

Highlight: Gériatrie

Prévention des chutes: où en sommes-nous?

Les chutes sont fréquentes chez les personnes âgées et ont de nombreuses répercussions physiques et psychologiques. L'évaluation du risque de chute devrait donc faire partie de l'examen clinique de routine dès l'âge de 65 ans.

Prof. Dr méd. Christophe J. Büla

Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Introduction

En Suisse, un quart (25,8%) des personnes âgées de 65 ans ou plus, et un tiers (33,1%) de celles de 80 ans ou plus vivant à domicile, rapportent avoir chuté dans l'année, la moitié de façon répétée [1].

Pour la personne, ces chutes ont de multiples conséquences physiques et psychologiques. Si seulement 1–2% des chutes en-

traînent un décès, le taux de décès est en forte augmentation ces dix dernières années (près de 300% aux États-Unis et aux Pays-Bas) [2], probablement en lien avec l'augmentation des anticoagulations à un âge avancé. Une chute sur dix provoque des blessures graves, dont environ 2–3% de fractures de hanche. En Suisse, près de 14 000 personnes se fracturent la hanche chaque année, suite à une chute dans

plus de 90% des cas [3]. Même en l'absence de fracture, les chutes sont associées à un risque accru de déclin fonctionnel et de placement en long séjour [4], notamment si une peur de chuter conduit la personne à restreindre son activité [5].

Au plan mondial, les chutes figurent en 3^{ème} place des pathologies responsables de morbidité (décès et dépendance combinés) [6], avec

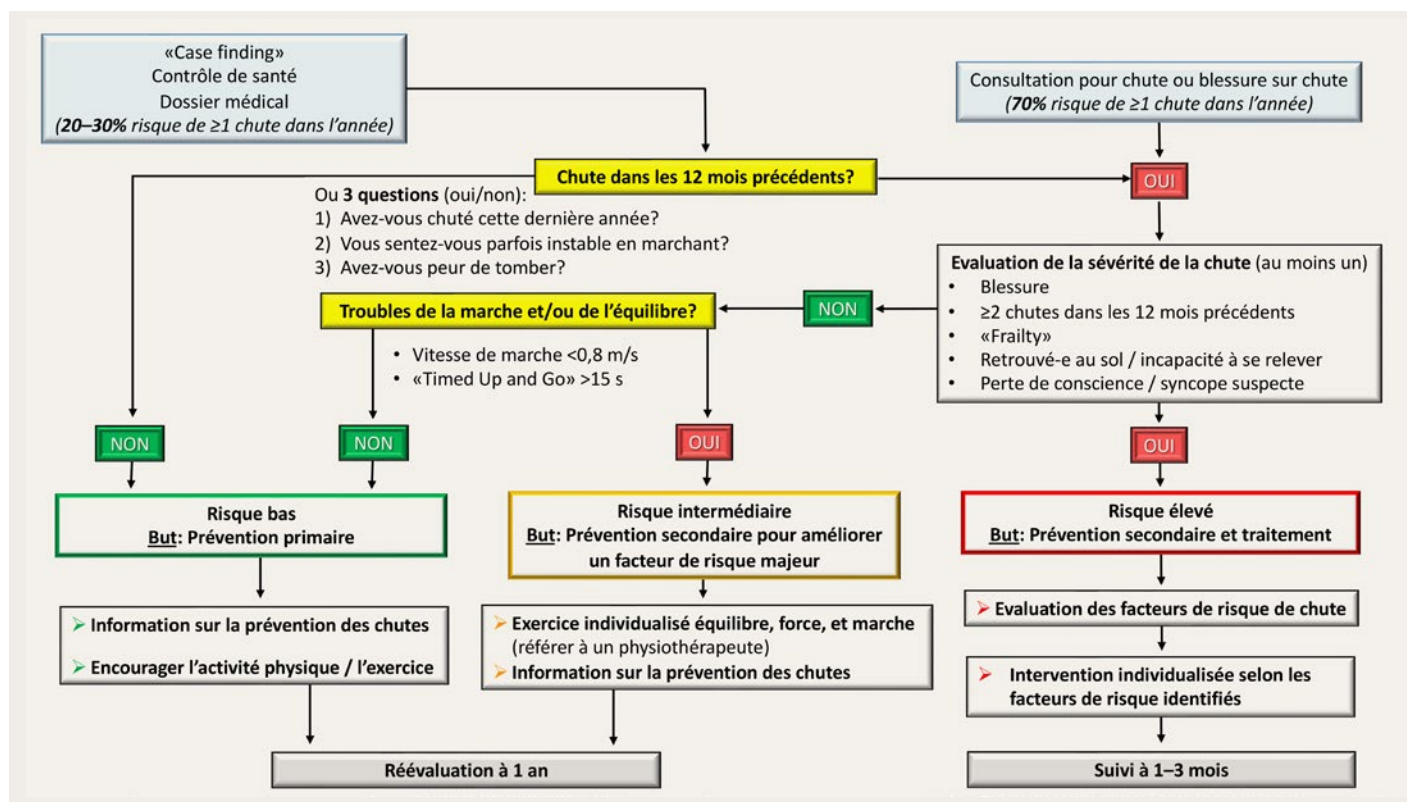


Figure 1: Algorithme d'évaluation et prise en charge du risque de chute chez les personnes âgées vivant dans la communauté (de [8]: Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al.; Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022;51:1–36. Reproduction et traduction avec l'aimable permission.).

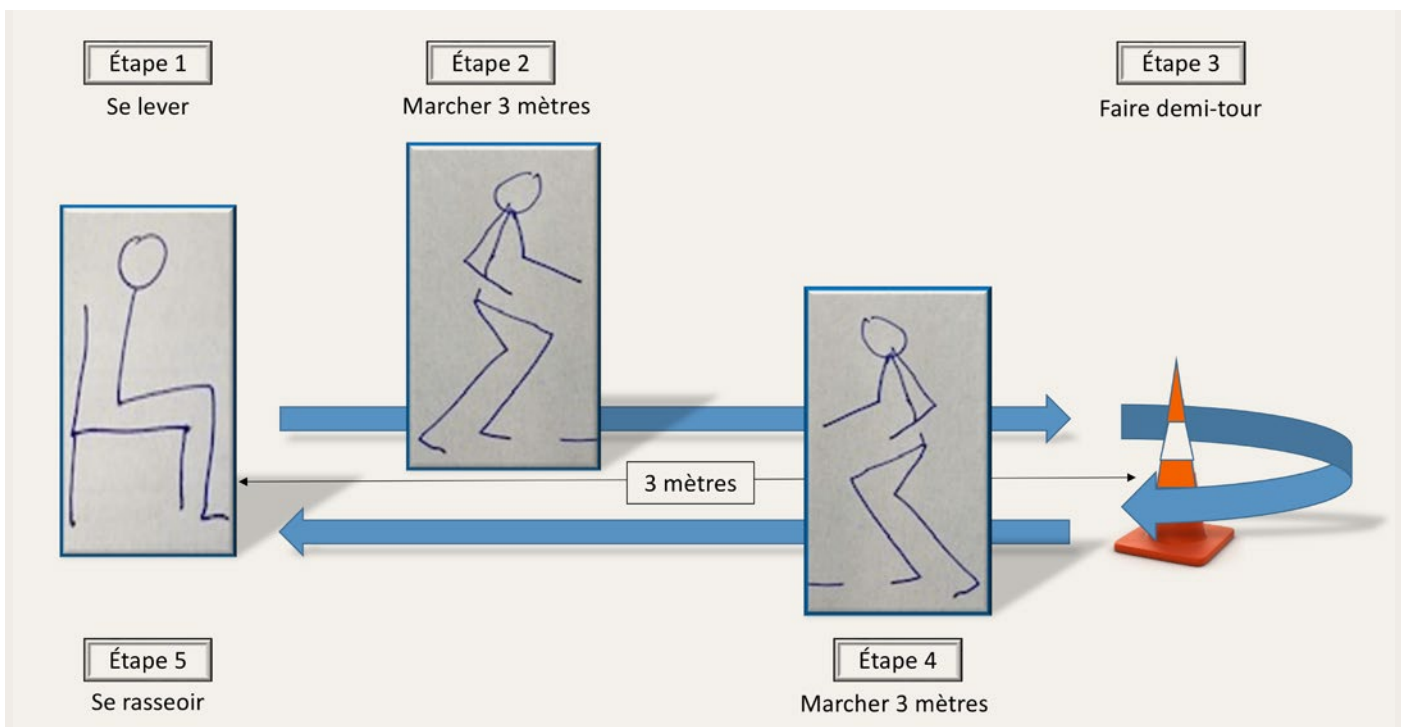


Figure 2: Test «Timed Up and Go» (TUG). La personne est priée de se lever de la chaise, de marcher 3 mètres à son allure, faire demi-tour, puis revenir et se rasseoir [11].

des conséquences économiques majeures. À eux seuls, les coûts annuels des fractures de hanche étaient estimés à plus de 900 Mio CHF en 2010 et devraient avoisiner le milliard actuellement [7].

La publication des premières recommandations internationales de pratique clinique est l'occasion de faire le point sur les meilleures évidences disponibles pour la prévention et la prise en charge des chutes chez les personnes âgées vivant dans la communauté [8]. Les recommandations concernant la prévention des chutes en milieu hospitalier et de long séjour, et pour les personnes souffrant de maladies spécifiques (par ex. maladie de Parkinson) ne sont pas abordées ici mais les lectrices et lecteurs intéressés trouveront de l'information dans l'article source [8].

Principe de prise en charge

La démarche proposée (fig. 1) comporte deux étapes: 1. stratification du risque de chute; 2. interventions adaptées selon ce risque et combinant prévention primaire (réduire le risque de survenue d'une chute), secondaire (réduire le risque de récurrence de chute), et tertiaire (réduire les conséquences en cas de nouvelle chute).

Stratification du risque

Chaque consultation d'une personne âgée doit être une opportunité pour évaluer, au moins une fois par année, son risque de chute en fonction de deux informations:

- antécédent de chute(s) dans les 12 mois précédents;
- évaluation de la marche/équilibre.

S'enquérir d'un antécédent de chute dans les 12 mois précédents doit faire partie de l'anamnèse de routine, même si la sensibilité (environ 45%) et la spécificité (environ 83%) de cette question sont modestes (positive et négative likelihood ratios de 2,7–2,9 et 0,7, respectivement) [9]. L'utilisation de trois questions (fig. 1) augmente la sensibilité à environ 69% mais au détriment d'une spécificité qui diminue à environ 58% [9]. Après 85 ans, la sensibilité de la question unique (67,1%) et des trois questions (95,5%) est cependant meilleure.

Si la personne consulte spécifiquement en raison d'une blessure sur chute, rapporte plusieurs chutes, remplit les critères de fragilité (i.e., score ≥ 4 au «Clinical Frailty Scale» [CFS] [10]), ou a été incapable de se relever seule, elle est d'emblée considérée à *haut risque* de récurrence. En présence d'éléments faisant suspecter une chute syncopale, des investigations cardiaques doivent être envisagées.

En l'absence de critères de sévérité (fig. 1), l'évaluation de la marche / de l'équilibre permet d'identifier les personnes à *risque intermédiaire* si la vitesse de marche est $< 0,8$ m/s (soit plus de 5 s pour franchir 4 m) ou, alternativement, si le test «Timed Up and Go» (TUG, fig. 2) est effectué en plus de 15 s [8, 9, 11].

Dans le cas contraire, le *risque* de chute est considéré comme *bas*.

Interventions

Risque bas

Ces personnes ont un risque de chute estimé à 20–30% dans l'année [12]. Même si les évidences sont modestes, elles devraient bénéficier (prévention primaire) de conseils généraux (par ex. Bureau de prévention des accidents [BPA] [13]) et d'encouragement à pratiquer une activité physique régulière (e.g., 150–300 min/semaine d'intensité modérée [14]). Ces personnes doivent être réévaluées chaque année.

Risque intermédiaire

Ces personnes ne rapportant qu'une chute, sans signe de sévérité, mais dont la marche est altérée, devraient être orientées vers un programme d'exercices spécifiques de renforcement musculaire, d'entraînement de l'équilibre (individuel ou en groupe), et intégrés au quotidien. De tels programmes réduisent le nombre de chutes et de chuteurs de 23% (95% CI 0,71–0,83) et 15% (95% CI 0,81–0,89), respectivement, équivalent à 11 personnes à prendre en charge («number needed to treat» [NNT]) pour éviter une chute ou qu'une personne ne chute [15]. Ils réduisent également le nombre de fractures de 27%.

Risque élevé

Ces personnes doivent bénéficier d'une évaluation systématique et structurée (fig. 3) par un-e professionnel-le de santé à la recherche de leurs facteurs de risque intrinsèques (directement

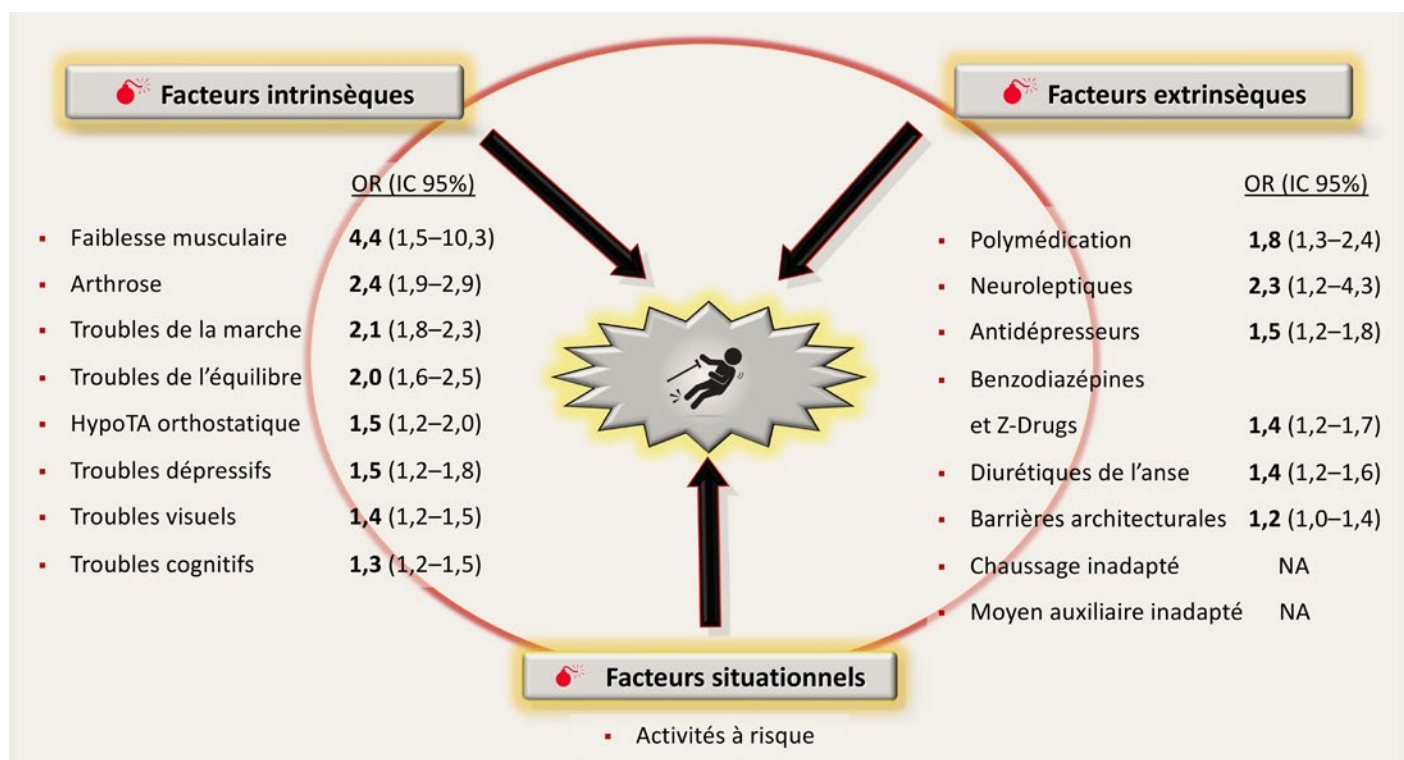


Figure 3: Principaux facteurs intrinsèques, extrinsèques et situationnels associés à un risque accru de chute (selon [12]).

OR: «odds ratio»; 95% CI: intervalle de confiance à 95%; NA: «not available»; TA: tension artérielle.

liés aux pathologies de la personne), extrinsèques (liés aux traitements, environnement) et situationnels (liés aux activités et habitudes à risque) [8, 12].

Le risque de chute augmente en proportion du nombre de ces facteurs et le principe est d'intervenir sur chaque facteur modifiable pour réduire le risque de chute future, selon l'accord de la personne. En effet, ce plan interventionnel ciblé doit être individualisé et tenir compte, outre du profil de risque, des priorités et préférences de la personne. Idéalement, la prise en charge est multidisciplinaire (médecin, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute, pharmacien, etc.). Une présentation détaillée de l'ensemble des évidences peut être retrouvée dans l'article source [8], et seules les principales sont discutées ici.

Ce type d'approche structurée permet de réduire de 20–30% le nombre de chuteurs et de 30–40% le nombre de chutes, équivalent à 11 chutes évitées en prenant en charge 100 personnes pendant un an [12, 16–18]. S'il reste difficile d'identifier la contribution respective de chaque composante de ces interventions, l'exercice (renforcement, équilibre, Tai Chi, etc., au moins 3x/semaine pendant 12 semaines minimum), la réévaluation du traitement (réduction/arrêt de psychotropes, hypnotiques, etc.), et l'adaptation du chaussage et des moyens auxiliaires sont les éléments centraux des programmes qui ont montré une efficacité.

D'autres interventions ont démontré une efficacité isolément ou en combinaison dans le cadre de ces programmes d'intervention multidomains, notamment l'aménagement du domicile (réduction du risque de chute de 21%, atteignant 39%, 95% CI 21–53%, chez les personnes à risque élevé, NNT=4) [16, 19], le traitement de comorbidités médicales associées aux chutes (hypotension orthostatique, catacacte, etc.), et de la peur de chuter [20]. La vitamine D (800–1000 UI/jour) reste indiquée pour les personnes fragiles (CFS ≥5), considérées à haut risque de déficience.

Chez les personnes à risque élevé, le risque de nouvelle chute dans l'année avoisinant 70%, une prévention tertiaire associant traitement d'une éventuelle ostéoporose (en particulier chez les hommes!) et système d'alarme est indiquée. Une réévaluation rapprochée (30–90 jours) est proposée pour ces personnes.

Conclusions

L'évaluation du risque de chute doit faire partie de l'examen clinique de routine dès 65 ans. Les personnes âgées à bas risque devraient bénéficier de conseils généraux de prévention et d'encouragements à pratiquer une activité physique régulière. Celles à risque intermédiaire devraient être référées à l'un des programmes d'exercice spécifiques disponibles dans la communauté. Finalement, les personnes âgées à

haut risque doivent bénéficier d'interventions multifactorielles individualisées ciblant leurs facteurs de risque.

Correspondance

Prof. Dr méd. Christophe J. Büla
Service de gériatrie et réadaptation gériatrique
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Chemin de Mont-Paisible 16
CH-1011 Lausanne
christophe.bula[at]chuv.ch

Disclosure statement

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.



Références

La liste complète des références est disponible en ligne sur <https://doi.org/10.4414/fms.2023.09347>.



Prof. Dr méd. Christophe J. Büla
Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne