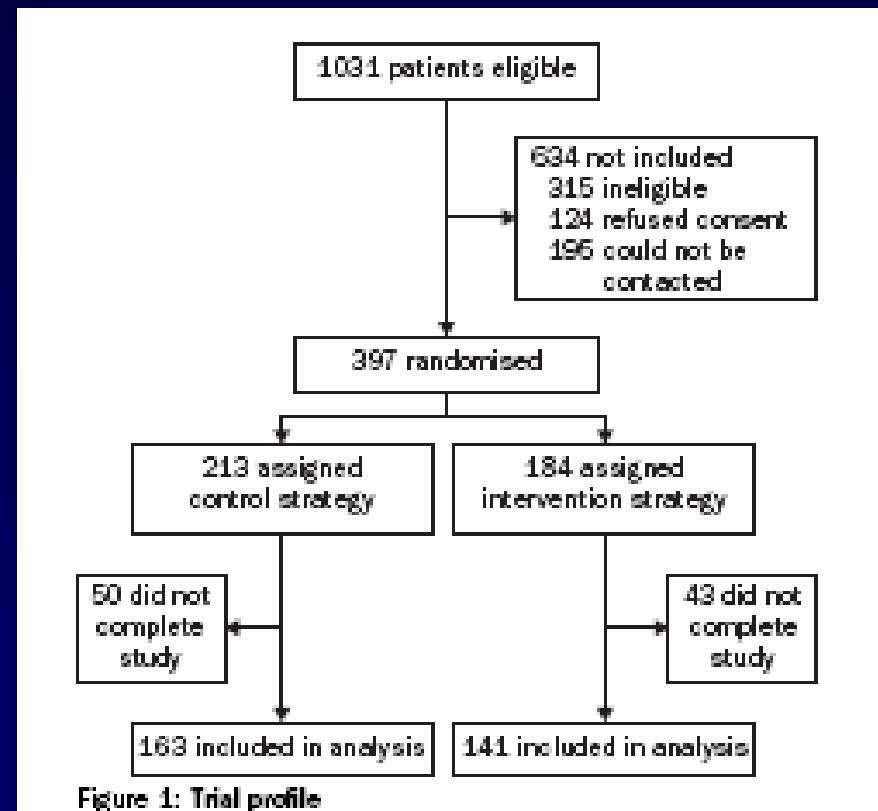
- 301 personnes vivant au domicile, âgées en moyenne de 78 ans.
- Tous les participants avaient au moins un facteur de risque de chute parmi une liste préétablie et la majorité d'entre eux était déjà tombée.
- Randomisation en deux groupes, un groupe témoin et un groupe intervention.
- Dans le groupe 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.



Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial

Close J et al. *Lancet* 1999;353:93-7.

- Patients âgés admis aux urgences pour une chute
- Randomisation
- Groupe intervention / groupe contrôle
- Analyse en intention de traiter
- Suivi = 1 an



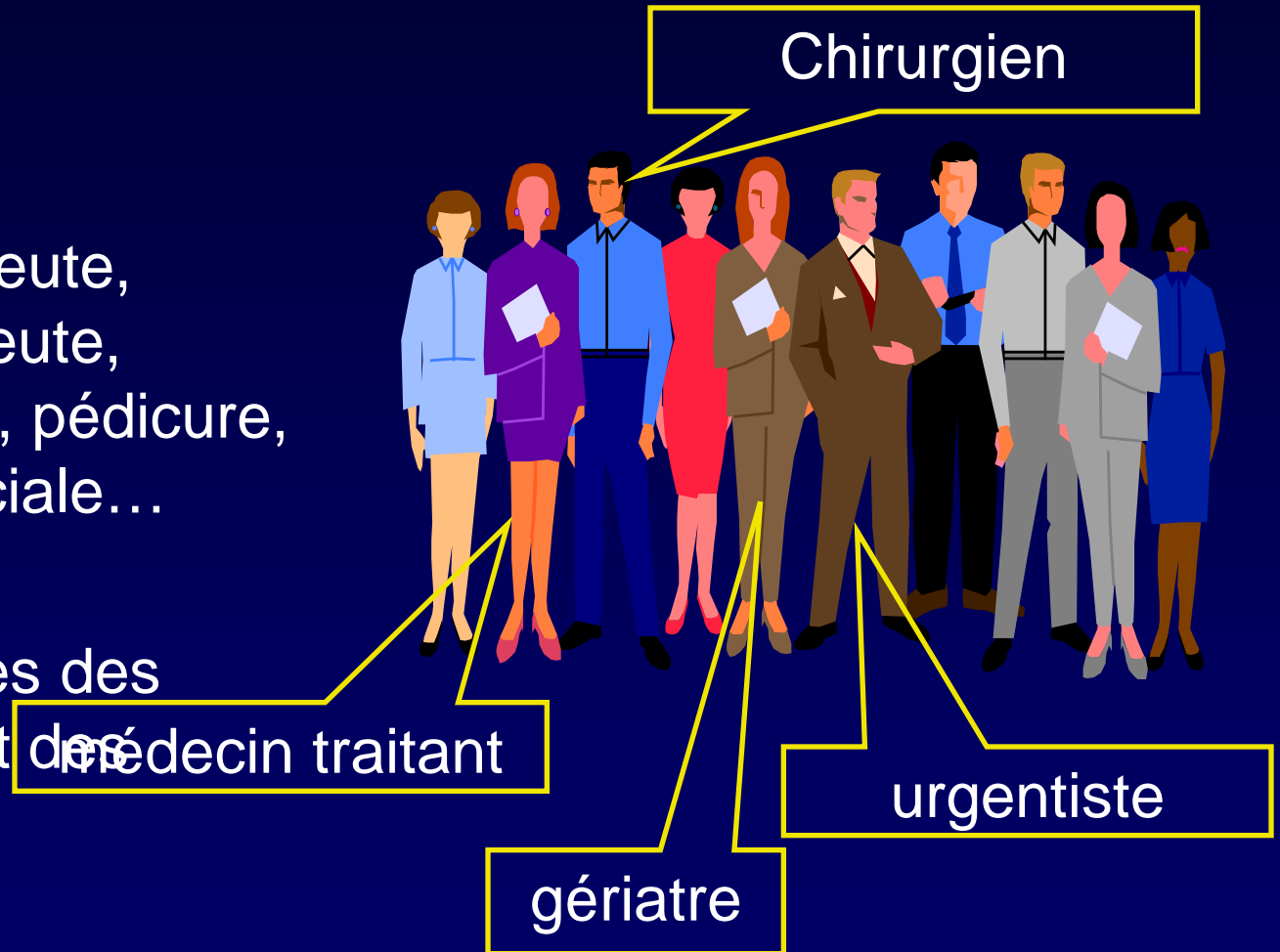
	Control group (n=213)	Intervention group (n=184)	p
Study status			
In study	168 (77%)	141 (77%)	0.81
Moved to institutional care	18 (8%)	18 (10%)	
Dead	27 (13%)	19 (10%)	
Lost to follow up	5 (2%)	6 (3%)	
Falls			
Cumulative number of falls	510	183	0.0002
Patients reporting falls	111 (52%)	59 (32%)	
Patients reporting three or more falls	55 (26%)	21 (11%)	
Patients reporting serious injury from falls	16 (8%)	8 (4%)	0.26
Able to go out alone	106 (65%)	108 (77%)	0.04
Mean (SD) Barthel score	17.3 (3.7)	18.6 (2.5)	
Resource utilisation			
GP visits	668	487	0.33
Hospital visits	524	438	0.55
Hospital admission	97	89	0.78

GP=general practitioner.

Table 3: Results of 1-year follow-up

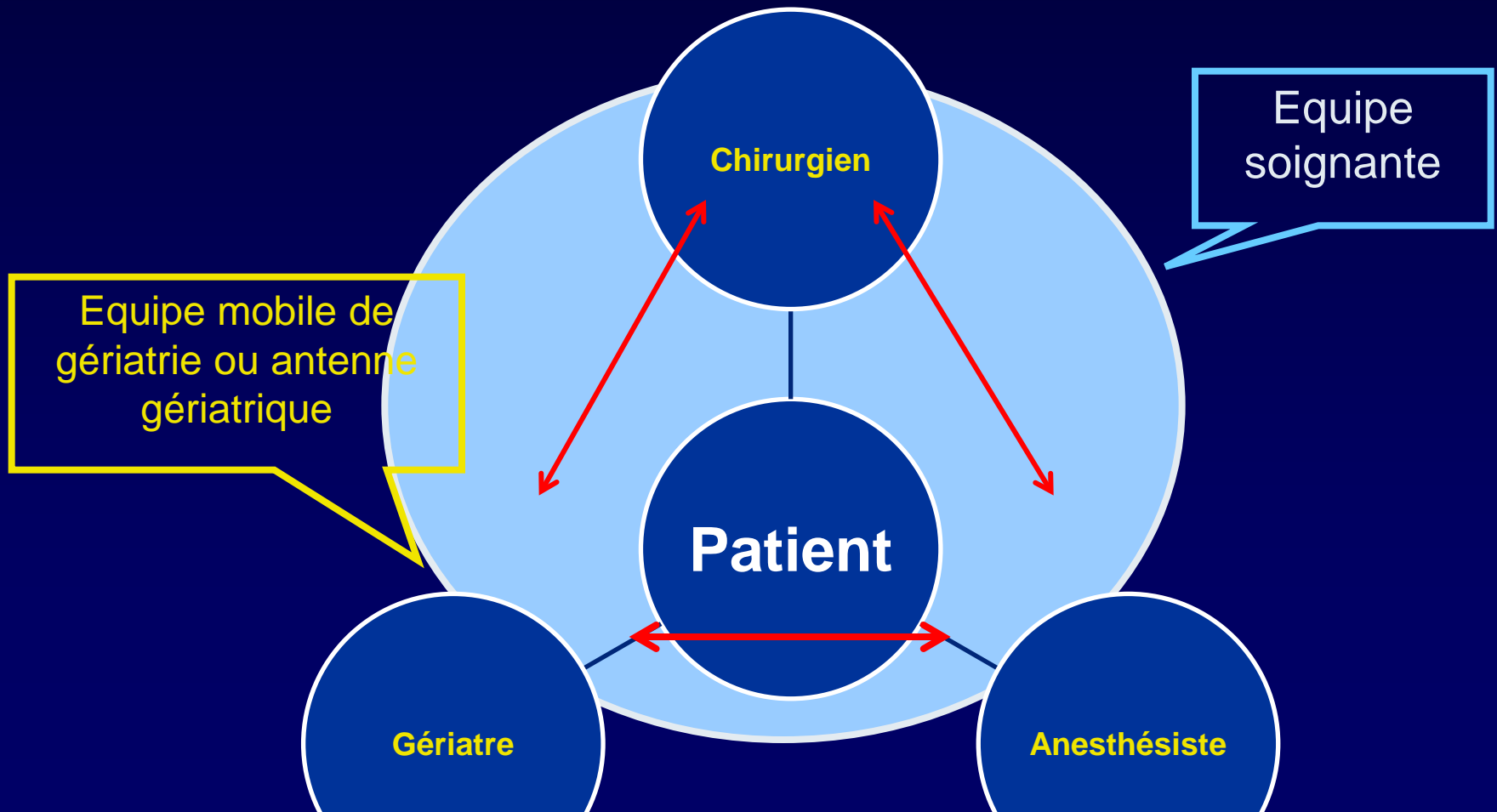
La prévention des chutes et de leurs conséquences est l'affaire de tous

- Patient
- Médecin(s)
- Kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, pédicure, assistant sociale...
- Famille
- Responsables des institutions et des hôpitaux
- Médias
- Responsables politiques



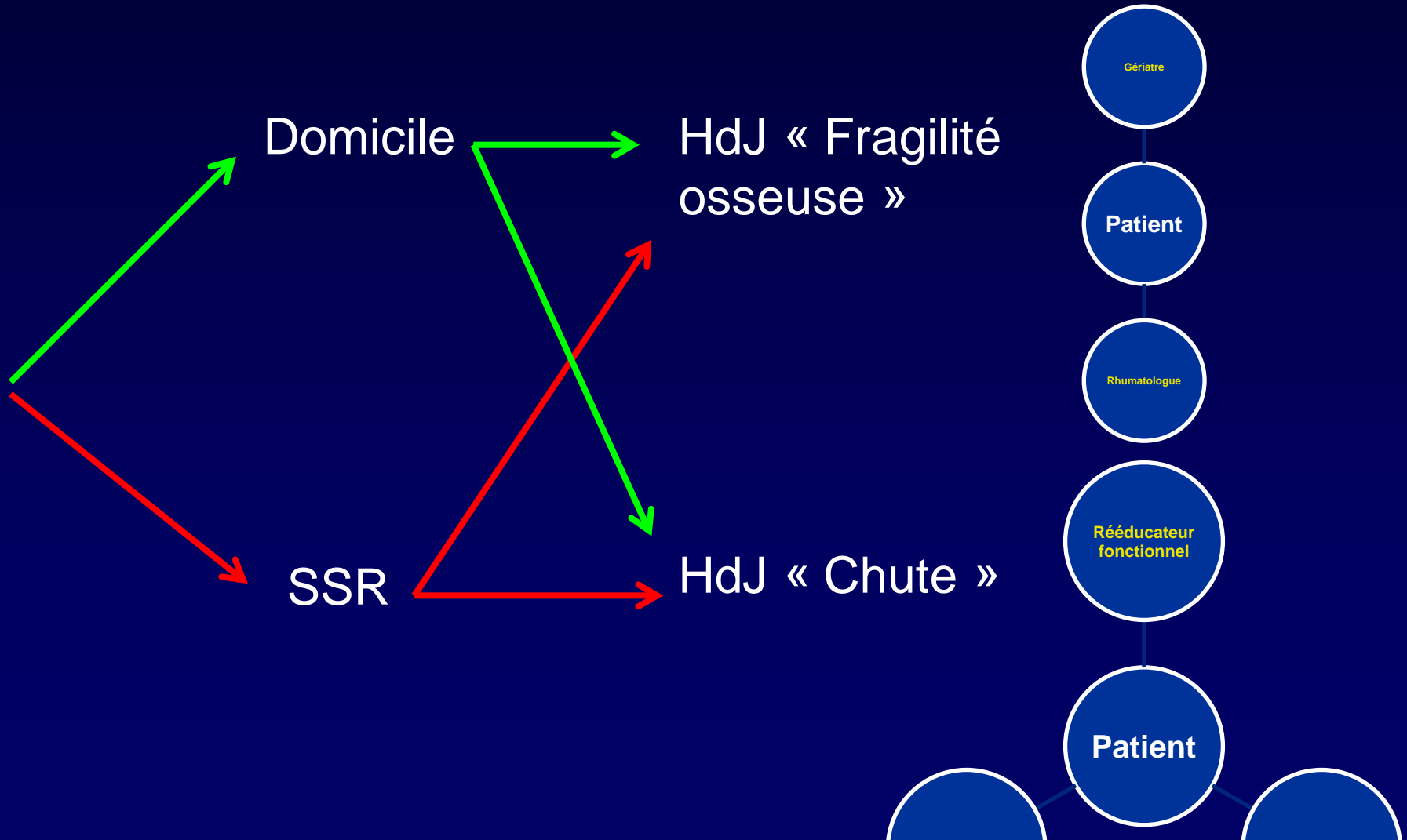
La filière de traumatologie du sujet âgé du CHRU de Lille

Interdisciplinarité aux urgences comme en chirurgie



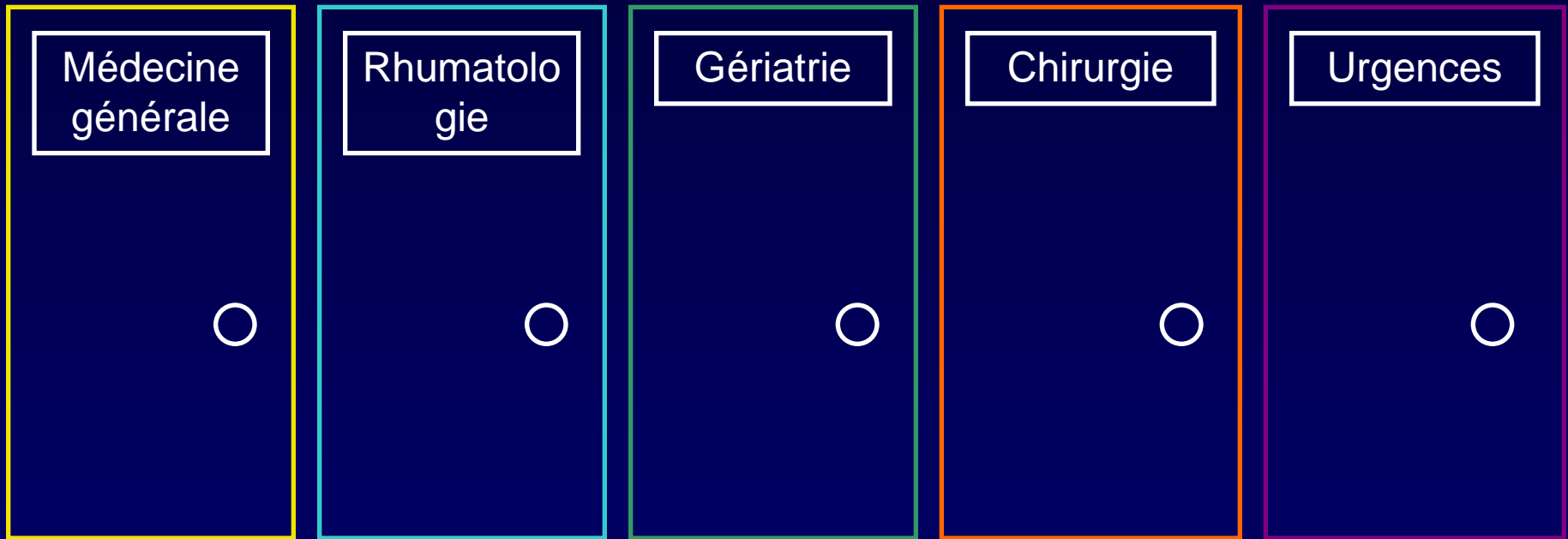
La filière de traumatologie du sujet âgé du CHRU de Lille

Dans les suites de la chirurgie



Conclusion

Faisons en sorte ensemble que demain,
quelles que soient les portes que vont
pousser les personnes âgées chuteuses



...elles aient partout la meilleure prise en charge possible