



La chute chez le sujet âgé

P Pfitzenmeyer

Dijon

Dijon le 3 novembre 2005

Epidémiologie (1)

- Données peu fiables car de nombreuses chutes ne sont pas répertoriées « banalisées »
- 12000 décès par an
- Facteur d'entrée dans la dépendance (40 % des SA hospitalisés pour chute → institution)

Epidémiologie (2)

- Risque de chute dans l'année chez les plus de 65 ans:
 - 30 % à domicile
 - 70 % en institution
- Augmentation de l'incidence des chutes avec l'âge
- Augmentation des chutes graves et des **fractures du col du fémur** dans les 15 dernières années*

* Kannus P, Niemi S, Palvanen M, Parkarri J. Fall-induced injuries among elderly people. Lancet 1997;350:1174



Généralités (1)

La chute est une caractéristique du « frail elderly » en raison de multiples facteurs combinés

- Polypathologie
- Dénutrition, sarcopénie et fragilité osseuse
- Troubles de la posture, de l'équilibre et de la marche
- Altérations neuropsychiques

Généralités (2)

- ◆ La chute n'est jamais un accident :
Il s'agit d'un syndrome nécessitant une
évaluation globale de qualité
- ◆ La notion de malaise est un élément
anamnestique important, mais il ne prédit pas
la gravité potentielle de la chute:
toute chute nécessite une évaluation globale
Qui a chuté, rechutera



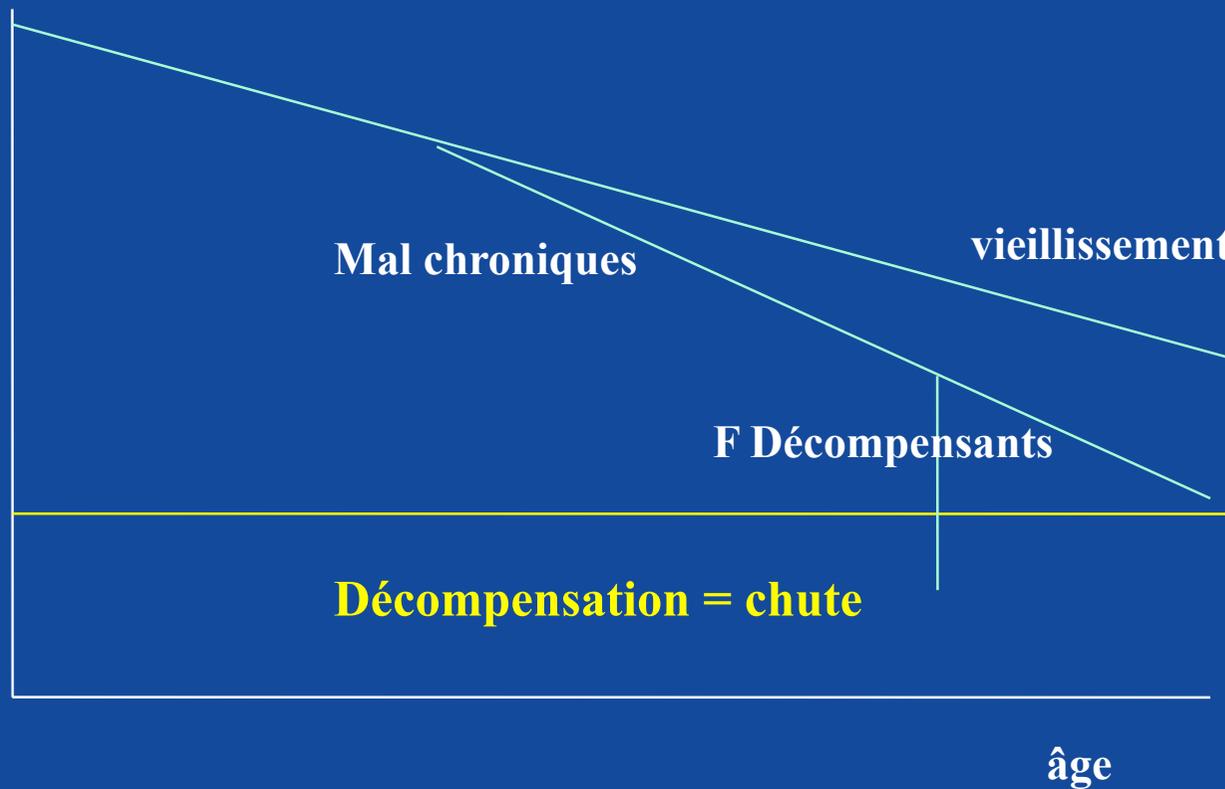
Physiopathologie (1)

Cumul :

- Vieillessement des systèmes d'équilibre et d'adaptation posturale
- Pathologies chroniques
- Facteurs décompensants:
 - intrinsèques
 - extrinsèques

La Décompensation chute

Performance





Physiopathologie (2)

**Chute = Modèle de décompensation de la
fonction posturale**

Chute = Modèle de la causalité circulaire



Physiopathologie (3) Vieillessement

Fragilisation de la F posturale :

- **Modification stratégies posturales:**
 - Stratégie de hanche et de cheville
 - Altération réactions parachute Ar
- **Altérations affecteurs:**
cumul d'informations neurosensorielles erronées



Facteurs de risque prédisposant (1)

Affections neurologiques

Centrales:

- ⊗ Atteintes sous-corticales
- ⊗ Démences corticales, att. Vestibul et cérébel.

Périphériques

- ⊗ Polynévr, aff. Radicul, canal lomb étroit

Affections neuromusculaires

Affections ostéo-articulaires

Cyphose, gonarthrose et laxité, raideur des chevilles, déformation des pieds



Facteurs de risque prédisposant (2)

- **Atteintes visuelles**

 - champ visuel ++

- **Syndrome dépressif**

- **Diminution de l'adaptation à l'effort**

 - Atteintes cardiaques et pulmonaires

- **Dénutrition protéinoénergétique**



Facteurs précipitants intrinsèques

- Causes cardio-vasculaires

Tbles du rythme et conduction, IDM,
EP

HypoTA Ortho +++

- Causes neurologiques

AVC, confusion ...

- Causes métaboliques

- Causes iatrogènes

Psychotropes, hypotenseurs,
antiarythmiques,



Facteurs précipitants extrinsèques

- **Habillement**

Chaussures inadaptées

Vêtements trop longs

- **Mobilier** : fauteuil, lit trop haut, trop bas...

- **Obstacles au sol** : tapis, fils...

- **Conditions locales dangereuses**

éclairage, escalier

baignoire, WC inadaptés



Evaluation d'un patient chuteur: l'anamnèse +++

- **Circonstances de la chute**
- **Nombre de chutes antérieures**
- **Niveau d'autonomie (sortie du domicile, prend les transports en commun)**
- **Possibilité de relever du sol ++++**
40% de DC à 6 mois si impossibilité



Evaluation des aptitudes d'équilibre et de marche (1)

↳ **Qualité du lever et assis au fauteuil:**

facilité et rapidité, antéflexion du tronc et phase horizontale, se sert des accoudoirs, arrivée brutale

↳ **La station debout:**

réactions d'adaptation posturale :
équilibration et parachute



Evaluation des aptitudes d'équilibre et de marche (2)

➤ Qualité de la marche :

- symétrie, régularité, ampleur du pas
- déroulement du pas
- verticalité du tronc (absence de rétropulsion)

➤ Qualité du demi-tour:

harmonieux, sans décomposition du mouvement



Priorités dans l'examen clinique d'un patient chuteur

➤ Neurologique :

- Signes extrapyramidaux et S frontaux
- Sensibilités et Syndrome cérébelleux

➤ Neursensoriel : vue et mobilité oculaire

➤ Cardio-vasculaire : hypoTa ortho

➤ Rhumatologique :

- Pieds, stabilité des genoux, cyphose dorsale
- Sarcopénie



Evaluation des facteurs prédictifs du risque de récurrence de chute

Analyse des aptitudes posturales en pratique courante

- Nombre de chutes antérieures
- Impossibilité du relever du sol
- Station unipodale < 5 sec
- Vitesse de marche
- Timed Get up and Go test < 20 sec
- Walking and talking test



Evaluation de la posture et de la marche: le TMM (1)

DECUBITUS

- Peut se tourner côté
- Peut s'asseoir au bord de la table d'examen

POSITION ASSISE

- Absence de rétroimpulsion du tronc
- Peut incliner le tronc en avant
- Peut se lever du fauteuil



Evaluation de la posture et de la marche: le TMM (2)

POSITION DEBOUT

- Possible
- Sans aide humaine ou matérielle
- Station bipodale yeux fermés
- Station unipodale avec appui
- Absence de rétroprojection du centre de gravité
- Réactions d 'adaptation posturale
- Réactions parachute
 - membres supérieurs avant
 - membres inférieurs avant
 - membres inférieurs arrière



Evaluation de la posture et de la marche: le TMM (3)

MARCHE

- Possible
 - Sans aide humaine ou matérielle
 - Déroulement du pied au sol
 - Absence de flexum genoux
 - Absence de rétroprojection du centre de gravité
 - Demi-tour harmonieux
-
- ⊙ A chuté au cours des 6 mois précédents
 - ⊙ Peut se relever du sol



Conséquences de la chute

Conséquences psychologiques

Forme aiguë

Sidération et décompensation psychique grave
= syndrome post-catastrophe

↳ Renoncement, glissement

Forme chronique

Choc émotionnel, prise de conscience de la fragilité, perte de dignité

↳ Evolution vers dévalorisation, restriction des activités, dépendance

↳ Syndrome dépressif



Prise en charge du chuteur

Prise en charge médicale

Causes (facteurs de risque) et conséquences

Soutien psychothérapique

Evaluation médicosociale

Dépendance et adaptation du milieu de vie

La réadaptation

La réadaptation

↳ **Urgente**

↳ **Repose sur l'évaluation des F posturales et automatismes moteurs (TMM)**

↳ **Prise en charge**

- **hospitalière : soins de suite et de réhabilitation**

- **Domicile: Kiné formé, interdisciplinarité, modification de la nomenclature: Kiné de l'équilibre et de la marche : AMK 8, projet de traitement kiné**



Méthodes de rééducation

la polystimulation afférentielle

➤ travail de l'occulomotricité pour améliorer champ visuel et ancrage visuel

ex: fixer un point visuel lors du passage assis-debout

➤ Massage podal et mobilisation de la cheville

➤ Attention ++ au chaussage; intérêt d'une talonnette



Méthodes de rééducation (2)

L'amélioration de la qualité de l'effecteur

- renforcement musculaire (cuisse)
- mobilisation tibio-tarsienne

Méthodes de rééducation (3)

La stimulation globale

- Réapprentissage réactions d'équilibration et parachute
- Travail double tâche : station debout et activité volontaire
- Antéflexion du tronc lors du lever
- Rééducation de l'équilibre au cours de la marche : parcours de marche
- Apprentissage du relever du sol

Traitement fonctionnel de réadaptation

- Verticalisation urgente, en climat de confiance
- Prise en charge des douleurs
- Prise en compte de la désadaptation à l'effort
- Relais tout au long de la journée par l'ensemble des soignant formés aux « bons gestes »
- Aides techniques à la marche