

**Journée régionale sur la maîtrise des risques  
d'escarre et de chute  
Paris, le 10 décembre 2015**

**Pourquoi s'intéresser aux chutes  
de la personne âgée ?**

François Puisieux

Pôle de Gérontologie, CHRU Lille

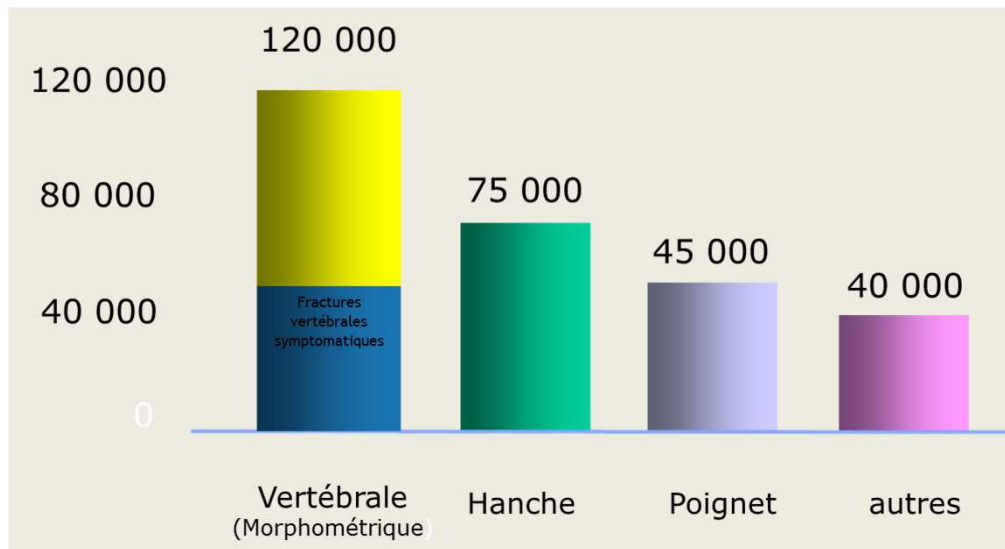
Faculté de médecine, Université Lille 2



# Liens d'intérêt en rapport avec le sujet

- Aucun

# Parce que la chute est fréquente et souvent grave....



**9000 morts par an en France !**

INVS, BEH 2010

0,06%

1,25%

5%

30%

100%

- Chutes
- Population  $\geq$  65 ans

*INPES 2004: En adaptant les chiffres d'une enquête québécoise: Enquête sociale et de santé 1998*

# ...en ville comme en établissement de santé ou d'hébergement

- Les chutes y sont très fréquentes.
  - incidence moyenne en EHPAD: 1,7 chute/lit/an
    - Rubenstein, *Age Ageing* 2006 : 35 (Suppl 2) : 37-41
- Premier évènement indésirable déclaré.
- Le risque de fracture est plus élevé en EHPAD, et la mortalité après FESF est augmentée
  - Rapp, *J Bone Miner Rev* 2008 : 23 : 1825-31
- L'usage des contentions physiques doit être réduit et encadré (ANAES).
- Une politique de prévention des chutes est indispensable.



# Parce que la chute est une cause majeure d'entrée en institution

**TABLE 2. HAZARD RATIOS FOR ADMISSION TO A SKILLED-NURSING FACILITY ASSOCIATED WITH FALLS AND INJURY DUE TO FALLS. \***

MODEL No.	COVARIATES	1 FALL WITHOUT SERIOUS INJURY	≥2 FALLS WITHOUT SERIOUS INJURY	≥1 FALL WITH SERIOUS INJURY
		hazard ratio (95% confidence interval)		
1	Fall status only	4.9 (3.2–7.5)	8.5 (3.4–21.2)	19.9 (12.2–32.6)
2	Fall status and demographic characteristics	4.2 (2.7–6.6)	7.1 (2.8–17.7)	16.6 (10.0–27.6)
3	Fall status, demographic characteristics, and psychosocial and cognitive characteristics	3.7 (2.4–5.8)	5.3 (2.1–13.5)	12.3 (7.2–21.1)
4	Fall status, demographic characteristics, psychosocial and cognitive characteristics, and health-related and functional characteristics	3.1 (1.9–4.9)	5.5 (2.1–14.2)	10.2 (5.8–17.9)

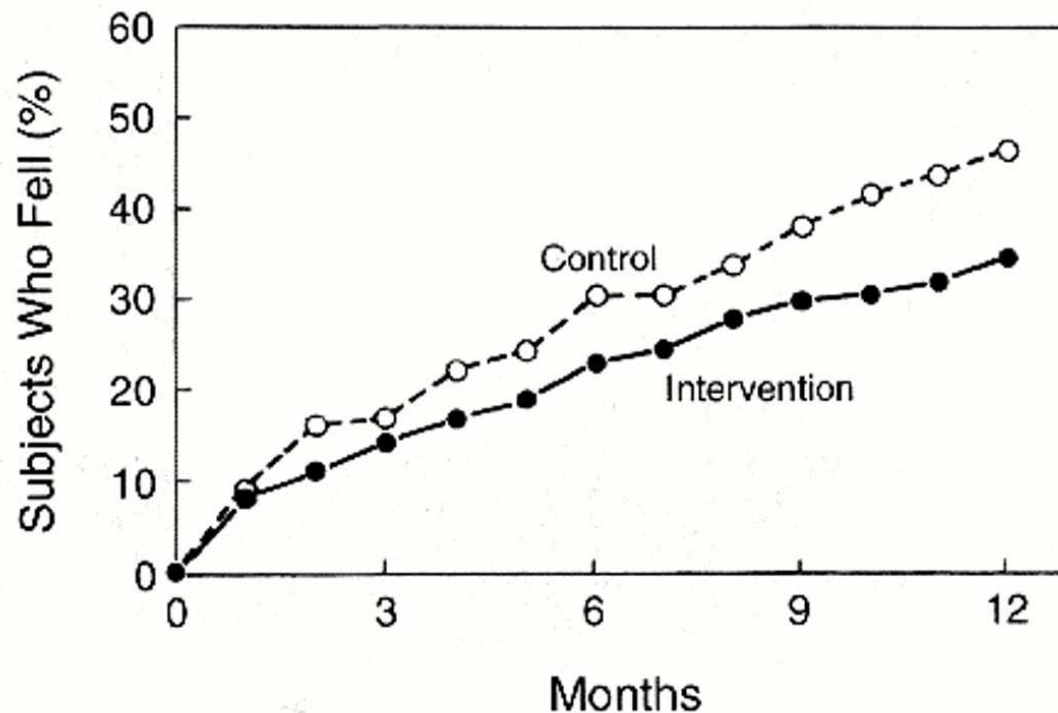
Tinetti ME, Williams CS. *N Engl J Med* 1997;337:1279-84.

# Parce qu'on peut repérer le sujet âgé à haut risque de chute

Evaluer le risque de chute chez le sujet âgé, en pratique:

- poser la question « Êtes-vous tombé cette année ? »
- test d'équilibre et de marche tel que le Timed Up and Go Test.
  - Seuil discuté 20 secondes ? 14 secondes ?

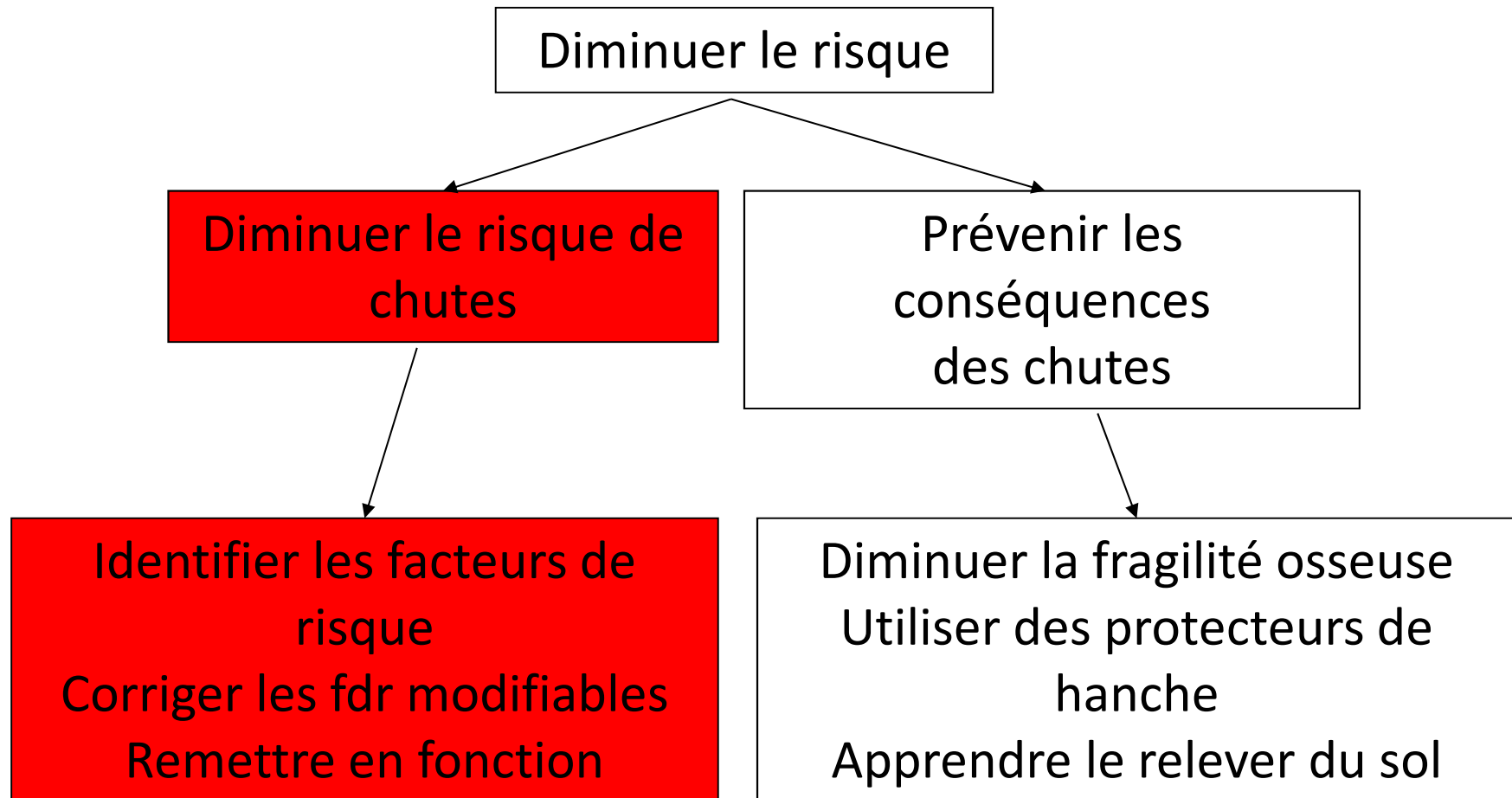
# Parce qu'on peut réduire le risque de chute et le risque lié aux chutes



Intervention	153	130	113	103	95
Control	148	123	102	89	76
Relative risk	—	0.86	0.77	0.79	0.75

Tinetti et al. *N Engl J Med* 1994;331:821-7

# Prise en charge du sujet à haut risque « Stratégie de réduction du risque »





# Meta-analyse Cochrane 2012

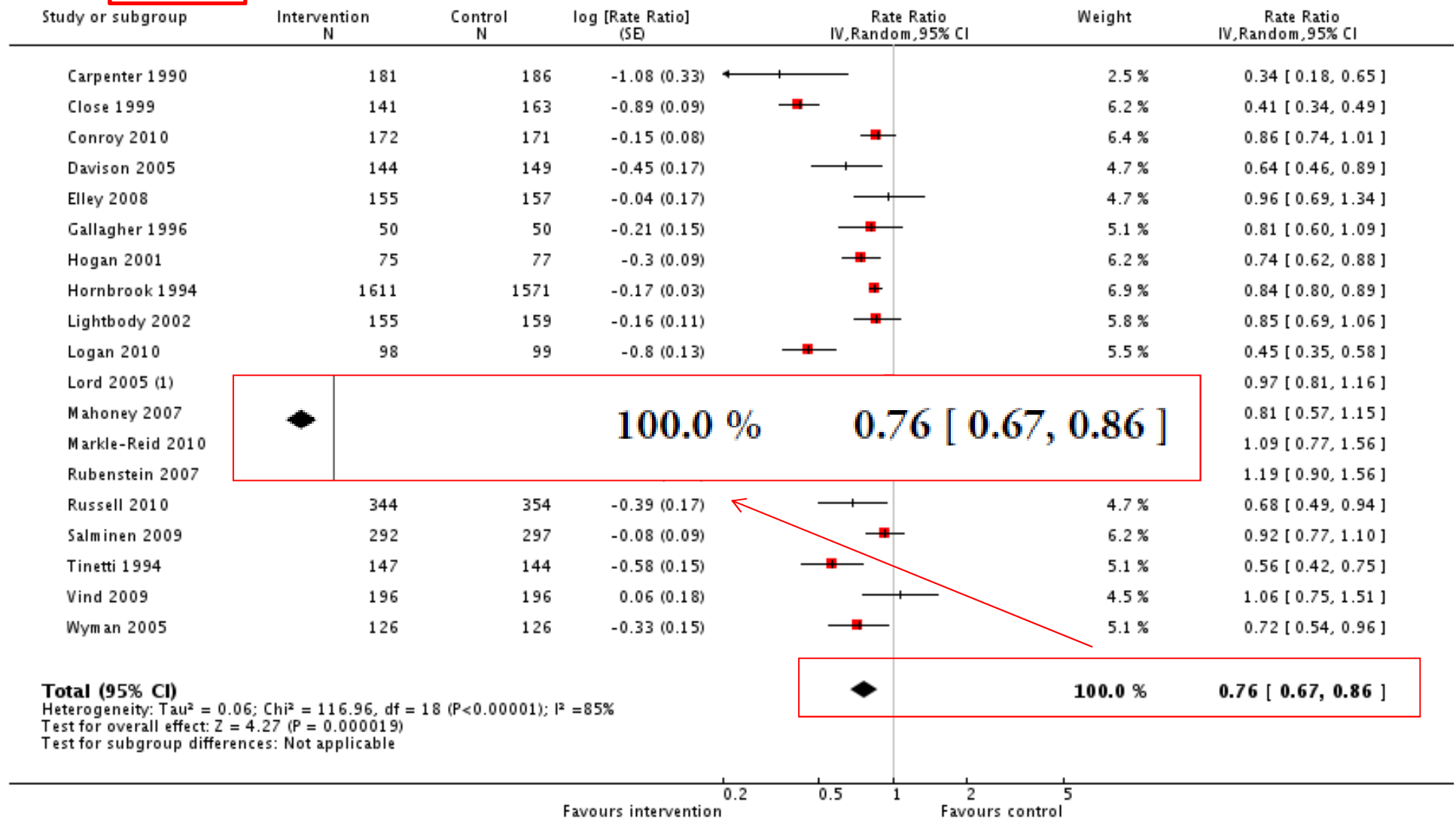
Interventions for preventing falls in older people living in the community. Gillespie LD, et al.

- 159 études cliniques randomisées contrôlées (y compris les études randomisées en grappes ou *cluster*)
- 79 193 participants
- Dont 47 études multifactorielles
- Effets mesurés :
  - le nombre de chutes,
  - le nombre de chuteurs,
  - le nombre de fractures.

# Meta-analyse Cochrane 2012

Review: Interventions for preventing falls in older people living in the community  
 Comparison: 22 Multifactorial intervention vs control  
 Outcome: 1 Rate of falls

## Interventions multifactorielles



# Les interventions uni-factorielles sont elles aussi efficaces ?

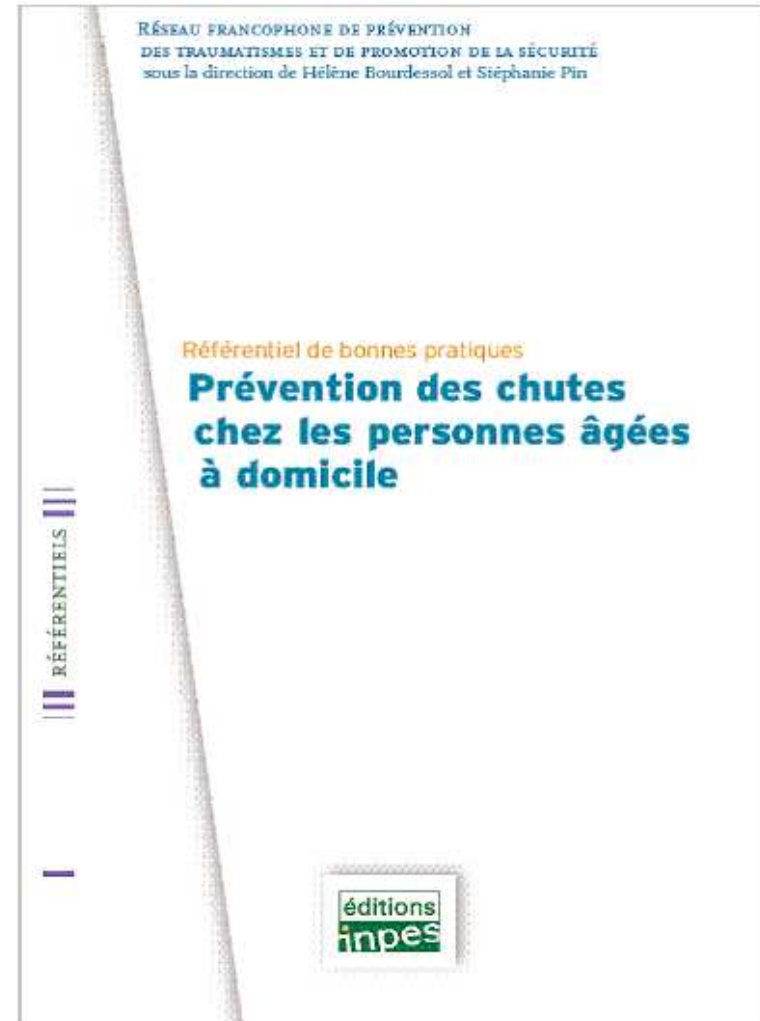
Intervention	Trials, n	Participants, n	Rate Ratio (95% Confidence Interval)
Exercise (multiple component) ←			
Group	16	3,622	0.71 (0.63–0.82)
Home based	7	951	0.68 (0.58–0.80)
Tai chi	5	1,563	0.72 (0.52–1.00)
Vitamin D	7	9,324	1.00 (0.90–1.11)
Selected for lower levels <sup>a</sup> ←	2	260	0.57 (0.37–0.89)
Not selected for lower levels <sup>a</sup>	5	9,064	1.02 (0.93–1.13)
Home safety	6	4,208	0.81 (0.68–0.97)
Higher risk of falling <sup>b</sup> ←	3	851	0.62 (0.50–0.77)
Not selected on fall risk <sup>b</sup>	3	3,357	0.94 (0.84–1.05)
Delivered by OT <sup>c</sup> ←	4	1,443	0.69 (0.55–0.86)
Not OT <sup>c</sup>	4	3,075	0.91 (0.75–1.11)
Cardiac pacing	3	349	0.73 (0.57–0.93)
Medication			
Review and modification	1	186	1.01 (0.81–1.25)
Psychotropic medication withdrawal ←	1	93	0.34 (0.16–0.73)
Vision			
Assessment and intervention	1	616	1.57 (1.19–2.06)
Assessment and referral	1	1,090	0.91 (0.77–1.09)
Cataract surgery (first eye) ←	1	306	0.66 (0.45–0.95)
Provision of single focal lens glasses (subgroup active outside) ←	1	261	0.60 (0.42–0.87)
Podiatry including foot and ankle exercises (disabling foot pain) ←	1	305	0.64 (0.45–0.91)
Multifactorial interventions ←	19	9,503	0.76 (0.67–0.86)
Assessment and active intervention <sup>d</sup>	11	6,338	0.74 (0.61–0.89)
Assessment and referral or information <sup>d</sup>	9	3,376	0.82 (0.71–0.95)

OT = occupational therapist.

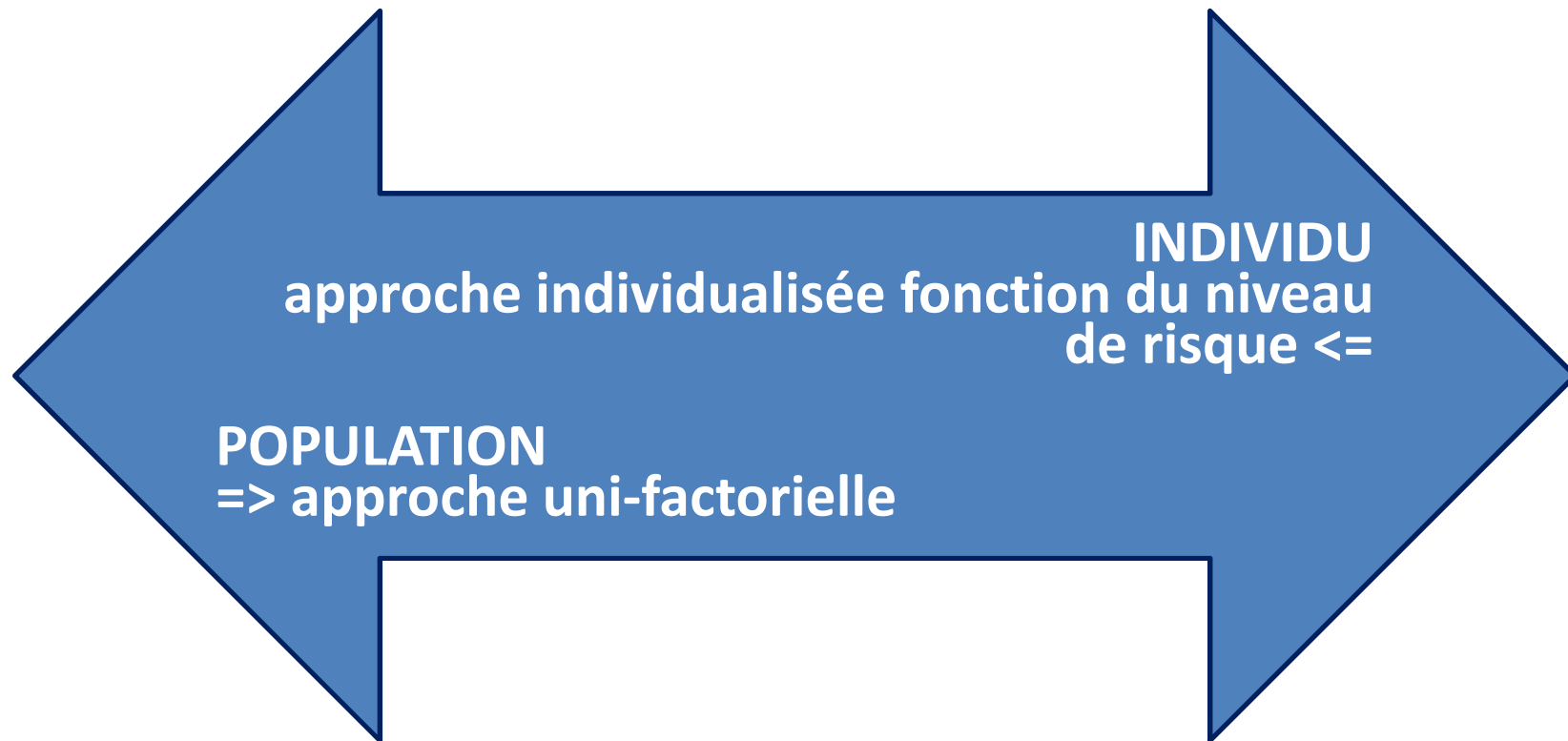
Test for subgroup differences <sup>a</sup>P = .01, <sup>b</sup> < .001, <sup>c</sup>.07, <sup>d</sup>.36.

Gillespie LD, et al. *Cochrane Database SysRev* 2012;9:CD007146.

# Parce qu'on sait quoi faire....



# Approche individuelle et approche populationnelle



...et qu'on pourrait faire beaucoup mieux qu'on ne fait



Retour à domicile

# 4 messages clés

- La prévention de la chute est possible.
- Chez le sujet à risque élevé de chute (le multichuteur en particulier), la démarche est individualisée et multifactorielle.
- La prise en charge est toujours multidisciplinaire.
- Les contentions physiques ne sont pas une alternative.